# 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z PoliklinikąSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 62/Med./2014**

 **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO wg pakietów 1- 6**

W postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym na podstawie przepisów

ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 907 z późn. zm.), zwanej dalej również PZP oraz przepisów wykonawczych do PZP

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO POWYŻEJ 134 000 EURO**

**(art. 10 ust. 1 oraz art. 39-46 PZP)**

Wykonawcą może być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna,

nieposiadająca osobowości prawnej oraz podmioty te występujące wspólnie.

Podmioty występujące wspólnie ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie lub nienależyte wykonanie zamówienia.

 **Zatwierdził:**

 dnia .................2014r. ……................................................

 podpis i pieczęć Kierownika

 Zamawiającego lub osoby upoważnionej

**ZAMAWIAJĄCY:** 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

 50-981 Wrocław, ul. Weigla 5 ( 4WSKzP SP ZOZ )

[**http://www.4wsk.pl**](http://www.4wsk.pl)

**INFORMACJE OGÓLNE**

* Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca.
* Na podstawie art. 27 ust.1 PZP Zamawiający dopuszcza porozumiewanie się oprócz formy pisemnej również w formie faksu, o ile SIWZ nie stanowi inaczej, z tym jednak zastrzeżeniem, że wnioski, oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje przesłane tą drogą należy jednocześnie potwierdzić pisemnie.
* W sprawach nieuregulowanych w SIWZ pierwszeństwo mają przepisy PZP i aktów wykonawczych do PZP.

**Rozdział I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Zamówienie obejmuje **dostawę sprzętu medycznego:**

Pakiet 1. Łóżko szpitalne sterowane elektrycznie z wyposażeniem – 30 szt.

Pakiet 2. Urządzenie do diagnostyki wysiłkowej – 1 kpl.

Pakiet 3. Unit stomatologiczny – 1 kpl.

Pakiet 4. Wózek anestezjologiczny – 4 szt.

Pakiet 5. Cieplarka – 1szt.

Pakiet 6. Dygestorium – 1 szt.

1. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia ofert równoważnych (oferowany przedmiot zamówienia musi spełniać wszelkie wymagania Zamawiającego o wszystkich parametrach nie gorszych niż te określone w SIWZ, tzn. takich, które gwarantują zachowanie tych samych norm, parametrów i standardów), jeżeli z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że przedmiot zamówienia określony został poprzez wskazanie znaku towarowego, pochodzenia lub patentu oraz w zakresie wskazanym w art. 30 ust. 1-3 PZP.

Jeżeli Wykonawca powoła się na rozwiązania równoważne to zgodnie z art. 30 ust. 5 PZP, jest zobowiązany wykazać, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi Zamawiającego poprzez załączenie do oferty dokumentów potwierdzających ten stan rzeczy wydanych przez podmioty niezależne np. Ekspertyz Rzeczoznawczych.

1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia ofert wariantowych.
2. **Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych na całe poszczególne pakiety 1 - 6.**
3. Zamawiający nie przewiduje zamówienia uzupełniającego, o którym mowa w art. 67 ust.1 pkt. 7 PZP.
4. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
5. Przedmiot zamówienia został opisany w rozdziale **V SIWZ** oraz w **załączniku nr 2 i nr 2a**do niniejszej SIWZ.
6. Szczegółowe zasady podpisania, realizacji umowy oraz jej zakończenia zawarte są we wzorze umowy – w **załączniku nr 3 do SIWZ**.

Rozdział II. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Wykonawca obowiązany jest przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami SIWZ.

1. Każdy Wykonawca (lub podmioty występujące wspólnie) może złożyć tylko jedną ofertę, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Złożenie przez jednego Wykonawcę lub podmioty występujące wspólnie, więcej niż jednej oferty lub oferty zawierającą rozwiązania alternatywne spowoduje jej odrzucenie.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość powierzenia przez Wykonawcę wykonania części lub całości zamówienia podwykonawcom. W takim przypadku Wykonawca zobowiązany jest do wskazania w swojej ofercie części zamówienia (zakresu), których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom (załącznik nr 1).
3. Osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnik muszą złożyć podpisy:
4. na wszystkich stronach (zapisanych) oferty,
5. na załącznikach,
6. w miejscach, w których Wykonawca naniósł zmiany.
7. Upoważnienie do podpisania oferty powinno być dołączone do oferty, o ile upoważnienie nie wynika z innych dokumentów dołączonych do oferty (odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej).
8. W przypadku gdy wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, do oferty musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza.
9. Wymagane dokumenty należy przedstawić w formie oryginałów albo kserokopii.
10. Dla uznania ważności, oferta musi zawierać: wszystkie wymagane w SIWZ dokumenty lub poświadczone za zgodność z oryginałem ich kopie oraz oświadczenia wynikające z jej treści (Rozdz. IV). Poświadczenie musi być opatrzone imienną pieczątką i podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy, datą i opatrzone klauzulą „za zgodność z oryginałem”.
11. Zamawiający zażąda przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez wykonawcę kserokopia dokumentów jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości, a Zamawiający nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
12. Ofertę należy sporządzić w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności (zgodnie z art. 9 ust. 1 i 2 PZP).
13. Wszystkie dokumenty i oświadczenia oraz inne materiały informacyjne w językach obcych należy dostarczyć przetłumaczone i poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
14. Oferta powinna być sporządzona w formie pisemnej przy użyciu nośników pisma nie ulegającego usunięciu bez pozostawienia śladów.
15. Załączniki do SIWZ stanowią jej integralną część.
16. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę. Poprawki cyfr i liczb należy pisać wyrazami.
17. Do oferty należy załączyć **spis treści.**
18. Wszystkie strony oferty należy ponumerować, trwale spiąć i ostemplować pieczątką firmową lub imienną (dotyczy stron zapisanych oraz wszelkich załączników ).
19. Dokumenty i informacje składane w trakcie postępowania stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w myśl art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. (tj. Dz. U. z 2003r. nr 153 poz. 1503 z późn. zm.), które nie mogą być udostępniane - powinny być oznaczone klauzulą: „nie udostępniać innym uczestnikom postępowania informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji” i załączone jako odrębna część nie złączona z ofertą w sposób trwały. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4. PZP.
20. Kopertę należy zaadresować:

**4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ**

50 – 981 WROCŁAW ul. Weigla 5

„Przetarg nieograniczony”

NIE OTWIERAĆ W KANCELARII ”

## Znak sprawy: 62/Med./2014

**„Oferta na dostawę sprzętu medycznego wg pakietow 1 - 6”**

nie otwierać przed dniem **06.10.2014r.** godz. 1100

Ilość stron ..... (określić, ile stron znajduje się w kopercie)

**ROZDZIAŁ III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

**1.Wykażą brak podstaw do wykluczenia, na podstawie art. 24 PZP.**

**2. Spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w art. 22 ust 1 PZP:**

Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Za spełnienie wymogu Zamawiający uzna posiadanie przez wykonawcę środków finansowych lub zdolności kredytowej w wysokości min**. 216 500,00 zł** (słownie: dwieście szesnaście tysięcy pięćset złotych, 00/100) – (z zastrzeżeniem art. 26 ust 2b PZP). Kwota ta dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet**  | **Wysokość kwoty (zł)** |
| **1** | 76 500,00 |
| **2** | 87 500,00 |
| **3** | 27 500,00 |
| **4** | 11 500,00 |
| **5** | 10 000,00 |
| **6** | 3 500,00 |

Wykonawcy składający ofertę na więcej niż jeden pakiet muszą zsumować wartości z pakietów w których chcą uczestniczyć, np. Wykonawca składający ofertę na Pakiet 1 i 2 powinien wykazać się posiadaniem środków finansowych lub zdolności kredytowej w wysokości min.164 000,00 zł (76 500,00 zł + 87 500,00 zł).

**3. Sposób dokonywania oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu:**

Ocena spełniania ww. warunków dokonana zostanie w oparciu o informacje zawarte w dokumentach i oświadczeniach wyszczególnionych w ROZDZIALE IV PKT 1 SIWZ według formuły "spełnia - nie spełnia”.

**ROZDZIAŁ IV. WYKAZ :**

**1. DOKUMENTÓW I OŚWIADCZEŃ POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIENIE PODMIOTOWYCH WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają odpowiednio przepisy Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (Dz. U. z 19 lutego 2013r., poz. 231) zwane dalej Rozporządzeniem.

**1) Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia:**

* 1. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia**,** sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ.
	2. aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji w celu wskazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust 1 pkt. 2 PZP, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
	3. aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
	4. aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
	5. aktualne informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 –11 PZP wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
	6. listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5, albo informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SIWZ.

**2) Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu:**

1. oświadczenie o spełnianiu przez Wykonawcę warunków określonych w art. 22 ust. 1 PZP, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ.
2. informację banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej potwierdzającą wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową Wykonawcy (spełnienie warunku określonego Rozdział III pkt 2 SIWZ) wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

**3) Wykonawca, w zakresie wskazanym przez Zamawiającego**, zobowiązany jest wykazać nie później niż na dzień składania ofert, spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 PZP, oraz brak podstaw do wykluczenia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 PZP (art. 26 ust. 2a PZP).

**4) Wykonawca może polegać** na zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował środkami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych środków na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia (art. 26 ust. 2b PZP).

**5) Jeżeli z uzasadnionej przyczyny Wykonawca** nie może przedstawić dokumentów, dotyczących sytuacji finansowej i ekonomicznej wymaganych przez Zamawiającego, może przedstawić inny dokument, który w wystarczający sposób potwierdza spełnianie opisanego przez Zamawiającego warunku (art. 26 ust. 2c PZP).

**6)** **Wykonawcy mogą wspólnie** ubiegać się o udzielenie zamówienia (art. 23 ust. 1 PZP). Za podmioty występujące wspólnie uważa się spółki cywilne oraz konsorcja. W tym przypadku Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika (art. 23 ust. 2 PZP). Wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie niniejszego zamówienia ponoszą solidarną odpowiedzialność względem Zamawiającego za należyte wykonanie umowy oraz żaden z Wykonawców nie może podlegać wykluczeniu. Wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie zamówienia składają jedną ofertę, przy czym:

1. wymagane oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) SIWZ składa osobno każdy z Wykonawców,
2. oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt2) i Rozdz. IV pkt 2 SIWZ składają Wykonawcy wspólnie,

**7)** **Wykonawca zagraniczny** (mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) składa dokumenty wymienione w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. a, f SIWZ, a zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit. b-e SIWZ – składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:

1. nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
3. nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
4. zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4 – 8, 10 i 11 PZP - wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

Jeżeli w kraju pochodzenia osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów wskazanych Wykonawca składa dokument zawierający oświadczenie, w którym określa się także osoby uprawnione do reprezentacji wykonawcy, złożone przed właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub przed notariuszem – wystawione z odpowiednią datą wymaganą dla tych dokumentów.

**2. DOKUMENTÓW PRZEDMIOTOWYCH:**

Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Dokładny opis **oferowanego przedmiotu zamówienia**, potwierdzający spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, itp. w języku polskim) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy **w Załączniku nr 2a** do SIWZ podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć (np. zakreślaczem) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.
2. Zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U.z 2010r, Nr 107, poz. 679 z późn.zm.), Zamawiający **żąda ważnych i aktualnych na dzień otwarcia ofert** dokumentów wskazujących na dopuszczenie do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikującą (jeżeli dotyczy) oraz Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych - Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn.zm.)).
	* Wykonawca zobowiązany jest, aby złożony dokument potwierdzony był przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na złożonym do urzędu formularzu

Lub

* + Wykonawca złoży odrębne pismo potwierdzające złożenie wniosku poświadczone przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

***( nie dotyczy pakietów: nr 5 Cieplarka i nr 6 Dygestorium)***

Dokumenty wymienione w niniejszym Rozdziale należy ułożyć chronologicznie, poszczególnymi zadaniami, narastająco produktami oraz opisać dodatkowo, której pozycji dotyczą.

**UWAGA ! Zamawiający prosi o dostarczenie wraz z ofertą Załącznika nr 2 i 2a również w formacie \*.doc lub \*.xls na płycie CD.**

1. **POZOSTAŁYCH DOKUMENTÓW:**
2. Wypełniony bez wyjątku formularz ofertowy stanowiący Załącznik Nr 1 do SIWZ.
3. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy umocowanie do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów wymienionych Rozdz. IV pkt 1 ppkt1) lit.b. SIWZ.
4. Zaleca się dołączyć zaakceptowany wzór umowy.

**Rozdział V. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego:**

Pakiet 1. Łóżko szpitalne sterowane elektrycznie z wyposażeniem – 30 szt.

Pakiet 2. Urządzenie do diagnostyki wysiłkowej – 1 kpl.

Pakiet 3. Unit stomatologiczny – 1 kpl.

Pakiet 4. Wózek anestezjologiczny – 4 szt.

Pakiet 5. Cieplarka – 1szt.

Pakiet 6. Dygestorium – 1 szt.

|  |  |
| --- | --- |
| 33192120-9 | Łóżka szpitalne |
| 33100000-1 | Urządzenia medyczne |
| 33126000-9 | Urządzenie stomatologiczne |
| 34000000-7 | Sprzęt transportowy i produkty pomocnicze dla transportu |
| 38500000-0 | Aparatura kontrolna i badawcza |
| 42514000-2 | Maszyny i aparatura do filtrowania lub oczyszczania gazów |

**Rozdział VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:** **do 4 tygodni od daty zawarcia umowy.**

**Miejsce dostawy**

Sekcja Sprzętu Medycznego

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

**Rozdział VII. WARUNKI WPŁATY I ZWROTU WADIUM.**

**1. Obowiązek wpłaty wadium**

**Oferta musi być zabezpieczona wadium. Zamawiający zatrzyma wadium, jeżeli wystąpią przesłanki wymienione w art.46 ust. 4a i 5 PZP.**

**Wadium musi obejmować cały okres związania ofertą.**

**Wykonawca, który nie zabezpieczy oferty akceptowalną formą wadium, zostanie przez Zamawiającego wykluczony z postępowania.**

Przystępując do przetargu Wykonawca jest zobowiązany wnieść wadium w wysokości: **8 450,00** **zł** (słownie: osiem tysięcy czterysta pięćdziesiąt złotych, 00/100), na poszczególne części w wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet**  | **Wysokość kwoty (zł)** |
| **1** | **3000** |
| **2** | **3300** |
| **3** | **1100** |
| **4** | **500** |
| **5** | **400** |
| **6** | **150** |

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia **06.10.2014r.** godz. **10:00**

**2.** **Forma wpłaty wadium.**

2.1 Wadium może być wnoszone w następujących formach:

1. poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
2. gwarancjach bankowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie),
3. gwarancjach ubezpieczeniowych (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie)
4. lub poręczeniach określonych w art. 45 ust. 6 ustawy PZP (w przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet, Wykonawca zobowiązany jest złożyć poręczenie na każdy pakiet oddzielnie),
5. przelewem na rachunek Zamawiającego - środki finansowe powinny wpłynąć na konto Zamawiającego do **06.10.2014r.** do godz. **10:00 pod rygorem wykluczenia z postępowania.**

**Bank Gospodarstwa Krajowego O/Wrocław 07 1130 1033 0018 7991 8520 0007**

**z zaznaczeniem:*,,Wadium w przetargu na dostawę sprzętu medycznego wg pakietów nr 1 - 6 ”****,* ***znak sprawy: 62/Med./2014”***

***UWAGA: pierwsza sesja księgowania w Banku Gospodarstwa Krajowego O/Wrocław – prowadzącym rachunek Zamawiającego odbywa się po godz. 10.00***

2.2 Do oferty należy dołączyć oryginał dowodu wpłaty wadium (przelew) lub wygenerowane elektroniczne potwierdzenie wykonania przelewu (dokument sporządzony na podstawie art.7 Ustawy Prawo Bankowe (Dz. U. nr 72 z 2002 roku, poz. 665 z późn. zm.) – nie wymagający podpisu ani stempla).

2.3 W przypadku wnoszenia wadium przez Wykonawcę w innych formach, oryginał dokumentu potwierdzającego wniesienie wadium należy złożyć do depozytu u Głównego Księgowego Szpitala (**KASA SZPITALNA – Budynek Administracji Ogólnej**) a **kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem dołączyć do oferty.**

**UWAGA!**

**W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet w formie gwarancji ubezpieczeniowej lub bankowej, Wykonawca zobowiązany jest złożyć gwarancję na każdy pakiet oddzielnie)Złożenie dokumentu wadialnego w innym miejscu i błędnej formie może spowodować zastosowanie sankcji wynikającej z art. 24 ust. 2 pkt. 2 ustawy PZP.**

* 1. Zwrot wadium lub ewentualne ponowne jego wniesienie regulują przepisy art. 46 i art. 184 PZP.

**Rozdział VIII. OPIS KRYTERIÓW OCENY OFRT I SPOSÓB DOKONYWANIA**

**ICH OCENY**

**1. Kryteria wyboru ofert i ich znaczenie:**

Przy wyborze oferty Zamawiający kierował się będzie jednym kryterium – **cena (cena brutto pakietu).**Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana ofertą z najniższą ceną.

Cena oferty zostanie przeliczona na wartości punktowe, uwzględniając wagę kryterium cena = 100% i stosując wzór:

**** · 100 pkt.

W - waga kryterium

Cmin - cena minimalna w zbiorze ofert

Cn - cena danej oferty

1. **Zasady wyboru oferty i udzielenia zamówienia**

Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta:

* odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w PZP,
* jest zgodna z treścią SIWZ,
* została uznana za najkorzystniejszą w oparciu o podane kryterium wyboru.

**Rozdział IX. ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

Przedmiotowo istotne elementy umowy (essentialia negotii) związane ze sposobem realizacji zamówienia, warunkami umowy zawiera **Załącznik 3,** w którym zaleca się wypełnić wszystkie miejsca wykropkowane z wyjątkiem numeru umowy, daty jej zawarcia oraz dołączyć go do oferty. **Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.**

Oprócz przesłanek wymienionych w art. 144 ust. 1 PZP Zamawiający przewiduje następujący zakres zmian w umowie, które będą mogły być wprowadzone w formie aneksu:

1. Wszystkie wartości netto określone przez Wykonawcę są ustalone na okres ważności umowy i nie wzrosną. Zamawiający dopuszcza zmianę umowy w formie aneksu w przypadku, gdy wartości netto przedmiotu umowy obniżą się, przy czym konsekwencje rachunkowe stosuje się odpowiednio.
2. Urzędowa zmiana stawek podatku VAT obowiązuje z mocy prawa. Zamawiający dopuszcza zmianę zapisów umowy w formie aneksu w przypadku zmiany stawki podatku VAT. W przypadku zmiany stawki VAT, zmianie ulegnie kwota podatku VAT i cena ( wartość) brutto umowy/pakietu, a cena ( wartość netto) pozostanie niezmienna. Zamawiający będzie realizował zamówienie tylko do wysokości brutto umowy/pakietu.
3. Wynagrodzenie nie podlega waloryzacji.
4. Zamawiający dopuszcza zmianę umowy w formie aneksu, jeżeli zmiany będą konieczne i korzystne dla Zamawiającego. Za zmiany korzystne należy uznać wszelkiego rodzaju nowe postanowienia, które wzmacniają pozycję zamawiającego jako wierzyciela z tytułu świadczenia niepieniężnego (np. wydłużenie okresu rękojmi, skrócenie terminu wykonania zamówienia, obniżenie ceny, podwyższenie kar umownych), oraz te zmiany, które prowadzą do wzmocnienia jego pozycji jako dłużnika z tytułu świadczenia pieniężnego (np. wydłużenie terminu zapłaty, obniżenie odsetek za zwłokę, obniżenie wskaźników waloryzacyjnych).

**Rozdział X. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY OFERTY**

1 Cena oferty musi być podana w złotych polskich brutto – cyfrowo i słownie
z uwzględnieniem podatku VAT naliczonym zgodnie z obowiązującymi w terminie składania oferty przepisami. Obowiązkiem składającego ofertę jest wypełnić formularz  asortymentowo - cenowy dokonując obliczeń wg zasad uznanych w rachunkowości, przy użyciu powszechnych metod liczenia takich jak: kalkulator, arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel z funkcją zaokrąglania do 2 miejsc po przecinku.

1. W celu wyłonienia najkorzystniejszej oferty w świetle kryterium ceny, Zamawiający do porównania ofert będzie brał pod uwagę cenę brutto.
2. Wymagane jest by cena podana w ofercie obejmowała koszty dostawy do Zamawiającego
 i wszelkie inne koszty związane z przedmiotem zamówienia, w tym:
* koszty transportu krajowego i zagranicznego,
* koszty ubezpieczenia towaru w kraju i za granicą,
* opłat celnych i granicznych,
1. Waluta ceny oferowanej PLN;

**Błąd w obliczeniu ceny spowoduje odrzucenie oferty z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 2. Błąd w obliczeniu ceny jest to błąd powstały w wyniku wszelkich działań matematycznych z zastrzeżeniem, że przyjmuje się, iż prawidłowo podano liczbę jednostek miar (ilość) oraz wartość jednostkową netto. Nieprawidłowe zastosowanie stawki podatku VAT nie jest omyłką rachunkową w obliczeniu ceny, którą można poprawić w trybie art. 87 ust. 2 pkt. 2 PZP i spowoduje sankcję zawartą w art. 89 ust. 1 pkt. 6.**

*Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałyby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

**Rozdział XI. INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA I TERMINU SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisami określonymi w Rozdziale I niniejszej SIWZ oraz opatrzonych wyraźną uwagą „**NIE OTWIERAĆ W KANCELARII”** należy złożyć do dnia **06.10.2014r** do godz. **10:00** w **4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ Wrocław, ul. Weigla 5 – budynek WYDZIAŁU ADMINISTRACJI OGÓLNEJ pok. nr 18.**

2. Oferta powinna być złożona w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.

3. Jeżeli oferta zostanie złożona w inny sposób niż wyżej opisany, Zamawiający nie bierze odpowiedzialności za nieprawidłowe skierowanie (skutkujące możliwością niedochowania terminu do składania ofert) czy przedwczesne lub przypadkowe jej otwarcie.

4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Wykonawcy zgodnie z art. 84 ust. 2 PZP.

**Przedłużenie terminu składania ofert dopuszczalne jest tylko przed jego upływem.**

**Rozdział XII. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH SPECYFIKACJI ISTOTNYCHWARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

* + - 1. Zamawiający nie zamierza zwołać zebrania Wykonawców.
			2. Wykonawca może zwrócić się do zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ zgodnie z art. 38 PZP.
			3. Do kontaktu z Wykonawcami (od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Zamawiającego 7:30 – 15:00) w sprawach jw. upoważnione są tylko niżej wymienione osoby i tylko pod podanymi numerami telefonów i faksów:
* **Wiesław Król; Edyta Janicka** tel. (71) 7660 128 (468),Sekcja Sprzetu Medycznego **–** w sprawach przedmiotu zamówienia,
* **Arletta Abadżijewa** tel. (71) 7660 604, 7660 550 Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych.
* **Fax:** (71) 7660 119 - Sekcja Zamówień Publicznych.

**Kontaktowanie się z Zamawiającym pod innym niż ww. numerami telefonów i faksów nie rodzi skutków prawnych określonych w PZP.**

**Rozdział XIII. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN**

 **W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający może w każdym czasie, przed upływem terminu do składania ofert, zmodyfikować treść SIWZ. Dokonane w ten sposób uzupełnienie stanie się częścią SIWZ i będzie wiążące dla Wykonawców. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert, z zastrzeżeniem art. 12a PZP, jeżeli w wyniku modyfikacji treści SIWZ niezbędny jest dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania Wykonawcy i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

**Rozdział XIV. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca związany jest ofertą przez okres 60 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**Rozdział XV. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. **Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Przetargowej, które odbędzie się w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu,
ul. Weigla 5 w Sali Odpraw (budynek Logistyki) w dniu 06.10.2014r. o godz. 11:00. Otwarcie ofert jest jawne**.
2. W trakcie otwarcia ofert zostaną ogłoszone co najmniej:

- kwota, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia

- nazwa i adres Wykonawcy, którego oferta jest otwierana,

- cena oferty, termin wykonania zamówienia,

 - okres ważności warunki płatności zawarte w ofercie.

**Rozdział XVI. SPOSÓB OCENY OFERT**

1. Po zakończeniu części jawnej – Zamawiający dokona wstępnej weryfikacji ofert, które
części są jawne i mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania. W dalszej części dokona badania ofert.
2. W pierwszym etapie postępowania Komisja Przetargowa powołana przez Zamawiającego bada czy Wykonawcy nie podlegają wykluczeniu (nie złożyli wymaganych dokumentów podmiotowych i oświadczeń z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3 i 4 PZP). Następnie Komisja sprawdza oferty Wykonawców niewykluczonych i odrzuca oferty nie spełniające wymagań i warunków określonych w SIWZ. Komisja dokona oceny i wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert nieodrzuconych, zgodnie z kryterium określonym w rozdziale VIII.
3. W celu ustalenia czy oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny Zamawiający może się zwrócić do Wykonawcy o udzielenie wyjaśnień w określonym przez niego terminie.
4. Wykonawca może zostać wykluczony na podstawie art. 24 PZP.
5. Oferta może zostać odrzucona na podstawie art. 89 PZP z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 PZP

**Rozdział XVII. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający jednocześnie zawiadamia wykonawców, którzy złożyli oferty, o:

* wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko, siedzibę albo adres zamieszkania i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, uzasadnienie jej wyboru oraz nazwy (firmy), albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację (powyższą informację Zamawiający umieszcza również na swojej stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie),
* wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne,
* wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.
* terminie, określonym zgodnie z art. 94 ust. 1 lub 2 PZP, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.
1. Po uprawomocnieniu wyniku postępowania Zamawiający wezwie Wykonawcę do podpisania umowy.

 **Rozdział XVIII. ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ**

Środki ochrony prawnej przysługują wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy. W postępowaniach których wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone w art. 11 ust. 8 PZP, zastosowanie mają przepisy art. 180 ust.2 PZP.

Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w formie pisemnej lub elektronicznej w terminach i na zasadach określonych w art. 182 PZP. Kopię treści odwołania należy przesłać Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania.

**Rozdział XIX. JAWNOŚĆ POSTĘPOWANIA**

1. Dokumentacja postępowania zostanie udostępniona wykonawcom w trybie przewidzianym w art. 96 PZP.
2. Zamawiający udostępni wskazane dokumenty na pisemny wniosek.
3. Zamawiający wyznacza termin, miejsce oraz zakres udostępnionych dokumentów

 i informacji oraz osobę przy której obecności dokonana zostanie czynność przeglądania

**Załączniki do SIWZ, które Wykonawca jest zobowiązany złożyć w ofercie:**

1. *Formularz ofertowy-* ***załącznik nr 1***
2. *Zestawienie asortymentowo – cenowe -* ***załącznik nr 2***
3. Parametry bezwzględnie wymagane – ***załącznik nr 2a***
4. Wzór umowy; Protokół instalacji i przekazania/Protokół zdawczo-odbiorczy - ***załącznik nr 3 ( zaleca się )***
5. *Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału (art. 44 PZP) oraz oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania (wzór ) –* ***załącznik nr 4***
6. *Oświadczenie o przynależności do grup kapitałowych – (wzór) - z****ałącznik nr 5***

**Załącznik Nr 1**

......................................................... ..........................,dnia ..................

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) (Miejscowość)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką –

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50-981 Wrocław, ul. R. Weigla 5

**OFERTA**

**Nawiązując do przetargu nieograniczonego na:**

***Dostawę sprzętu medycznego wg pakietów nr 1 - 6; znak sprawy 62/Med./2014,***

niżej podpisani, reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………..

Adres…………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………. REGON…………………………………….

Tel. …………………………………. Fax ………………………………………...

Nr konta…………………………………………………………………………………………

składamy niniejszą ofertę**:**

*Oświadczamy, że oferujemy* ***sprzedaż i******dostawę sprzetu medycznego,*** *zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZ**oraz formularzem cenowym za:*

**Pakiet ( 1 – 6)\***

 ***( \* Wskazane jest podanie nr , wypełnienie i załączenie tylko tych pakietów, w których Wykonawca składa ofertę) np.***

**Pakiet nr 1\***

wartość netto.........................zł (słownie:…………….……....……………………………złotych)

cena brutto…………………zł ( słownie:………………………………………….....……złotych)

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **60 dni**
3. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami\* / z udziałem podwykonawców\*

( \**właściwe podkreślić)*,

1. powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... …...................................................................................... ♠ (♠*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)*.
2. zapewniamy autoryzowany serwis oferowanego sprzętu medycznego ( potwierdzony odpowiednimi dokumentami, które zobowiązujemy się dostarczyć w terminie 3 dni od daty wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy) oraz zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) załączymy do wyrobu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania fachowej instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa - które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika
3. akceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy (**załącznik Nr 3)** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści ( jeżeli wystąpiły ),
4. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
5. akceptujemy zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia: protokół instalacji i przekazania/protokół zdawczo - odbiorczy **(załącznik nr 3)**
6. **Wadium w kwocie ......................... zł zostało wniesione w dniu ................... w formie ...........................................................................................................................................**
7. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
8. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.

**Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK).**

 ………dnia…………… ………...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2**

**Zestawienie asortymentowo - cenowe przedmiotu zamówienia**

*\* Cena brutto (zł), będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto(zł) razy Ilość zakupu – daje Wartość netto (zł), z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy Cenę brutto (zł).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto****[zł]**  | **Cena brutto****[zł]**  | **Nazwa producenta/****Nazwa handlowa/****numer katalogowy/** |
|  **1.** | Łóżko szpitalne sterowane elektrycznie z wyposażeniem  | 30 szt. |  |  |  |  |
| **2.** | Urządzenie do diagnostyki wysiłkowej  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **4.** | Unit stomatologiczny  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **6.** | Wózek anestezjologiczny  | 4 szt. |  |  |  |  |
| **7.** | Cieplarka  | 1 szt. |  |  |  |  |
| **8.** | Dygestorium  | 1 szt |  |  |  |  |

 ………dnia…………… ………...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2a**

**PARAMETRY BEZWZGLĘDNIE WYMAGANE**

**Pakiet 1. Łóżko szpitalne sterowane elektrycznie z wyposażeniem– 30 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Łóżka szpitalne wielofunkcyjne** |  |  |
|  | Łóżko szpitalne sterowane elektrycznie z wyposażeniem  | PODAĆ MODEL/ TYP |  |
|  | Producent  | TAK podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | TAK podać |  |
|  | Rok produkcji – fabrycznie nowe  | TAK |  |
|  | Zasilenie 230V 50-60HZ  | TAK |  |
|  | długość zewnętrzna łóżka – 2140mm (+/-50mm) z możliwością przedłużenia leża o min 100mm od strony głowy oraz nóg pacjenta  | TAK podać |  |
|  | szerokość zewnętrzna łóżka – 950mm (+/-50mm) | TAK podać |  |
|  | Leże łóżka składające się z czterech segmentów  | TAK |  |
|  | Szczyty łóżka jednorodne tworzywowe, wyjmowane od strony nóg i głowy  | TAK |  |
|  | Sterowanie elektryczne łóżkiem przy pomocy pilota przewodowego zapewniającego - regulację wysokości - regulacje oparcia pleców - regulację segmentu uda-regulacje segmentu pleców i uda jednocześnie  | TAK |  |
|  | Możliwość mechanicznego wypoziomowania segmentów leża  | TAK |  |
|  | regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 350 mm do 755 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka przez pacjenta  | TAK podać |  |
|  | regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° +/- 5° | TAK PODAĆ |  |
|  | regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 45° +/- 5° | TAK PODAĆ |  |
|  | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na panelu umiejscowionym od strony szczytu nóg poza zasięgiem leżącego pacjenta) dla poszczególnych regulacji:- regulacji wysokości- regulacji części plecowej - regulacji części nożnej  | TAK |  |
|  | Pojedyncze koła jezdne o średnicy min 125 mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka. System jezdny wyposażony w blokadę jazdy oraz kierunku.  | TAK |  |
|  | 4 kółka odbojowe chroniące przed uszkodzeniami | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze na poziomie minimum 170kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażania bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego  | TAK |  |
|  | Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne | TAK  |  |
|  | Konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo w kolorze białym  | TAK  |  |
|  | Możliwość wyboru kolorystyki szczytów łóżka w min 10 kolorach  | TAK  |  |
|  | Wyposażenie:- Materac przeciwodleżynowy o grubości 100 mm wykonany z piany poliuretanowej. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Pokrowiec z krytym zamkiem.- Barierki boczne lakierowane – do wszystkich łóżek o wysokości min 450mm. Barierki boczne z mechanizmem umożliwiającym podnoszenie za pomocą jednej ręki. Barierki mocowane do ramy łóżka za pomocą mechanizmu zaciskowego bez śrub, pokręteł itp.  | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

 Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2ado SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

 ………………dnia…………… . ..............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

**Pakiet 2. Urządzenie do diagnostyki wysiłkowej – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Urządzenie do diagnostyki wysiłkowej** |  |  |
|  | **WYPOSAŻENIE SYSTEMU** |  |  |
|  | Moduł analizy przepływów i gazów oddechowych z zestawem podstawowych akcesoriów pomiarowych, pompą kalibracyjna 3L w butli zwrotnej, reduktorem do butli z gazem kalibracyjnym | TAK |  |
|  | Stanowisko komputerowe (obudowa typu Small Factor, parametry min. Intel 2C i5-2400/4GB/500GB/DVDRW/RadeonHD6350/LogitechMK520/Windows 7 SP1 Professional 32bit) z dwoma monitorami LCD min. 21” oraz drukarką laserową | TAK |  |
|  | Wózek jezdny klasy medycznej na całość zestawu z uchwytem butli kalibracyjnej | TAK |  |
|  | Moduł EKG bezprzewodowy | TAK |  |
|  | Moduł pulsoksymetru bezprzewodowego | TAK |  |
|  | Bieżnia diagnostyczna kompatybilna z całym zestawem. | TAK |  |
|  | Ergometr rowerowy z leżanką. | TAK |  |
|  | UPS umożliwiający pracę systemu (przynajmniej komputera, monitora, analizatora gazów, modułu EKG i spO2) przez okres min. 5 min. całkowitego braku zasilania | TAK |  |
|  | **BAZA DANYCH** |  |  |
|  | Baza danych oparta o MSSQL | TAK |  |
|  | Możliwość dodawania własnych pól danych pacjenta i badania | TAK |  |
|  | Archiwizacja i eksportowanie badań oraz automatyczny backup bazy danych | TAK |  |
|  | Możliwość definiowania i dodawania własnych pól do karty danych pacjenta | TAK |  |
|  | Uniwersalny interfejs użytkownika dla wszystkich trybów pomiarowych | TAK |  |
|  | Prezentacja trendu wyników badań pacjenta z możliwością wybrania śledzonych parametrów | TAK |  |
|  | Biblioteka wartości predykcyjnych wg. norm i autorów, w postaci parametryzowanych formuł kalkulacyjnych z możliwością edycji istniejących oraz dodawania własnych | TAK |  |
|  | Konfiguracja ekranów pomiarowych oraz raportów, w tym zawartości i wyglądu tabel, wykresów | TAK |  |
|  | **POMIAR PRZEPŁYWU I WENTYLACJI** |  |  |
|  | Wymienna głowica pneumotachograficzna (8 głowic w zestawie) z możliwością całościowej dezynfekcji, bez elementów wymagających podgrzewania i wrażliwych na urazy mechaniczne (np. upuszczenie) z maskami wielorazowymi twarzowo-nosowymi silikonowymi, łatwymi do dezynfekcji (wymagane przynajmniej 8 masek, 2 w rozmiarze S, 4 w rozmiarze M i 2 w rozmiarze L , z kompletem elementów wymaganych do podłączania głowicy pneumotachograficznej i zakładania jej pacjentowi). | TAK |  |
|  | Głowica o wadze do 20 gram | TAK |  |
|  | Objętość martwa głowicy max 20ml | TAK |  |
|  | Maksymalny błąd liniowości 2% | TAK |  |
|  | Efektywna przestrzeń martwa <20ml | TAK |  |
|  | Największy mierzony przepływ przy wdechu i wydechu ± 16 l/s | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przepływu <1 ml/s | TAK |  |
|  | Opory przepływu: <0,12kPa(l/s)<15l/s | TAK |  |
|  | Dokładność: ±3% lub 20ml/s | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru objętości min. 0 -20 L | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru objętości: ±3% lub 50ml/s | TAK |  |
|  | Linia osuszająca w torze pomiarowym łatwa do samodzielnej wymiany (min. 2 w zestawie) | TAK |  |
|  | Wszystkie elementy zużywalne możliwe do samodzielnej wymiany oraz dostępne bez otwierania obudowy analizatora | TAK |  |
|  | Środek na min. 50 dezynfekcji nadających się do dezynfekcji wszystkich elementów wielorazowego użytku wymagających dezynfekcji po każdym użyciu. | TAK |  |
|  | **BADANIE SPIROMETRYCZNE** |  |  |
|  | Pomiar spirometrii spoczynkowej oraz krzywej przepływ/objętość | TAK |  |
|  | Pomiar krzywej F/V w czasie badania wysiłkowego w odniesieniu do maksymalnej krzywej F/V z okresu przygotowania do badania | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania spirometrii referencyjnej bezpośrednio w fazie przygotowania badania wysiłkowego | TAK |  |
|  | Pełen zestaw parametrów wyznaczanych w badaniu spirometrycznym | TAK |  |
|  | Automatyczna ocena jakości badania wg. kryteriów ATS/ERS | TAK |  |
|  | Automatyczna korekcja BTPS | TAK |  |
|  | **POMIAR O2** |  |  |
|  | Komórka chemiczna, żywotność czujnika min. 1 rok (z gwarancją zaopatrzenia w nowy czujnik bez dodatkowych kosztów przez min. 2 lata), możliwość szybkiej i łatwej wymiany bez konieczności otwierania głównej obudowy aparatu.  | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy O2 0 - 100% | TAK |  |
|  | Dokładność analizy O2 min. 0,1 % | TAK |  |
|  | Rozdzielczość analizy O2 min. 0,1 % | TAK |  |
|  | Czas odpowiedzi T90 < 100 ms | TAK |  |
|  | **POMIAR CO2** | TAK |  |
|  | Absorbcja w podczerwieni, żywotność czujnika min. 5 lat | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy CO2 min. 0-13% | TAK |  |
|  | Rozdzielczość analizy CO2 min. 0,1 % | TAK |  |
|  | Dokładność analizy CO2 min. 0,1% | TAK |  |
|  | Czas odpowiedzi T90 < 28 ms | TAK |  |
|  | **OCENA GAZÓW ODDECHOWYCH** |  |  |
|  | Ciągły pomiar stężenia gazów w każdym cyklu oddechowym (FiO2, FiCO2, FeO2, FeCO2) | TAK |  |
|  | Prezentacja w czasie rzeczywistym mierzonych parametrów, obejmujących wyświetlanie wartości granicznych | TAK |  |
|  | Bieżąca prezentacja krzywych O2 i CO2, nałożonych na siebie w celu ciągłej oceny synchronizacji analizatorów gazów, objętości oddechowej | TAK |  |
|  | Graficzna i numeryczna prezentacja podstawowych parametrów ergospirometrycznych m.in.; VO2, VCO2, RER, BF, TV, VD, EQO2, O2PULSE | TAK |  |
|  | Prezentacja parametrów ergospirometrycznych i EKG (12 krzywych jednocześnie) na monitorach z możliwością konfiguracji ekranów pomiarowych podczas badania, w tym rodzajów trendów oraz wartości numerycznych w czasie trwania badania, powiększania i przełączania zestawów ekranów (np. tylko EKG, panele Wassermana, trendy w czasie) | TAK |  |
|  | Automatyczna kalkulacja progu anaerobowego (VAT) oraz progu kompensacyjnego (RCP), na podstawie wskazanych przez operatora różnych synchronicznych prezentacji danych min. RER,V-Slope , EQO2, EQCO2, z możliwością ręcznej korekcji metody danych oraz wartości. | TAK |  |
|  | Konfiguracja raportów przez użytkownika z zestawem raportów standardowych, w tym z zestawem krzywych wg. Wassermana | TAK |  |
|  | Automatyczna i interaktywna ocena osiągnięcia maksymalnego wysiłku wyznaczenia progów AT i RCP | TAK |  |
|  | Automatyczna i interaktywna ocena badania według algorytmu Wassermana | TAK |  |
|  | Automatyczne wyznaczanie wartości CO (rzutu minutowego serca) zgodnie ze wzorem wg. Wassermana | TAK |  |
|  | Automatyczne wyznaczanie wartości VE/VCO2 oraz OUES, przedstawienie algorytmów wyliczający daną wartość. | TAK |  |
|  | Automatyczna korekcja STPD | TAK |  |
|  | **OCENA EKG** |  |  |
|  | **Rejestracja i prezentacja 12 kanałów EKG zintegrowane z systemem tzn.: wykonywane w połączeniu i synchronicznie z oceną zużycia gazów bez konieczności dodatkowego uruchamiania oraz prezentowane jako wyniki łącznie z oceną zużycia gazów.** | TAK |  |
|  | Moduł pacjenta bezprzewodowy | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowanie EKG min. 8000 Hz na kanał | TAK |  |
|  | Pasmo przenoszenia 0 - 150 Hz | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji ekranu (trendy, zapis EKG, mediany) w czasie trwania próby | TAK |  |
|  | Prezentacja w widoku 12, 3, 6, 6+6, 4x3, Cabrera, możliwość ich natychmiastowej zmiany podczas trwania badania | TAK |  |
|  | Możliwość doraźnej automatycznej modyfikacji protokołu RAMP do wartości maksymalnego obciążenia wyliczonej dla pacjenta | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie arytmii: asystolia, pauza, ewolucja opóźniona, salwa komorowa, ekstrasystolia komorowa, para komorowa, częstoskurcz komorowy, pobudzenie przedwczesne / nadkomorowe, częstoskurcz nadkomorowy | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja wszystkich 12 median w formatach 1x1,1x2, 3x4 z nałożoną medianą odniesienia | TAK |  |
|  | Prezentacje trendów z jednoczesnym podaniem informacji: obciążenie i liczba obrotów (Load, RPM), prędkość i nachylenie, rytm serca (HR), ciśnienie krwi (SYS, DIA) | TAK |  |
|  | Ciągłe monitorowanie i prezentacja parametrów: częstość rytmu serca (HR), maksymalna częstość rytmu serca dla danego pacjenta (max HR), procentowa wartość osiągniętego limitu tętna (%HR), ciśnienie krwi (SYS/DIA), ostatnio zmierzone ciśnienie krwi (SYS/DIA), maksymalna zanalizowana wartość obniżenie lub uniesienie ST z podaniem odprowadzenia na którym zostało znalezione, METs, czas etapu obciążenia, czas fazy badania, etapy fazy spoczynkowej w badaniu na bieżni, prędkość pasa bieżni, nachylenie bieżni, nazwa protokołu | TAK |  |
|  | Tabele danych liczbowych zawierające informacje: amplituda i czas trwania załamków Q, R i S, stosunek amplitud Q/R, stosunek amplitud R/S, wartość ST, dodatnia wartość amplitudy T, ujemna wartość amplitudy T, pole powierzchni ograniczone przez odcinek ST i załamek T, pole powierzchni pod załamkiem P | TAK |  |
|  | Bieżący wydruk EKG w ustalonym formacie | TAK |  |
|  | Automatyczne okno pomiaru ciśnienia programowane wg. protokołu pomiarowego z możliwością rozbudowy o automatyczny pomiar ciśnienia dla ergometru lub bieżni | TAK |  |
|  | Możliwość niezależnego wykorzystania modułu kardiologicznego do badań wysiłkowych EKG bez oceny parametrów metabolicznych i wentylacyjnych | TAK |  |
|  | Biblioteka gotowych protokółów wysiłkowych dla ergometru i bieżni, z możliwością tworzenia własnych, w tym typu RAMP | TAK |  |
|  | Graficzna prezentacja wybranego protokołu obciążenia, z możliwością bieżącej korekcji podczas uruchamiania badania | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany w czasie badania źródła parametru HR: EKG lub SpO2 | TAK |  |
|  | Zegar sekundowo-minutowy lub sekundowy trwania badania od początku fazy przygotowanie badania do zakończenia fazy spoczynku. | TAK |  |
|  | **POMIAR spO2** |  |  |
|  | Pomiar zintegrowany z oprogramowaniem spiroergometrycznym | TAK |  |
|  | Technologia pomiaru dostosowana do warunków badania wysiłkowego | TAK |  |
|  | Bezprzewodowy moduł pomiarowy z nadajnikiem na nadgarstku pacjenta i z wymiennymi czujnikami pomiarowymi | TAK |  |
|  | Czujnik na palec w zestawie, możliwość wyposażenia w czujnik na płatek uszny lub na czoło | TAK |  |
|  | **KALIBRACJA** |  |  |
|  | Zintegrowana z systemem automatyczna stacja pomiarowa warunków otoczenia (temperatura, wilgotność, ciśnienie) zapewniająca ciągłą w czasie badania korekcję pomiarów do warunków BTPS, możliwość wprowadzania ręcznego | TAK |  |
|  | Trzyzakresowa kalibracja przepływu i objętości z automatycznym prowadzeniem manewru | TAK |  |
|  | Kontrola i weryfikacja liniowości głowicy wg ATS/ERS | TAK |  |
|  | Automatyczna dwupunktowa kalibracja analizatorów gazów z mieszanki dostępnej na rynku krajowym, z podłączeniem butli bezpośrednio do analizatora, mieszanka kalibracyjna 15%O2+5%CO2 klasa I | TAK |  |
|  | Automatyczne bezobsługowe zerowanie przetworników i korekcja opóźnienia linii pomiarowej, z detekcją w cyklu oddechowym pacjenta | TAK |  |
|  | Raporty z kalibracji | TAK |  |
|  | **KOMPATYBILNOŚĆ** |  |  |
|  | Współpraca z ergometrami m.in. Ergoline, Seca, Lode, Ergosana oraz bieżniami m.in. Trackmaster, RAM, HP Cosmos, Woodway | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatów automatycznego pomiaru ciśnienia Suntech Tango (z lub bez bramkowania EKG), Boso | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o badania oddechowe płuc, w tym dyfuzję gazów (DLCO) | TAK |  |
|  | **BIEŻNIA DIAGNOSTYCZNA** |  |  |
|  | Minimalny zakres prędkości pasa ruchomego 1,0 do 19 km/godz. | TAK |  |
|  | Minimalny zakres nachylenia pasa ruchomego 0 do 25% | TAK |  |
|  | Minimalne wymiary pasa ruchomego 55 x 158 cm | TAK |  |
|  | Wysokość pasa ruchomego nad podłożem maksymalnie 20 cm | TAK |  |
|  | Reling, bez podparcia relingów bocznych od strony wejścia pacjenta na bieżnię, zapewniający łatwy dostęp w sytuacjach nagłych | TAK |  |
|  | Wyłącznik awaryjny bieżni zamocowany na relingu, z możliwością przełożenia na lewy lub prawy reling podczas instalacji oraz opcją linki bezpieczeństwa | TAK |  |
|  | **CYKLOERGOMETR LEŻANKOWY** |  |  |
|  | Nośność leżanki min. 140 kg | TAK |  |
|  | Płynna regulacja wysokości siedziska, w zakresie przynajmniej od 120 do 200cm | TAK |  |
|  | Płynna regulacja nachylenia siedziska w zakresie od zera do przynajmniej 45 stopni | TAK |  |
|  | Płynna regulacja uchyłu bocznego w zakresie od zera do przynajmniej 45 stopni | TAK |  |
|  | Elektromagnetyczne hamowanie z obciążeniem w zakresie przynajmniej od 6 do 990 W | TAK |  |
|  | Możliwość programowania przynajmniej 5 protokołów użytkownika | TAK |  |
|  | Możliwość programowania przynajmniej 3 położeń leżanki | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 240V | TAK |  |
|  | Maksymalna waga urządzenia 150 kg | TAK |  |
|  | **PARAMETRY FIZYCZNE** |  |  |
|  | Wymiary analizatora gazów (dł. x szer. x wys.) 210 mm x 175 mm x 75 mm | TAK |  |
|  | Wymiary wózka (szer. x głeb. x wys.) 70 cm x 50 cm x 120 cm | TAK |  |
|  | Klasyfikacja ryzyka IIa, typ części aplikacyjnej BF | TAK |  |
|  | Temperatura pracy +15 - +50 st. C | TAK |  |
|  | Zasilanie 240 V, maksymalny pobór prądu 4A | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

 Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

 ………………dnia…………… . ..............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

**Pakiet 3. Unit stomatologiczny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Unit stomatologiczny** |  |  |
| I | **STOLIK LEKARZA** |  |  |
|   | **INSTRUMENTY** |  |  |
| 1. | Moduł skalera piezoelektrycznego bez rękojeści, współpracujący z rękojeścią typu Stern Weber SC A2– **1 szt**. | TAK |  |
| 2. | Moduł trójdrożnej strzykawki w metalowej obudowie do sterylizacji z wymienną końcówką – **1 szt.** | TAK |  |
| 3. | Moduł mikrosilnika bezszczotkowego ze światłem LED (zakres obrotów1000-40000 obr/min. Moment obrotowy : 3Ncm(bez kątnicy) – **1 szt.** | TAK |  |
| 4. | Moduł turbinowy ze światłem (bez turbiny)- **2 szt**. | TAK |  |
|   | **POZOSTAŁE WYPOSAŻENIE** |  |  |
| 5. | Demontowalna taca ze stali nierdzewnej pod konsolą lekarza o wymiarach min. 20x25 cm | TAK |  |
| 6. | Negatoskop zintegrowany w panelu obsługi instrumentów i fotela. | TAK |  |
| 7. | Stolik wyposażony w hamulec mechaniczny ruchu pionowego. | TAK |  |
| 8. | Możliwość regulacji bezwładności ruchu obrotowego stolika | TAK |  |
| 9. | Długość rękawa powyżej 105 cm, wyłączając długość końcówki pracującej. | TAK |  |
| 10. | Mechanizmy prowadzenia rękawów od góry z blokadami wysięgników. | TAK |  |
| 11. | Konstrukcja mechanizmów prowadzenia rękawów z blokadą. | TAK |  |
| 12. | Konstrukcja wysięgników eliminująca nadmierne zginanie rękawów podczas pobierania i odkładania końcówki oraz w trakcie jej pracy. | TAK |  |
| 13. | Zmiana kierunku pracy mikromotora (sygnał dźwiękowy) | TAK |  |
| 14. | Przycisk włączania /wyłączania światła w końcówkach | TAK |  |
| 15. | Przedmuch powietrza w końcówkach (chip blower) oraz automatyczny przedmuch powietrza w końcówkach na zakończenie pracy z wodą | TAK |  |
| 16. | Konstrukcja wysięgników ograniczająca ryzyko zderzenia z lampą główną. | TAK |  |
| 17. | Sterowanie pracą końcówek, wykluczające uruchomienie drugiej podniesionej końcówki | TAK |  |
| 18. | Przyciski napełniania szklanki, spłukiwania spluwaczki i sterowania ruchami fotela i wywołania pozycji „0” | TAK |  |
| II | **BLOK SPLUWACZKI I STOLIK ASYSTY** |  |  |
| 1. | Ceramiczna, odchylana tumba z możliwością obrotu w kierunku pacjenta (zakres obrotu min 135 stopni) | TAK |  |
| 2. | Możliwość obrotu stolika asysty względem bloku spluwaczki z jednoczesnym wychyleniem za oparcie fotela. | TAK |  |
| 3. | Blok spluwaczki zawieszony na fotelu pacjenta umieszczony w stosunku do fotela nie ograniczając dostępu do pacjenta z lewej strony | TAK |  |
| 4. | Możliwość obrotu stolika asysty w płaszczyźnie poziomej. | TAK |  |
| 5. | Możliwość regulacji ruchu obrotowego stolika dzięki hamulcowi ciernemu. | TAK |  |
| 6. | Wyłącznik bezpieczeństwa ruchu fotela w stoliku asysty. | TAK |  |
| 7. | Dwa rękawy ssakowe (duży i mały) z rolkami prowadzącymi | TAK |  |
| 8. | Przyciski napełniania szklanki i spłukiwania spluwaczki oraz sterowania ruchami fotela | TAK |  |
| 9. | Moduł lampy polimeryzacyjnej bez rękojeści, kompatybilny z rękojeścią MY RAY-T-LED lub TKD MOON-**1 szt.**  | TAK |  |
| 10. | Moduł trójdrożnej strzykawki w metalowej obudowie do sterylizacji z wymienną końcówką-**1szt.** | TAK |  |
| 11. | Wbudowany w blok higieniczny separator odpowiedni do obsługi poprzez centralny, ”suchy”, system ssący. | TAK |  |
| 12. | Zawór selekcyjny unitu dedykowany do współpracy z wielostanowiskowymi pompami ssącymi | TAK |  |
| III | **LAMPA OŚWIETLENIOWA** |  |  |
| 1. | Mocowanie na pantograficznym ramieniu o szerokim zasięgu ruchu. | TAK |  |
| 2. | Źródło światła – żarówka halogenowa. | TAK |  |
| 3. | Płynna regulacja natężenia światła w zakresie (8- 35 tys.  LUX) | TAK |  |
| 4. | Temperatura barwowa emitowanego światła – 4 900 K | TAK |  |
| 5. | Obszar i kształt miejsca oświetlenia – prostokąt o max. Wymiarach 18 x 6 cm. | TAK |  |
| 6. | Możliwość łatwego demontażu i sterylizacji uchwytów lampy. | TAK |  |
| 7. | Praca głowicy lampy w trzech płaszczyznach | TAK |  |
| IV | **FOTEL PACJENTA** |  |  |
| 1. | Kształt fotela umożliwiający bardzo bliskie podejście do pacjenta niezależnie od modelu pracy lekarza i asysty | TAK |  |
| 2. | Krótka i wąska podstawa fotela, krótsza i węższa niż rzut poziomy siedziska fotela umożliwiająca bliskie podejście do pacjenta w każdej pozycji pracy. Szerokość max 35 cm w miejscu zakończenia podstawy. | TAK |  |
| 3. | Regulacja wysokości uniesienia fotela od 40 do 80 cm | TAK |  |
| 4. | Regulacja wychylenia oparcia – 78˚ | TAK |  |
| 5. | Zagłówek z blokadą mechaniczną i możliwością pracy w min. Dwóch płaszczyznach z możliwością demontażu i obrócenia w celu obsługi pacjenta niepełnosprawnego | TAK |  |
| 6. | Sterowanie  fotela z trzech miejsc: sterownik nożny, panel asysty, stolik lekarza | TAK |  |
| 7. | Zalecany udźwig fotela – 150 kg. | TAK |  |
| 8. | Najazdowy wyłącznik bezpieczeństwa ruchu fotela. | TAK |  |
| 9. | Automatyczna blokada ruchu fotela podczas pracy narzędziami ze stolika lekarza ( oprócz strzykawko-dmuchawki ). | TAK |  |
| 10. | Automatyczna pozycja „0”. | TAK |  |
| 11. | Pozycja „spluwaczkowa” i powrót do ostatniej pozycji pracy | TAK |  |
| 12. | Brak harmonijkowych osłon gumowych na elementach wszystkich elementach fotela, bloku spluwaczkowego i innych elementach składowych kompletu unitu stomatologicznego | TAK |  |
| 13. | Bezszwowa, zmywalna tapicerka fotela typu SKAI identyczna dla fotela pacjenta i krzesełek personelu | TAK |  |
| V | **STEROWNIK NOŻNY** |  |  |
| 1. | Stabilny (waga min 3,00 kg ) wyłącznik nożny z horyzontalnie wychylaną dźwignią regulacji prędkości/mocy instrumentów, z naciskowym wyzwalaniem pracy wywołanego instrumentu, podklejony mikrogumą, zwiększającą przyczepność do podłoża. | TAK |  |
| 2. | Brak możliwości przypadkowego włączenia sprayu podczas pracy bez chłodzenia | TAK |  |
| 3. | Włączenie/wyłączenie funkcji dmuchawki (tzw. „chip blower”) w końcówce turbiny. | TAK |  |
| 4. | Płynna regulacja prędkości obrotowej mikrosilnika. | TAK |  |
| 5. | Płynna regulacja mocy skalera ze sterownika nożnego. | TAK |  |
| 6. | Wywołanie pozycji zerowej i pozycji spluwaczkowej z wyłącznika nożnego z włączeniem i wyłączeniem światła. | TAK |  |
| VI | **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** |  |  |
| 1. | Zewnętrzna, niezależna skrzynka podłączeniowa unitu – **1 szt**. | TAK |  |
| 2. | Piaskarka profilaktyczna na złączę MIDWEST wyposażona w dwie dysze o różnym kącie nachylenia – **1 szt**. | TAK |  |
| 3. | Szybkozłączka do turbin NSK, ze światłem halogenowym,PTL-CL-LED-**1 szt.**  | TAK |  |
| VII | **KRZESEŁKA** |  |  |
| 1. | Krzesełko stomatologiczne z oparciem typu banan – **1 szt**. | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

 Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

 ………………dnia…………… . ..............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

**Pakiet 4. Wózek anestezjologiczny – 4 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Wózek anestezjologiczny** |  |  |
|  | Wózek ratowniczy z czterema szufladami wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9 z wyposażeniem.  | TAK |  |
|  | Szuflady umieszczone w jednym pionowym rzędzie (jedna szuflada pod drugą) zamykane na zamek centralny.  | TAK |  |
|  | Wysokość użytkowa szuflad wynosi 110 mm.  | TAK |  |
|  | Szuflady na łożyskach i prowadnicach samo dociągowych otwierane na całą długość z funkcją hamulca w ostatniej fazie domykania (zapobiega „głośnemu zamykaniu się”). | TAK |  |
|  | Fronty szuflad wykonane w technologii podwójnych ścianek z wypełnieniem. Fronty malowane na wskazany kolor RAL. | TAK |  |
|  | Fronty szuflad z uchwytem typu C, uszczelki gumowe pewnie osadzone w konstrukcji na „wcisk” (nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych). | TAK |  |
|  | Szuflady łatwe w demontażu w celu wyjęcia i umycia. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony jest w nadstawkę z 11 pojemnikami z tworzywa sztucznego (w jednym rzędzie 6 pojemników, w drugim rzędzie - 5 pojemników), stojak do infuzji ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9 montowany do wózka, tackę (wymiary: 300x200x60 mm) oraz pojemnik na zużyte igły o pojemności 0,7l z tworzywa sztucznego i wiaderko ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9 na odpadki o pojemności 7l - umieszczone z prawej strony wózka. | TAK |  |
|  | Z lewej strony wózka umieszczony uchwyt z dwoma pojemnikami na cewniki.  | TAK |  |
|  | Wyrób na kółkach fi 100 mm (dwa z blokadą).  | TAK |  |
|  | Oponki wykonane z tworzywa, które nie brudzi podłoża.  | TAK |  |
|  | Przy kołach odbojniki z tworzywa sztucznego.  | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w rączkę do prowadzenia umieszczoną z frontu wózka.  | TAK |  |
|  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.  | TAK |  |
|  | Zaokrąglone narożniki wózka - promień R 15 mm | TAK |  |
|  | Wymiary blatu: 650x600 mm.  | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne (dług. x szer. x wys.) w mm 720x715x985 (+/- 10 mm.) | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

 Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

 ………………dnia…………… . ..............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

**Pakiet 5. Cieplarka – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Cieplarka** |  |  |
|  | Pojemność 100-110 l | TAK |  |
|  | Obudowa ze stali nierdzewnej strukturalnej, wnętrze ze stali nierdzewnej, 5 półek drucianych INOX | TAK |  |
|  | zakres temperatury od temp. otoczenia +5°C do +100°C, regulacja temperatury co 0,1°C, | TAK |  |
|  | Kominek wentylacyjny | TAK |  |
|  | Wyświetlacz graficzny LCD z podświetloną klawiaturą dotykową, | TAK |  |
|  | Wymiary wewnętrzne komory (szer. x wys. x gł.)560 x 480 x 400 mm +/- 2 cm | TAK |  |
|  | otwór do wprowadzania zewnętrznego czujnika, | TAK |  |
|  | Możliwości programowania: | TAK |  |
|  | - sześciosegmentowy profil czasowo-temperaturowy | TAK |  |
|  | sygnalizacja otwartych drzwi | TAK |  |
|  | - nastawienie opóźnienia startu pracy urządzenia (1 min…99,59 h) | TAK |  |
|  | - regulacja czasu utrzymywania każdej z zadanych temperatur w zakresie 1 min…99,59 h lub praca ciągła | TAK |  |
|  | - rejestracja średniej, min. i max. wartości temperatury dla każdego segmentu | TAK |  |
|  | - możliwość podglądu zadanych i bieżących parametrów podczas pracy urządzenia | TAK |  |
|  | - sygnalizacja dźwiękowa przekroczenia zadanej temperatury | TAK |  |
|  | - sygnalizacji uszkodzenia czujnika temperatury | TAK |  |
|  | - zegar czasu rzeczywistego | TAK |  |
|  | - funkcja self-check (autokontrola) | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

 Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

 ………………dnia…………… . ..............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

**Pakiet 6. Dygestorium – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2014**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Dygestorium** |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne (szer. x wys. x gł.) 800 x 1200 x 650 mm  | TAK |  |
|  | Wymiary wewnętrzne (szer. x wys. x gł.) 700 x 1000 x 500 mm | TAK |  |
|  | Dygestorium do ustawienia na stole | TAK |  |
|  | Stelaż/konstrukcja dygestorium wykonana z profilu stalowego 30x30mm malowanego proszkowo farbą epoksydową. | TAK |  |
|  | Samonośna osłona z ocynkowanej stali, pokrytej lakierem epoksydowym | TAK |  |
|  | Okno w ramie pojedynczej, z szybą z poliakrylu (ze szkła bezpiecznego) | TAK |  |
|  | Komora robocza z trzech stron przeszklona (front i boki) .  | TAK |  |
|  | Blat ze stali pokrytej lakierem epoksydowym z obrzeżem prostym. | TAK |  |
|  | System wentylacji dygestorium oparty na układzie wentylacji szczelinowej (podwójna tylna ściana). | TAK |  |
|  | Monitoring przepływu powietrza | TAK |  |
|  | Przyłączenie do sieci: 230 V | TAK |  |
|  | Instalacja elektryczna z zerowaniem zakończona wtyczką 230 V | TAK |  |
|  | Oświetlenie przestrzeni roboczej >400lux  | TAK |  |
|  | Sterowanie oświetlenia komory roboczej | TAK |  |
|  | Min. zalecany przepływ powietrza 250m3/h | TAK |  |
|  | Czujnik przepływu powietrza informujący o właściwym poziomie powietrza odciąganego, awarii systemu wentylacji, zbyt wysokim uniesieniu okna. | TAK |  |
|  | Wbudowany wentylator stropowy z instalacjami (montowany na dachu dygestorium) z wyłącznikiem na panelu podblatowym. | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

 Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2i 2a do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2a podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

 ………………dnia…………… . ..............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

**Załącznik nr 3**

**Wzór umowy (**proszę wypełnić miejsca wypunktowane z wyjątkiem numeru umowy i daty jej zawarcia oraz § 2 ust.2 i 3)

**UMOWA nr ………./62/Med./2014**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **…………...2014 r**. we Wrocławiu pomiędzy:

**4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej,** z siedzibą **50-981 Wrocław, ul. Weigla 5, Regon** 930090240,
**NIP** 899-22-28-956, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy, nr **KRS**: 0000016478, zwanym w treści umowy **ZAMAWIAJĄCYM**, reprezentowanym przez:

**Komendanta - płk lek. med. Grzegorza STOINSKIEGO**

a .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Regon** ……………., **NIP**………………zwanym dalej **WYKONAWCĄ,** reprezentowanym przez:...............................................

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego ( zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych t.j. Dz. U. z 2013r.
poz. 907 z późn.zm.) o wartości powyżej 134 000 EURO. Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot dostawy**

1. Zamawiający zamawia a Wykonawca przyjmuje do realizacji sprzedaż, dostawę
i montaż ( jeżeli jest konieczny ) w miejscu wskazanym przez Zamawiającego sprzętu medycznego [[1]](#footnote-1):
2. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 1**
3. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 2**
4. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 3**
5. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 4**
6. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 5**
7. **……………………………. typ…………………, rok produkcji ……………………., producent…………., kraj…..….. wg pakietu nr 6**

o parametrach wyszczególnionych w § 11 niniejszej umowy, zwany dalej przedmiotem umowy, urządzeniem lub sprzętem.

**§ 2**

**Wartość dostawy**

1. Zamawiający za dostarczony, zamontowany i odebrany sprzęt zapłaci Wykonawcy cenę obliczoną zgodnie z cennikiem podanym w § 11 niniejszej umowy.
2. Wartość umowy netto: …………………… zł (słownie: ………………………………...).
3. Cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) **……………………….** zł (słownie: ………………………………………….…).
4. Cena, o której mowa w ust. 3 , obejmuje koszt przedmiotu umowy oraz wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia w tym w szczególności koszty przewozu
i montażu ( jeżeli jest on konieczny ) w siedzibie Zamawiającego orazkoszt gwarancji w tym przeglądów okresowych w okresie gwarancji z częstotliwością zalecaną przez producenta jednak nie mniejszą jak przewidziana w § 5 ust. 3 umowy oraz przeszkolenia personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego).
5. Urzędowa zmiana stawek podatku VAT obowiązuje z mocy prawa.

**§ 3**

**Warunki płatności**

1. Zapłata za dostarczony sprzęt nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury, przelewem na jego konto w banku nr …………………………………
2. Strony ustalają, że płatność za fakturę nastąpi w terminie ………dni (**min. 60 dni)** od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego. Podstawą do wystawienia faktury będzie Protokół instalacji i przekazania / Protokół zdawczo - odbiorczy, który zostanie podpisany po zainstalowaniu i uruchomieniu sprzętu, oklejeniu sprzętu naklejką informacyjną o dacie planowanego pierwszego przeglądu okresowego oraz przeszkoleniu personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu medycznego.
3. Od należności nieuiszczonych w terminie ustalonym przez strony, Wykonawca może naliczać odsetki za zwłokę w wysokości określanej na podstawie art. 56 § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. – Ordynacja podatkowa( tj. Dz.U. z 2012r.poz.749 z późn.zm.).
4. Za datę zapłaty strony uznają dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**§ 4**

**Termin i warunki dostarczenia przedmiotu umowy**

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć, zainstalować i uruchomić przedmiot umowy w terminie **do 4 tygodni od daty zawarcia umowy**. Termin dostawy należy ustalić z p. Bartoszem Lisowskim tel. (71) 766 04 68. Osobami upoważnionymi do protokolarnego odbioru sprzętu w imieniu Zamawiającego są:

1. Wiesław Król
2. Bartosz Lisowski

wraz z Kierownikiem/Ordynatorem właściwego Oddziału.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy, jeżeli Wykonawca wykonuje przedmiot umowy w sposób niezgodny z umową lub normami i warunkami prawem określonymi, w szczególności w przypadku opóźnienia w dostawie sprzętu o 7 dni; nie dostarczenia sprzętu zastępczego, o którym mowa w §5 ust. 9 oraz
w przypadku nie otrzymania dotacji celowej.
2. Wraz z przekazaniem sprzętu Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem, w tym m. in. instrukcję obsługi
i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi
i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych - należy dosłać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia, paszport techniczny, karty gwarancyjne, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy), Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, Formularz Powiadomienia /Zgłoszenia do Prezesa Urzędu zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. nr 107, poz. 679 z późn.zm.).
3. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia sprzętu przechodzi na Zamawiającego z chwilą dostarczenia go do miejsca wskazanego w Rozdziale VI SIWZ i przyjęcia go przez Zamawiającego wg § 4 ust. 1.
4. Wykonawca realizuje przedmiot umowy własnymi siłami oraz przy pomocy podwykonawców wskazanych w ofercie. Jeżeli Wykonawca zleci wykonania niektórych czynności innym podmiotom to ponosi on pełna odpowiedzialność za działania innych dostawców, który powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
5. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) w wymiarze **min. 2 godzin**, niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest Bartosz Lisowski tel. (71) 766 04 68. Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy do przeprowadzenia dodatkowego szkolenia pracowników w późniejszym terminie jeżeli wystąpi taka konieczność w wymiarze max. 10.godzin w siedzibie Zamawiającego.
6. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie pracowników Warsztatu Naprawy Sprzętu Medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) z zakresu podstawowej konserwacji i obsługi w wymiarze **min. 2 godzin**, niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest p. Bartosz Lisowski tel. (71) 766 04 68.

**§ 5**

**Odpowiedzialność za wady towaru**

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji jakości i trwałości dostarczonego sprzętu
i zapewnia, że dostarczone urządzenie będzie wolne od wad, spełniać będzie wszelkie wymagania określone przez Zamawiającego, przez właściwe przepisy
i instytucje oraz będzie najwyższej jakości.
2. Wykonawca udziela gwarancji na okres ……………..miesięcy ( **min.** **24 miesięcy )** prawidłowego działania sprzętu, obejmującą części zamienne i serwis, liczony od daty podpisania protokołu instalacji i przekazania sporządzonego po zainstalowaniu
i przekazaniu do użytkowania sprzętu oraz przeszkoleniu pracowników Zamawiającego.
3. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzać przeglądy okresowe i konserwację urządzeń min**. 1 raz** w roku ( zgodnie z zaleceniami producenta ). Przed zakończeniem okresu gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić przegląd kończący okres gwarancji oraz wydać pisemne orzeczenie o stanie technicznym urządzenia.
4. Po wykonaniu naprawy, przeglądu okresowego Wykonawca ma obowiązek wystawić raport serwisowy oraz dokonać wpisu w paszporcie technicznym urządzenia wraz
z wyszczególnieniem części zamiennych oraz określeniem czy sprzęt jest sprawny
i nadaje się do dalszej eksploatacji. Po wykonaniu przeglądu okresowego Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia certyfikatu potwierdzającego sprawność urządzeń oraz oklejenia sprzętu naklejką z datą wykonania przeglądu oraz datą jego ważności. Wykonawca ma obowiązek pozostawienia kopi raportu serwisowego u użytkownika oraz przesłania jego skanu na adres e-mail **ssm@4wsk.pl**. Certyfikat potwierdzający sprawność urządzenia winien być przesłany na adres szpitala z dopiskiem „Sekcja Sprzętu Medycznego”.
5. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest przeprowadzić naprawy w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta urządzenia.
6. Jeżeli w przypadku ujawnienia się wady w okresie gwarancji Wykonawca dostarczy Zamawiającemu zamiast rzeczy wadliwej rzecz wolną od wad albo dokona istotnych (wartość naprawy przekracza 40% wartości rzeczy) napraw rzeczy objętej gwarancją, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia rzeczy wolnej od wad lub zwrócenia rzeczy naprawionej. W innych wypadkach termin gwarancji ulega przedłużeniu o czas, w ciągu którego wskutek wady rzeczy objętej gwarancją Zamawiający nie mógł z niej korzystać.
7. Wybór sposobu usunięcia wady należy do Wykonawcy, który może naprawić rzecz poprzez naprawę lub wymianę uszkodzonej części rzeczy lub wymienić całą rzecz. Termin usunięcia wady strony ustalają na **max.** **5 dni** licząc od daty powiadomienia Wykonawcy przez Zamawiającego o wadzie, zgodnie z zapisami ust. 11. Naprawa lub wymiana uszkodzonej części urządzenia w okresie gwarancji następuje w całości na koszt Wykonawcy. Wykonawca zobowiązany jest również w ramach gwarancji do odbioru sprzętu z siedziby Zamawiającego, jeżeli wada powinna być usunięta w innym miejscu, niż siedziba Zamawiającego.
8. W wypadku 3 nieskutecznych napraw tego samego podzespołu sprzętu Wykonawca zobowiązany jest wymienić podzespół na nowy.
9. W przypadku awarii przedłużającej się ponad **5 dni** lub wymagającej naprawy w siedzibie serwisu, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić urządzenie zastępcze
na czas naprawy (o parametrach określonych niniejszą umową lub wyższych).
10. Zamawiający wskazuje osoby odpowiedzialne i uprawnione do zgłaszania wszelkich awarii sprzętu, uzgodnienia terminu przyjazdu przedstawicieli wykonawcy w ramach serwisu i odbioru wykonanych prac - Sekcja Sprzętu Medycznego:
11. Wiesław Król tel. (71) 7660 128/468; fax 71/ 723 05 96
12. Bartosz Lisowski tel. (71) 7660 468
13. Awarie będą zgłaszane telefonicznie pod nr tel. **……………**, w godzinach **……………………** i potwierdzony fax. na nr **…………………….**.
14. Adresy punktów serwisowych:

- **……………………………………………**, tel. **……………………….**

- **……………………………………………**, tel. **……………………….**

1. Serwis wykonywany w siedzibie Zamawiającego w godzinach 7:30-14:00 uzgadniany będzie z pracownikami Sekcji Sprzętu Medycznego Zamawiającego. Czynności wykonywane poza tymi godzinami będą indywidualnie uzgadniane z Pielęgniarką Oddziałową. Osoby upoważnione do kontaktu z Wykonawcą zostały wyszczególnione w ust. 10.
2. Niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego. Warunki gwarancji przekazane wraz ze sprzętem będącym przedmiotem umowy winny zawierać co na najmniej zapisy niniejszego §.
3. W sprawach nieuregulowanych umową, do gwarancji stosuje się przepisy art. 577
i następnych Kodeksu Cywilnego.
4. Do odpowiedzialności wykonawcy z tytułu rękojmi w terminie udzielonej gwarancji stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
5. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej.
6. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej wraz z częściami zamiennymi przez autoryzowany serwis w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy na warunkach odrębnej umowy/umów oraz zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) załączy do wyrobu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania fachowej instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa - które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika

**§ 6**

**Kary umowne**

1. W razie nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę:
2. w wysokości 0,5 % ceny brutto pakietu w przypadku opóźnienia w wykonaniu dostawy, za każdy dzień opóźnienia licząc od daty upływu terminu określonego §4 ust. 1 do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego zamawianego sprzętu medycznego,
3. w wysokości 0,15 % ceny brutto umowy w przypadku opóźnienia w usunięciu wady (awarii), za każdy dzień opóźnienia,
4. w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy, w przypadku nie dostarczenia sprzętu zastępczego zgodnie z §5 ust. 9, za każdy dzień opóźnienia,
5. w wysokości 0,5 % ceny brutto umowy w przypadku nie wykonania planowanego przeglądu okresowego za każdy dzień opóźnienia, licząc od daty planowanego terminu przeglądu do dnia jego wykonania (pierwszy przegląd: max. 12 miesięcy od daty instalacji),
6. w wysokości 5% ceny brutto pakietu, od której realizacji odstąpiono w całości lub części z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,
7. Zamawiający przewiduje możliwość kumulacji kar umownych za to samo przewinienie.
8. Zamawiający może dochodzić odszkodowania przewyższającego kary umowne.

**§ 7**

Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego przenosić wierzytelności wynikających z umowy niniejszej na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Wykonawcy (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Wykonawca nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art. 518 kodeksu cywilnego) umowy poręczenia, przekazu. Art. 54 ust. 5, 6 i 7 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (t.j. Dz. U. 2013 poz. 217 j.t.)) ma zastosowanie.

**§ 8**

**Zmiana umowy.**

1. Zmiana umowy może nastąpić za zgodą obu stron w przypadkach ściśle określonych
w SIWZ w formie aneksu.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej.

**§ 9**

**Postępowanie polubowne.**

1. Wszelkie spory strony zobowiązują się załatwić w pierwszej kolejności polubownie.
2. Do rozstrzygania sporów Sądowych strony ustalają właściwość Sądu siedziby Zamawiającego.

**§ 10**

**Pozostałe postanowienia.**

1. Niniejsza umowa podlega wyłącznie prawu polskiemu. Strony zgodnie wyłączają stosowanie Konwencji Narodów Zjednoczonych o umowach międzynarodowej sprzedaży towarów. W sprawach nie unormowanych umową oraz do wykładni jej postanowień zastosowanie mają przepisy ustawy z ustawy z dnia 29 stycznia 2004r Prawo zamówień publicznych, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r Kodeks Cywilny oraz innych obowiązujących aktów prawnych.
2. Integralną częścią umowy jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta sporządzona i złożona w postępowaniu przetargowym, z tym, że pierwszeństwo mają postanowienia niniejszej umowy, przy czym oferta i SIWZ, jako sporządzone w jednym egzemplarzu, nie stanowią załącznika i znajdują się u Zamawiającego wraz z całą dokumentacją postępowania, którego wynikiem jest niniejsza umowa.

**§ 11**

**Oferta cenowa i zestawienie wymaganych parametrów technicznych**

( stanowiące w SIWZ załącznik nr 2 i 2a )

**§ 12**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Wykonawca: Zamawiający:**

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 62/Med./2014, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym umowę wg powyższego wzoru.*

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

 posiadających pełnomocnictwo

**PROTOKÓŁ INSTALACJI I PRZEKAZANIA / PROTOKÓŁ ZDAWCZO - ODBIORCZY**

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

1. **Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

w imieniu którego odbioru dokonują:

……………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt przekazuje:

…………………

imię i nazwisko

1. Przedmiot protokołu ………………………………………………………………………typ ……………………, rok produkcji …………, producent ……………:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWA | Typ | ILOŚĆ SZTUK | Numerseryjny | kod SSM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Odbiorca potwierdza otrzymanie wraz z dostarczonym sprzętem medycznym :
* instrukcji obsługi i użytkowania w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej
* wykazu autoryzowanych punktów serwisowych
* Kopii Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy) wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym
* Kopii Deklaracji Zgodności wystawioną przez producenta wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym
* karty gwarancyjnej
* wykaz czynności serwisowych, które mogą byc wykonywane przez uzytkownika samodzielnie, nieskutkujące utratą gwarancji
1. Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, konserwacji, mycia i dezynfekcji przedmiotu przekazania przeprowadzono w dniach:

…………………… w godz. ……………
…………………… w godz. ……………

1. W szkoleniu tym wzięły udział następujące osoby:
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………

Certyfikaty szkolenia zostaną dosłane do 14 dni od daty podpisania protokołu.

1. Niniejszym zgodnie stwierdzamy, ze sprzęt wymieniony w pkt. 2 niniejszego protokołu zostaje przyjęty do eksploatacji **bez zastrzeżeń.**

**Wykonawca: Zamawiający:**

**…………………………..**

up. pracownik Sekcji Sprzętu Medycznego

**……………………………**

up. Pracownik Oddziału

*W przypadku wyboru mojej oferty w trybie przetargu nieograniczonego nr postępowania 62/Med./2014, zobowiązuję się podpisać z Zamawiającym protokół wg powyższego wzoru.*

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny

 lub posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 4**

..............................................                                     …….................... dn. ……..........

 (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie art. 44 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2013r., poz.907 z późn. zm.) oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, o których mowa w  art. 22 ust. 1 ustawy PZP.

Ponadto oświadczamy, że nie ma podstaw do wykluczenia z postępowania w trybie art. 24 PZP.

…………….…dnia…………… …...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 5**

 ..............................................                                      ............... dn. ....................

 (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

Na podstawie art. 26 ust. 2d ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2013r., poz.907 z późn.zm.) oświadczamy, że należymy / nie należymy[[2]](#footnote-2) do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5.

W przypadku przynależności do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 załączamy listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

 (podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

 posiadających pełnomocnictwo)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)