# 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z PoliklinikąSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**50-981 Wrocław**

**ul. Weigla 5**

**Znak sprawy: 36/Med./2016**

 **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO wg pakietów 1 - 11**

W postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym na podstawie przepisów

ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 2164), zwanej dalej również Pzp oraz przepisów wykonawczych do Pzp

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO POWYŻEJ 135 000 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.

Podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów zgodnie z art. 26 ust. 2b PZP, odpowiada solidarnie z wykonawcą za szkodę zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów nie ponosi winy.

**Zatwierdził:**

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

 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 wg pakietów nr 1 - 11.**
2. 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 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 możliwość składania ofert częściowych na całe poszczególne pakiety 1 - 11.**
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 z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (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 musi wykazać nie później niż w terminie składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 Pzp. Powyższe stosuje się odpowiednio do konkursu.
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: 36/Med./2016

***„Oferta na dostawę sprzętu medycznego wg pakietów 1 - 11”***

nie otwierać przed dniem **……………2016r.** 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 i art. 24 b ust. 3 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. 1 997 000,00 zł** (słownie:jeden milion dziewięćset dziewięćdziesiąt siedem tysięcy złotych, 00/100) – (z zastrzeżeniem art. 26 ust 2b Pzp.). Kwota ta dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości (zł):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Kwota( zł)** | **Pakiet** | **Kwota( zł)** |
| **1** | **108000** | **7** | **130000** |
| **2** | **185000** | **8** | **370000** |
| **3** | **68000** | **9** | **34000** |
| **4** | **370000** | **10** | **160000** |
| **5** | **320000** | **11** | **170 000** |
| **6** | **82000** |  |  |

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. 293000,00 zł (108000,00 zł + 185000,00zł ).

1. **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 Pzp, albo informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 6 do SIWZ.
2. **Do oferty należy załączyć w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu:**
3. oświadczenie o spełnianiu przez Wykonawcę warunków określonych w art. 22 ust. 1 Pzp, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SIWZ;
4. 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.
5. **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 i art. 24 b ust. 3Pzp (art. 26 ust. 2a Pzp).
6. Wykonawca może polegać na **zdolnościach finansowych lub ekonomicznych**innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował tymi zasobami w trakcie realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia.
7. Podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów zgodnie z ppkt. 4, odpowiada solidarnie z wykonawcą za szkodę zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów nie ponosi winy.
8. **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).
9. **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:
10. wymagane oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1 SIWZ składa osobno każdy z Wykonawców,
11. oświadczenia i dokumenty wskazane w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 2 i Rozdz. IV pkt 2 SIWZ składają Wykonawcy wspólnie.
12. **Wykonawca zagraniczny** (mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) składa dokumenty wymienione w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1 lit. a, f SIWZ, a zamiast dokumentów wskazanych w Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1 lit. b-e SIWZ – składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
13. nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.;
14. 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;
15. nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie – wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
16. 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.

1. **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.

1. Zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 876), Zamawiający **żąda ważnych i aktualnych na dzień otwarcia ofert** dokumentów dot. przedmiotu zamówienia na każdy oferowany produkt, w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikującą (jeżeli dotyczy) oraz Formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu

W przypadku formularza Powiadomienia / Zgłoszenia do rejestru Wyrobów Medycznych Wykonawca zobowiązany jest aby złożony dokument potwierdzony był przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na złożonym do urzędu formularzu lub w przypadku nadania dokumentacji przesyłką listowna lub kurierska – takie potwierdzenie stanowi dowód nadania.

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. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy umocowanie do złożenia oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów wymienionych Rozdz. IV pkt 1 ppkt 1 lit.b. SIWZ.
3. Zaleca się dołączyć zaakceptowany wzór umowy.

**Rozdział V. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego wg pakietów 1 – 11:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Nazwa** | **ilość** | **Kody CPV** |
| 1 | Urządzenie do śródoperacyjnego odzyskiwania krwi  | 1 kpl. | 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych |
| 2 | Aparat ECMO  | 1 kpl. | 33182000-9 Urządzenia do wspomagania serca |
| 3 | Materace grzewcze na stół operacyjny  | 3 kpl. | 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych |
| 4 | Aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym  | 2 kpl. | 33172100-7 Urządzenia do anestezji |
| 5 | Urządzenie do ultrasonografii wewnątrznaczyniowej + FFR  | 1 kpl. | 33100000-1 Urządzenia medyczne |
| 6 | Aparat do nieinwazyjnej wentylacji z użyciem dodatnich ciśnień - Respirator do wentylacji dorosłych | 1 kpl. | 33170000-2 Aparatura do anestezji i resuscytacji |
| 7 | Urządzenie do utrzymania hipotermii  | 1 kpl. | 33100000-1 Urządzenia medyczne |
| 8 | Zestaw laparoskopowy z torem wizyjnym  | 1 kpl. | 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych |
| 9 | Zestaw do PCNL - urologiczny  | 1 kpl. | 33169000-2 Przyrządy chirurgiczne |
| 10 | Unit stomatologiczny | 2 kpl. | 33126000-9 Urządzenia stomatologiczne |
| 11 | Angiografia fluoresceinowa | 1 kpl. | 33111720-4 Urządzenia do angiografii |

**Rozdział VI. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Realizacja przedmiotu zamówienia**:** **do** **6 tygodni od daty zawarcia umowy.**

**Miejsce dostawy**

Sekcja Sprzętu Medycznego

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

ul. R.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 na całość przedmiotu zamówienia wykonawca jest zobowiązany wnieść wadium w wysokości: **37 600** **zł** (słownie: trzydzieści siedem tysięcy sześćset złotych, 00/100) - dotyczy całości przedmiotu zamówienia; na poszczególne części w wysokości:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Wadium ( w zł)** | **Pakiet** | **Wadium ( w zł)** |
| **1** | **2000** | **7** | **2500** |
| **2** | **3500** | **8** | **6900** |
| **3** | **1300** | **9** | **700** |
| **4** | **6 900** | **10** | **3000** |
| **5** | **6000** | **11** | **3200** |
| **6** | **1600** |  |  |

Wykonawcy składający ofertą na więcej niż jeden pakiet muszą zsumować wartości z pakietów w których chcą uczestniczyć, np. pakiet 1 i 2 powinien wnieść wadium w wysokości: 5 500,00 zł (2000,00 zł + 3500,00 zł) – dotyczy formy przelewu na rachunek Zamawiającego.

**Termin wniesienia wadium** upływa w dniu składania ofert tj. dnia  **17.05.2016r.** godz. **10:00**

1. **Forma wpłaty wadium.**

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**17.05.2016 r** do godz. **10:00 pod rygorem wykluczenia z postępowania.**

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

**z zaznaczeniem: *,,Wadium w przetargu na* *dostawę sprzętu medycznego wg pakietów 1 - 11”,*** ***znak sprawy: 36/ Med./ 2016”***

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

1. W przypadku składania przez Wykonawce wadium w formie gwarancji, gwarancja musi być gwarancją nieodwołalną, bezwarunkową i płatną w ciagu **30 dni** na pierwsze pisemne żądanie Zamawiajacego, musi być wykonalna na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sporzadzona zgodnie z obowiązującym prawem i winna zawierac następujące elementy:
2. Nazwę dającego zlecenie (Wykonawcy) beneficjenta gwarancji (Zamawiającego), gwaranta ( banku lub instytucji ubezpieczeniowej udzielających gwarancji) oraz wskazanie ich siedzib;
3. Okreslenie wierzytelności, która ma być zabezpieczona gwarancją;
4. Kwotę gwarancji;
5. Termin ważności gwarancji;
6. Zobowiązanie gwaranta ( banku lub zakładu ubezpieczeń) do zapłaty całkowitej kwoty wadium nieodwołalnie lub bezwarunkowo, na pierwsze żądanie Zamawiajacego ( beneficjenta gwarancji),

4. Do oferty należy dołączyć oryginał dowodu wpłaty wadium (przelew) lub wygenerowane elektroniczne potwierdzenie wykonania przelewu (dokument sporządzony na podstawie art. 7 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 128) – nie wymagający podpisu ani stempla).

5. 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.**

6. Nie dopuszcza się składania wadium w innej walucie niż PLN, zapis ten dotyczy również wadium złożonego w innej formie niż w pieniądzu.

**UWAGA!**

**Złożenie dokumentu wadialnego w innym miejscu i błędnej formie może spowodować zastosowanie sankcji wynikającej z art. 24 ust. 2 pkt. 2 ustawy PZP.**

7. 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 Zamawiajacy kierował się będzie następującymi kryteriami i ich wagami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KRYTERIUM** | **WAGA nadana KRYTERIUM ( W )** | **SPOSÓB OCENY** |
| **1.** | **Cena** | **94 %** | **minimalizacja** |
| **2.** | **Termin gwarancji** | **6%** | **indywidualnie** |
| **OGÓŁEM** | **100 %** |  |

Ocena ofert zostanie przeprowadzona na podstawie przedstawionych wyżej kryteriów oraz ich wag. Oferty będą oceniane punktowo. Maksymalna liczna punktów jaką, po uwzględnieniu wagi, może osiągnąć oferta wynosi 100 pkt.

1. **Ocena ofert**

2.1.Wyboru najkorzystniejszej oferty dokonuje Komisja przetargowa po uprzednim sprawdzeniu, porównaniu i ocenie ofert na podstawie kryterium oceny określonym
w niniejszym rozdziale, ust. 1.

2.2. O wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje największa ilość punktów uzyskanych przez Wykonawcę, stanowiąca sumę punktów za ww. kryteria.

**2.3.Punkty za oferowaną cenę** (wartość brutto pakietu ) wyliczamy wg wzoru:

 **** · 100 pkt.

W – waga kryterium

Cmin – cena minimalna w zbiorze ofert

Cn – cena danej oferty

**2.4.Punkty za termin gwarancji ( 1% wagi kryterium = 1 pkt )**- członkowie Komisji przetargowej przyznają punkty zgodnie z opisem poniżej:

**24 miesiące – 0 pkt.**

**36 miesięcy – 2 pkt.**

**48 miesięcy – 4 pkt.**

**60 miesięcy – 6 pkt.**

*Zamawiajacy wymaga wpisania terminu gwarancji w załączniku nr 1 OFERTA wg ściśle określonych powyżej wymagań tzn. 24miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy)*

**2.5**. **Ocena końcowa oferty**

Jest to suma punktów uzyskanych za powyżej wymienione kryteria.

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 kryteria 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 obowiązywania 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, w takim przypadku Zamawiający dopuszcza zmianę zapisów umowy w formie aneksu. W przypadku urzędowej zmiany stawki podatku 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).
5. Możliwość wydłużenia terminu dostawy, możliwość wydłużenia ostatecznego terminu odbioru.
6. Zmiana siedziby Wykonawcy nie stanowi zmiany treści umowy i nie wymaga aneksu do umowy.

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

**Błąd w obliczeniu ceny spowoduje odrzucenie oferty z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 2 Pzp. 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 Pzp.**

*Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.*

*W przypadku, gdy cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższa kwotę, którą zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, do ceny najkorzystniejszej oferty lub oferty z najniższą ceną dolicza się podatek od towarów i usług, który zamawiający miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi 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**17.05.2016r** do godz. **10:00** w **4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ Wrocław, ul. Weigla 5 – budynek Polikliniki – piwnica p. 04.**
			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:
1. **Agnieszka Mikulska, Sylwia Komorek** tel. 261 660 462 (128), Sekcja Sprzętu Medycznego**–** w sprawach przedmiotu zamówienia,
2. **Agnieszka Stanisławska** tel. 261 660 604, Sekcja Zamówień Publicznych (budynek Logistyki) pok. nr 16 - w sprawach formalnych,

**Fax:** 261 660 119 - 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. Wykonawca zobowiązany jest do naniesienia dokonanych zmian w treści oferty.

**W razie zaoferowania przedmiotu zamówienia innego niż pierwotnie wyspecyfikowany a dopuszczonego przez Zamawiającego w wyniku wyjaśnień treści SIWZ czy w przypadku modyfikacji SIWZ należy zaznaczyć źródło tej zmiany (datę wyjaśnień lub modyfikacji i ewentualnie nr pytania).**

**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. R. Weigla 5 w Sali Odpraw (budynek Logistyki) w dniu 17.05.2016r. o godz. 11:00. Otwarcie ofert jest jawne**.
2. W trakcie otwarcia ofert zostaną ogłoszone co najmniej:
3. kwota, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia,
4. nazwa i adres Wykonawcy, którego oferta jest otwierana,
5. cena oferty, termin wykonania zamówienia,
6. 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. Jeżeli cena oferty wydaje się rażąco niska w stosunku do przedmiotu zamówienia i budzi wątpliwości Zamawiającego co do możliwości wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi przez zamawiającego lub wynikającymi z odrębnych przepisów, w szczególności jest niższa o 30% od wartości zamówienia lub średniej arytmetycznej cen wszystkich złożonych ofert, Zamawiający zwróci się o udzielenie wyjaśnień, w tym złożenie dowodów, dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny, w szczególności w zakresie:
4. oszczędności metody wykonania zamówienia, wybranych rozwiązań technicznych, wyjątkowo sprzyjających warunków wykonywania zamówienia dostępnych dla wykonawcy, oryginalności projektu wykonawcy, kosztów pracy, których wartość przyjęta do ustalenia ceny nie może być niższa od minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3–5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 2008);
5. pomocy publicznej udzielonej na podstawie odrębnych przepisów.
6. Obowiązek wykazania, że oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny, spoczywa na Wykonawcy.
7. Wykonawca może zostać wykluczony na podstawie art. 24 i art. 24b ust. 3 Pzp.
8. 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:
2. 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);
3. wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne;
4. wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne;
5. terminie, określonym zgodnie z art. 94 ust. 1 lub 2 Pzp, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.
6. 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:**

1. *Formularz ofertowy-* ***załącznik nr 1***
2. *Zestawienie asortymentowo – cenowe -* ***załącznik nr 2***
3. Parametry bezwzględnie wymagane – ***załącznik nr 2a***
4. Wzór umowy; /Protokół zdawczo-odbiorczy ; - ***załącznik nr 3***
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***
7. Wzór Listy pracowników - ***załącznik nr 6***
8. Wzór zobowiązania do zachowania tajemnicy – **załącznik nr 7**

**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 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***

**Komisja przetargowa:**

1. Przewodniczący Komisji - Piotr Strąk ……………………………..

 zapoznałem się i akceptuję

1. Zastępca Przewodniczącego – Grzegorz Jędrzejczyk …………………………….

zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Agnieszka Mikulska …………………….……….

 zapoznałem się i akceptuję

1. Członek Komisji –Sylwia Komorek …………………….……….

 zapoznałam się i akceptuję

1. Sekretarz – Agnieszka Stanisławska ……………………………..

 zapoznałam się i akceptuję

**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 - 11, znak sprawy: 36/Med./2016”***

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

składamy niniejszą ofertę**:**

Oświadczamy, że oferujemy **sprzedaż i** **dostawę sprzętu medycznego wg pakietów 1 - 11**

1. zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZoraz formularzem cenowym za:

 ***(\* Wskazane jest wypełnienie tylko tych pakietów, w których Wykonawca składa ofertę )***

**Pakiet …..\***

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

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

***TERMIN GWARANCJI -*** *………………..****miesięcy*** *( Zamawiajacy wymaga wpisania terminu gwarancji wg ściśle określonych wymagań w SIWZ w pkt. VIII ppkt 2.4 tzn. 24miesiące/ lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy)*

**Wykonawca zobowiązany jest wypełnić jedno z poniższych oświadczeń (A lub B)\*, które opisuje stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert:**

**A)\***

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

 (pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) **OŚWIADCZENIE[[1]](#footnote-1)**

Wybór mojej/naszej oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**lub**

**B)\* OŚWIADCZENIE1**

Wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług,

* wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego (nazwa, która znajdzie się później na fakturze): .............................................................................................................,
* wskazujemy wartości tego towaru lub usług bez kwoty podatku - wynosi ona: ......................................................................................................................................

Oświadczenie to nie zawiera stawki i kwoty podatku VAT jaki będzie musiał rozliczyć Zamawiający. Obie wartości ustali Zamawiający we własnym zakresie i rozliczy zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **60 dni**
3. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców[[2]](#footnote-2)
4. powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... …......................................................................................[[3]](#footnote-3)
5. 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 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
6. akceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy (**Załącznik Nr 3)** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści ( jeżeli wystąpiły ),
7. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
8. **Wadium w kwocie …...................... zł zostało wniesione w dniu …................ w formie ….................................................................................................................................................**
9. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
10. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.
11. **Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)).**

 ……….………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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Pozycja** | **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto****[zł]**  | **Cena brutto****[zł]**  | **Nazwa producenta/****Nazwa handlowa/****numer katalogowy/** |
| **1** | 1. | Urządzenie do śródoperacyjnego odzyskiwania krwi | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **2** | 1. | Aparat ECMO | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **3** | 1. | Materace grzewcze na stół operacyjny | 3 kpl. |  |  |  |  |
| **4** | 1. | Aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym | 2 kpl. |  |  |  |  |
| **5** | 1. | Urządzenie do ultrasonografii wewnątrznaczyniowej + FFR | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **6** | 1. | Aparat do nieinwazyjnej wentylacji z użyciem dodatnich ciśnień - Respirator do wentylacji dorosłych | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **7** | 1. | Urządzenie do utrzymania hipotermii | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **8** | 1. | Zestaw laparoskopowy z torem wizyjnym | 1 kpl |  |  |  |  |
| **9** | 1. | Zestaw do PCNL - urologiczny | 1 kpl |  |  |  |  |
| **10** | 1. | Unit stomatologiczny | 2 kpl. |  |  |  |  |
| **11** | 1. | Angiografia fluoresceinowa | 1 kpl. |  |  |  |  |

 ……………………… 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 - Urządzenie do śródoperacyjnego odzyskiwania krwi - 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | Mobilny zestaw do autotransfuzji śródoperacyjnej zintegrowany na wózku transportowym, z możliwością trójstopniowej regulacji wysokości | TAK |  |
|  | Urządzenie posiadające co najmniej 3 programy pozyskiwania czerwonych krwinek (RBC), w tym program EMERGENCY | TAK |  |
|  | Autotest sprawności urządzenia przeprowadzany podczas uruchomienia | TAK |  |
|  | Wysoki wskaźnik hematokrytu w produkcie końcowym Hct: 65% (+/- 5%).  | TAK |  |
|  | Czujniki pomiaru Hct dla krwi wynaczynionej pobieranej przez urządzenie jak dla koncentratu czerwonych krwinek po przemyciu | TAK |  |
|  | Wysoki poziom usuwania heparyn, potasu, wolnej Hb, albumin, potasu - min. 95% | TAK |  |
|  | Całkowita (100%) eliminacja tłuszczu nie emulgowanego | TAK |  |
|  | System działający w czasie rzeczywistym – umożliwiający ciągłe pozyskiwania krwi autologicznej | TAK |  |
|  | Rozpoczęcie przetwarzania niezależnie od zgromadzonej objętości krwi (>40ml) | TAK |  |
|  | System pozyskujący koncentrat krwinek czerwonych w oparciu o jeden, uniwersalny zestaw dedykowany dla wszystkich grup wiekowych pacjentów – bez dzwonów o różnych pojemnościach | TAK |  |
|  | System wyposażony w czytelny dotykowy ekran 10’’, z możliwością regulacji, oraz dostępem do funkcji pomocy  | TAK |  |
|  | Krótki czas przetwarzania w wersji „emergency” – pozyskiwanie min. 100 ml koncentratu krwinek czerwonych RBC | TAK |  |
|  | System alarmów wizualnych i dźwiękowych | TAK |  |
|  | Alarmy:- pustego zbiornika krwi- pełnego zbiornika na odpady (waste bag)- pustego pojemnika do przemywania- nieszczelności komory przemywania- nieprawidłowego zamocowania zestawu- braku zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Możliwość zintegrowania pompy próżniowej (w zabudowie modułowej) | TAK |  |
|  | Wózek transportowy z czterema kółkami oraz możliwością blokowania w pozycji „na wprost” | TAK |  |
|  | Waga systemu <85 kg | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V, 50/60 Hz | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 2 - Aparat ECMO - 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| **I** | **Pompa odśrodkowa(centryfugalna)** |  |  |
|  | Jednostka centralna o wadze max. 18 kg, zasilana prądem stałym sieciowym | TAK |  |
|  | Dwa wbudowane akumulatory (żelowe) | TAK |  |
|  | Automatyczne załączanie w przypadku braku zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Ręczne wspomaganie przepływu awaryjne poza główną konsolą | TAK |  |
|  | Zakres przepływu od min. 0 do 9,99 litrów/min.  | TAK |  |
|  | Zakres prędkości obrotowej min :.od 0 do 4500 obrotów / min.  | TAK |  |
|  | Zakres ciśnień min. od – 300 do 999 mmHg | TAK |  |
|  | Czujnik przepływu zintegrowany z głowicą pompy | TAK |  |
|  | Min. dwa stopery. | TAK |  |
|  | Wyświetlacz prędkości obrotowej głowicy. | TAK |  |
|  | Wyświetlacz wartości ciśnienia. | TAK |  |
|  | Wyświetlacz przepływu krwi. | TAK |  |
|  | Interfejs użytkownika – przekątna monitora 10,4 cala, waga max. 5 kg | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia limitu dolnego i górnego prędkości obrotowej. | TAK |  |
|  | Wymagane alarmy dźwiękowe i wizualne: - poziomu spływu, - mikrokatorów, - prędkości obrotowej, - zaniku zasilania. | TAK |  |
|  | Wymagana możliwość pracy z jednorazowymi zestawami kompatybilnymi z urządzeniem | TAK |  |
|  | Adapter umożliwiający zastosowanie innych pomp centryfugalnych.  | TAK |  |
| **II** | **Urządzenie grzewcze** |  |  |
|  | Zasilanie : 220 – 230 V AC/50HZ | TAK |  |
|  | Moc: 500 W | TAK |  |
|  | Regulacja temperatury w zakresach 35 – 39 oC | TAK |  |
|  | Zawartość wody w urządzeniu: minimum 0,7 a maksymalnie 1,4 l | TAK |  |
|  | Wydajność pompy: do 19 l/min. | TAK |  |
|  | Czas nagrzewania płynu od 20 do 37 o C od 5 do 10 minut | TAK |  |
|  | Waga urządzenia; do 10 kg | TAK |  |
|  | Wyłącznik bezpieczeństwa przy osiągnięciu temperatury 41.5 o C | TAK |  |
|  | Klasa ryzyka: wg. normy 93/42 ECC IIB | TAK |  |
|  | Poziom hałasu: < 35dB | TAK |  |
|  | Głośność alarmu: > 65 dB | TAK |  |
| **III** | **Manualny dwukanałowy mieszalnik gazów typu: SECHRIST** |  |  |
|  | Mieszalnik tylu SECHRIST pozwalający na dokładne sterowanie przepływem gazów przez sztuczny utleniacz oraz eliminacje dwutlenku węgla w krwi tętniczej | TAK |  |
|  | Mikser tlenu i powietrza (O2/Air) wykorzystywany w trakcie pozaustrojowego natleniania krwi. | TAK |  |
|  | Pomiar przepływu mieszaniny gazów O2/Air w zakresie od 100 do 1000 (ml/min) – jeden pomiar  | TAK |  |
|  | Pomiar przepływu mieszaniny gazów O2/Air w zakresie od 1 do 10 LPM – drugi pomiar | TAK |  |
|  | Przepływ mieszaniny gazowej 10 l | TAK |  |
|  | Przewody przyłączeniowe z końcówkami do gniazd tlenu i powietrza kolorem dostosowane do wymogów UE. | TAK |  |
|  | Długość przewodów z końcówkami podłączeniowymi do tlenu i powietrza minimum 5 metrów. | TAK |  |
| **IV** | **Wózek transportowy ze stali nierdzewnej** |  |  |
|  | Wyposażony w :- minimum dwie platformy podtrzymujące konsolę pompy centryfugalnej oraz urządzenie grzewcze,- dwa maszty do zamocowania oksygenatora wraz z osprzętem,- cztery skrętne kółka z zabezpieczeniem (hamulec na co najmniej dwóch kółkach)- minimum jeden wieszak umiejscowiony na szczycie masztu do zawieszenia płynów, | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 3 - Materace grzewcze na stół operacyjny - 3 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | Wymagania dotyczące każdego kompletu materaca i urządzenia zasilającego | 3 kpl. |  |
|  | Mata wodna – poliuretanowa  | TAK |  |
|  | Mata przepuszczalna do promieni RTG | TAK |  |
|  | Wymiary maty: 170 x 50 cm +/- 5% | TAK |  |
|  | Kable podłączeniowe kompatybilne z urządzeniem grzewczo chłodzącym firmy Stockert i Maquet x 6 szt. – podłączenie na szybkozłaczkach | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia złączy typu Hansen - szybkozłączki | TAK |  |
|  | Waga urządzenia max 10 kg | TAK |  |
|  | Zasilanie : 220 – 230 V AC/50HZ | TAK |  |
|  | Regulacja temperatury w zakresach min. 35 – 39 oC | TAK |  |
|  | Moc: min. 500 W | TAK |  |
|  | Zawartość wody w urządzeniu: minimum 0,7 a maksymalnie 1,4 l | TAK |  |
|  | Wydajność pompy: do 19 l/min. | TAK |  |
|  | Czas nagrzewania płynu od 20 do 37 o C od 5 do 10 minut | TAK |  |
|  | Wyłącznik bezpieczeństwa przy osiągnięciu temperatury 41.5 o C | TAK |  |
|  | Klasa ryzyka: wg. normy 93/42 ECC IIB | TAK |  |
|  | Poziom hałasu: < 35dB | TAK |  |
|  | Zasilanie : 220 – 230 V AC/50HZ | TAK |  |
|  | Urządzenie mobilne – możliwość transportowania  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 4 - Aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym - 2 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\***Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
|  | Aparat do znieczulania ogólnego noworodków, dzieci i dorosłych bez konieczności zmiany elementów systemu oddechowego (nie dotyczy rur pacjenta i worka oddechowego)  | TAK |  |
|  | Aparat na podstawie jezdnej, blokada czterech kół | TAK |  |
|  | Aparat zasilany w O2, N2O i Powietrze z sieci centralnej (z możliwością systemowego wyłączenia N2O); prezentacja wartości ciśnień gazów zasilających na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Prezentacja ciśnienia w butlach rezerwowych i ciśnień gazów w sieci centralnej na wyświetlaczu z przodu aparatu | TAK |  |
|  | Uchwyty na 2 butle rezerwowe o poj. 10 L każda; | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w zintegrowany (nie dopuszcza się zewnętrznych) akumulator umożliwiający pracę (zarówno respiratora jak i modułu gazowego) w warunkach typowych przez co najmniej 120 min. Automatyczne przełączenie na zasilanie z wbudowanego akumulatora/baterii w przypadku zaniku zasilania z sieci elektrycznej. | TAK |  |
|  | Gniazda elektryczne do zasilania dodatkowych urządzeń (zabezpieczone bezpiecznikami automatycznymi), min 3 gniazda, podać | TAK |  |
|  | Wbudowane oświetlenie blatu, typu LED | TAK |  |
|  | Duży blat roboczy o długości co najmniej 50 cm | TAK |  |
|  | Szuflada lub schowek na np. dokumentację lub notebooka, zabezpieczony zamkiem (klucz)  | TAK |  |
|  | Min. jedna dodatkowa duża szuflada, wysokość szuflady/szuflad umożliwiają ustawienie butelek z lekami w pozycji pionowej, podać | TAK |  |
|  | Zintegrowany, niezależny, system podaży O2 (z przepływem przez parownik), regulacją przepływu minimum do 10 l/min, podaż możliwa gdy system jest uszkodzony lub wyłączony (OFF) poprzez wentylację ręczną | TAK |  |
|  | Procedura testowa aparatu wykonywana bez interakcji z użytkownikiem w czasie jej trwania | TAK |  |
|  | Automatyczny timer – automatyczne uruchomienie aparatu, rozpoczęcie i przeprowadzenie procedury testowej, gotowość aparatu do użycia o określonym czasie, bez interakcji użytkownika - możliwość zaprogramowania godziny gotowości do pracy na każdy dzień tygodnia | TAK |  |
|  | Praca z minimalnymi i niskimi przepływami, minimalny przepływ świeżych gazów na poziomie 200 ml/min, podgrzewany układ oddechowy | TAK |  |
|  | Kontrola przepływu Świeżych Gazów ( ŚG) (ustawianie, prezentacja wartości) oraz prezentacja wirtualnych przepływomierzy na ekranie aparatu do znieczulania | TAK |  |
|  | Automatyczne przełączenie na powietrze po zaniku dopływu O2 i utrzymanie bieżącego przepływu ŚG z jednoczesnym odłączeniem dopływu N2O | TAK |  |
|  | Elektroniczny system zabezpieczający, zapewniający min 25% udział O2 w mieszaninie z N2O | TAK |  |
|  | Absorber wielorazowy o pojemności co najmniej 1,3L; podać | TAK |  |
|  | **RESPIRATOR, TRYBY WENTYLACJI** |  |  |
|  | Prezentacja nastaw, wartości pomiarowych zarówno wentylacji jak i gazowych na jednym ekranie aparatu do znieczulania | TAK |  |
|  | Ekonomiczny, elektronicznie kontrolowany i elektrycznie napędzany respirator ( brak zużycia gazów napędowych technicznych lub medycznych) | TAK |  |
|  | Konstrukcja respiratora umożliwia wykonywanie oddechów spontanicznych we wszystkich trybach wentylacji | TAK |  |
|  | Wentylacja kontrolowana objętościowo | TAK |  |
|  | Wentylacja kontrolowana ciśnieniowo | TAK |  |
|  | Wentylacja typu Auto Flow | TAK |  |
|  | Wentylacja synchronizowana | TAK |  |
|  | Wentylacja ze zwolnieniem ciśnienia w drogach oddechowych – APRV | TAK |  |
|  | Oddechy spontaniczne wspomagane ciśnieniowo z CPAP/PEEP; możliwość ustawienia CPAP w trybie Man/Spont | TAK |  |
|  | Tryb pracy typu: HLM, CBM (płuco-serce) | TAK |  |
|  | Wentylacja synchronizowana ze wspomaganiem ciśnieniowym PS | TAK |  |
|  | Wentylacja PS z zabezpieczeniem na wypadek bezdechu | TAK |  |
|  | Wstępne ustawienia wentylacji oparte na pomiarach zmieniających się parametrów podczas przełączania między trybami wentylacji (np. przy przełączeniu z VCV na PCV) | TAK |  |
|  | **REGULACJE** |  |  |
|  | Częstość oddechowa min. 3 do 100 odd/min, podać | TAK |  |
|  | Regulacja czasu wdechu Tinsp, w zakresie min. 0.2 - 10,0 s, podać | TAK |  |
|  | Pauza wdechowa regulowana w zakresie do min. 60%, podać zakres regulacji | TAK |  |
|  | Regulacja czasu narastania ciśnienia w cyklu wdechowym, podać zakres | TAK |  |
|  | Objętość regulowana w zakresie min. 20 do 2000 ml | TAK |  |
|  | Wyzwalacz przepływowy z regulowaną czułością w zakresie min 0,3 - 15 l/min, podać zakres | TAK |  |
|  | Ciśnienie wdechowe regulowane w zakresie min. 3 - 80 hPa, podać zakres | TAK |  |
|  | Regulacja PEEP w zakresie min. 2 - 30 hPa; wymagana funkcja WYŁ (OFF) | TAK |  |
|  | Zintegrowana zastawka APL z funkcją natychmiastowego zwolnienia ciśnienia w układzie oddechowym, opisać | TAK |  |
|  | **FUNKCJONALNOŚĆ, POMIARY** |  |  |
|  | Kolorowy ekran, o regulowanej jasności i przekątnej min. 15”, opisać sposób sterowania | TAK |  |
|  | Co najmniej trzy konfiguracje ekranu, możliwe do szybkiego wyboru przez użytkownika; dowolna konfiguracja każdego z ekranów | TAK |  |
|  | Prezentowane krzywe: ciśnienia w drogach oddechowych, przepływu wdechowego i wydechowego, objętości, O2, CO2 i podstawowy anestetyk wziewny | TAK |  |
|  | Oddechy wyzwalane przez pacjenta prezentowane na ekranie aparatu | TAK |  |
|  | Trendy graficzne mierzonych parametrów z opcją ZOOM i funkcją kursora, czas zbierania trendów co najmniej 12 godz. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wartości liczbowych: Pmax, Pśr, Pplat, PEEP, Przepływ | TAK |  |
|  | Pomiar objętości minutowej: całkowitej, spontanicznej, mechanicznej | TAK |  |
|  | Pomiar częstości oddechowej: całkowitej, spontanicznej, mechanicznej | TAK |  |
|  | Zintegrowane (wbudowany moduł gazowy) monitorowanie gazowe (w strumieniu bocznym) w urządzeniu podstawowym – pomiary wdechowe i wydechowe parametrów gazów anestetycznych, O2 (pomiar paramagnetyczny), N2O, CO2; powrót próbki gazowej do układu | TAK |  |
|  | W pełni automatyczna kalibracja modułu gazowego, bez jakichkolwiek akcesoriów (bez gazu testowego) | TAK |  |
|  | Automatyczna identyfikacja anestetyków wziewnych | TAK |  |
|  | Nastawy parownika monitorowane, prezentacja na ekranie respiratora aktualnie ustawionego stężenia na parowniku | TAK |  |
|  | Prezentacja MAC skorelowanego do wieku pacjenta | TAK |  |
|  | **FUNKCJE SPECJALNE** |  |  |
|  | Funkcja optymalnego doboru przepływu ŚG tzw. ekonometr znieczulania | TAK |  |
|  | Trend optymalnego doboru przepływu ŚG, podać czas zbierania danych | TAK |  |
|  | Wspomaganie odpowiedniego ustawiania stężenia anestetyku, funkcja prognozowania wdechowej i wydechowej koncentracji anestetyku na okres następujących 20 minut, jako wspomaganie techniki „minimal flow” | TAK |  |
|  | Wspomaganie odpowiedniego ustawiania stężenia tlenu, funkcja prognozowania wdechowego stężenia tlenu na okres następujących 20 minut | TAK |  |
|  | Zużycie świeżych gazów dostarczanych przez mieszalnik (zliczanie podanych gazów) | TAK |  |
|  | Zużycie anestetyków dostarczanych przez parownik (zliczanie podanych anestetyków) | TAK |  |
|  | Kalkulacja i prezentacja zużycia anestetyków i gazów na każdy przypadek ( znieczulenie) | TAK |  |
|  | Port USB umożliwiający zapisanie zrzutów ekranu i danych oraz transfer konfiguracji z jednego urządzenia do kolejnego poprzez pamięć USB (widoki, ustawienia alarmów, wstępne ustawienia wentylacji) | TAK |  |
|  | Funkcja usuwania z układu pozostałości anestetyku i wilgoci pomiędzy zabiegami, opisać | TAK |  |
|  | **ALARMY** |  |  |
|  | Alarmy, sygnalizacja dźwiękowa i optyczna; komunikat z krótkim opisem alarmu zawierający możliwe przyczyny wystąpienia i sposób usunięcia przyczyny | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego dostosowania granic alarmowych w odniesieniu do aktualnie mierzonych wartości | TAK |  |
|  | Możliwość zawieszenia niektórych alarmów w przypadkach specjalnych (np. przy wentylacji MAN/SPONT, trybie HLM i alarmów CO2), podać | TAK |  |
|  | Dolna i górna granica alarmowa ciśnienia w drogach oddechowych | TAK |  |
|  | Górna i dolna granica alarmowa objętości minutowej | TAK |  |
|  | Górna i dolna granica alarmowa stężenia anestetyku | TAK |  |
|  | Alarm braku dopływu gazów czy to z sieci centralnej czy butli rezerwowych | TAK |  |
|  | Alarm wykrycia drugiego anestetyku | TAK |  |
|  | Alarm wykrycia trzeciego anestetyku | TAK |  |
|  | **INNE** |  |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim. | TAK |  |
|  | Ssak inżektorowy powietrzny z filtrem przeciwbakteryjnym oraz zestaw niezbędnych akcesoriów | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w specjalne otwory (z prawej i lewej strony podstawy jezdnej) do zamocowania stelaża/rury utrzymującej pompy infuzyjne. | TAK |  |
|  | Ramię do podtrzymania rur oddechowych/przewodów monitora | TAK |  |
|  | Parownik Sevofluranu wyposażony w układ umożliwiający podświetlenie wskaźnika napełnienia i skali pokrętła nastawczego po zamocowaniu do aparatu. Wlew typu Quik Fill (Abvi) oraz adapter do bezpiecznego opróżnienia parownika | TAK |  |
|  | Parownik do Izofluranu wyposażony w układ umożliwiający podświetlenie wskaźnika napełnienia i skali pokrętła nastawczego po zamocowaniu do aparatu | TAK |  |
|  | Parownik do Desfluranu wyposażony w układ umożliwiający podświetlenie wskaźnika napełnienia i skali pokrętła nastawczego po zamocowaniu do aparatu | TAK |  |
|  | **WYMAGANE AKCESORIA DODATKOWE** |  |  |
|  | Pułapka wodna modułu gazowego, zabezpieczająca przed skroplinami, ze zintegrowanym filtrem mikrobiologicznym – 12 sztuk | TAK |  |
|  | Wielorazowe czujniki wdechowe i wydechowe przepływu, podłączane bez użycia przewodów/kabli – 15 czujników | TAK |  |
|  | Wapno sodowane – 2 kanistry o wadze co najmniej 5 kg każdy | TAK |  |
|  | Linie pomiarów gazowych ze złączami Luer Lock – 30 szt. | TAK |  |
|  | Układ oddechowy jednorazowy dla dorosłych z Luer Lock dł. 150 cm – 25 szt. | TAK |  |
|  | Układ oddechowy jednorazowy dla dorosłych koaksjalny (typu rura w rurze) z LuerLock dł. 180 cm – 20 szt. | TAK |  |
|  | Dwa komplety układów oddechowych wielorazowych dla dorosłych dł.1,5m | TAK |  |
|  | 3 Komplety masek twarzowych (rozm.2,3,4) do prowadzenia wentylacji  | TAK |  |
|  | Dren do podłączenia O2, N2O i Powietrza o dł. min. 5m; wtyk typu AGA | TAK |  |
|  | Dostosowanie wyciągu gazów anestetycznych do instalacji zamawiającego – Kolumna anestezjologiczna typu Pneumatic Berlin Typ TD 291-13 SN DVE L0078 – wtyk typu AGA | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 5 - Urządzenie do ultrasonografii wewnątrznaczyniowej + FFR - 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\***Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | Możliwość ultrasonografii naczyń wieńcowych oraz obwodowych z dostępną jednocześnie także funkcją FFR oraz pomiarem wskaźnika oceny istotności zmiany opartego  o pomiar ciśnień bez użycia adenozyny | TAK |  |
|  | Min. 19 calowy kolorowy monitor | TAK |  |
|  | Możliwość nagrywania i archiwizacji na DVD-R w formacie DICOM | TAK |  |
|  | Możliwość drukowania zapisanego obrazu przy użyciu kolorowejdrukarki. | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w filtr typu ring down digital | TAK |  |
|  | Automatyczna detekcja granic ośrodków o różnej gęstości | TAK |  |
|  | Analiza składu i budowy blaszki miażdżycowej (VH – Virtual Histology) wraz z możliwością zapisu uzyskanego obrazu na DVD - R. | TAK |  |
|  | Opcja umożliwiająca analizę przepływu w naczyniach poddanych analizie ultrasonograficznej. | TAK |  |
|  | Menu obsługi urządzenia w języku polskim | TAK |  |
|  | Konsola na mobilnej/przewoźnej podstawie  | TAK |  |
|  | Zestaw jednorazowy do FFR – 5 kpl. | TAK |  |
|  | Zestaw jednorazowy do ultrasonografii naczyń wieńcowych oraz obwodowych - 5 kpl. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 6 - Aparat do nieinwazyjnej wentylacji z użyciem dodatnich ciśnień - Respirator do wentylacji dorosłych -1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
| 1 | Stacjonarny na podstawie jezdnej, co najmniej dwa koła z blokada  | Tak |  |
| 2 | Zakres wagowy obejmuje pacjentów powyżej 5kg | Tak /Podać |  |
| 3 | Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem minimum od 2,8 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor  | Tak /Podać |  |
| 4 | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem minimum od 2,8 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor | Tak /Podać |  |
| 5 | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz +/- 10 % | Tak /Podać |  |
| 6 | Awaryjne zasilanie z wbudowanego akumulatora na nie mniej niż 0,5 godziny pracy (respirator bez sprężarki)  | Tak /Podać |  |
| 7 | Możliwość wymiany akumulatora przez obsługę w trakcie pracy respiratora przy zasilaniu akumulatorowym  | Tak |  |
|  | **Tryby wentylacji** |  |  |
| 1 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/Assist- IPPV  | Tak  |  |
| 2 | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV  | Tak  |  |
| 3 | Wentylacja spontaniczna  | Tak  |  |
| 4 | Dodatnie ciśnienie końcowo – wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | Tak  |  |
| 5 | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV | Tak  |  |
| 6 | Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej)  | Tak  |  |
| 7 | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV  | Tak  |  |
| 8 | Wdech manualny  | Tak  |  |
| 9 | Oddech kontrolowany objętością VCV | Tak |  |
| 10 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV  | Tak  |  |
| 11 | Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ | Tak  |  |
| 12 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB | Tak  |  |
| 13 | Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej typu ATC, TC, TRC  | Tak |  |
| 14 | Oddech spontaniczny wspomagany proporcjonalnie typu PPS, PAV, zgodny z algorytmem Younesa lub wentylacja ASV zgodna z algorytmem Otisa  | Tak  |  |
| 15 | Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV  | Tak  |  |
|  | **Parametry nastawialne** |  |  |
| 1 | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 100 na minutę  | Tak  |  |
| 2 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2000 ml | Tak  |  |
| 3 | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 6 do120 l/min | Tak  |  |
| 4 | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 9 do 4:1  | Tak  |  |
| 5 | Czas wdechu Ti od 0.2 do 5.0s | Tak  |  |
| 6 | Czas plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s. | Tak |  |
| 7 | Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 80 cmH2O | Tak |  |
| 8 | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 60 cmH2O | Tak |  |
| 9 | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH2O | Tak |  |
| 10 | Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB | Tak |  |
| 11 | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 50% | Tak /Podać |  |
| 12 | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 l/min | Tak |  |
| 13 | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 cmH2O | Tak /Podać |  |
| 14 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie przez mieszalnik elektroniczno-pneumatyczny kontrolowany mikroprocesorowo w zakresie od 21 do 100% co 1%. | Tak |  |
|  | **Pomiary parametrów**  |  |  |
| 1 | Integralny pomiar stężenia tlenu | Tak |  |
| 2 | Pomiar całkowitej częstości oddychania | Tak |  |
| 3 | Pomiar objętości pojedynczego oddechu | Tak |  |
| 4 | Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej | Tak |  |
| 5 | Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej | Tak |  |
| 6 | Pomiar ciśnienia szczytowego | Tak |  |
| 7 | Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym | Tak |  |
| 8 | Pomiar stosunku wdech/wydech I:E | Tak |  |
| 9 | Pomiar ciśnienia plateau | Tak |  |
| 10 | Pomiar ciśnienia PEEP/CPAP | Tak |  |
| 11 | Pomiar ciśnienia AutoPEEP | Tak |  |
| 12 | Pomiar podatności statycznej płuc pacjenta | Tak |  |
| 13 | Pomiar oporności wdechowej płuc pacjenta | Tak |  |
| 14 | Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. | Tak |  |
| 15 | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms. | Tak |  |
| 16 | Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) | Tak |  |
| 17 | Pomiar objętości przecieku w fazie wdechu przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | Tak |  |
| 18 | Pomiar przecieku w fazie wydechowej przy danym ciśnieniu PEEP przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności  | Tak |  |
|  | **Monitor graficzny** |  |  |
| 1 | Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14” do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji | Tak /Podać przekątną całkowitą  |  |
| 2 | Dodatkowy monitor, wyświetlacz na którym prezentowane są podstawowe parametry respiratora, komunikaty alarmowe w przypadku uszkodzenia podstawowego ekranu | Tak /Podać |  |
| 3 | Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora | Tak |  |
| 4 | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu Co najmniej 3 krzywe jednocześnie na ekranie | Tak |  |
| 5 | Graficzna prezentacja pętli ciśnienie – objętość lub przepływ – objętość  | Tak |  |
| 6 | Możliwość prezentacji danych z ostatnich 48 godzin . Trendy w postaci graficznej i tabelarycznej  | Tak /Podać |  |
|  | **Alarmy/Sygnalizacja**  |  |  |
| 1 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | Tak |  |
| 2 | Alarm wizualny ma być widoczny z każdej strony respiratora 360o , nawet gdy obsługa znajduje się z tyłu respiratora | Tak |  |
| 3 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | Tak |  |
| 4 | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | Tak |  |
| 5 | Alarm niskiego ciśnienia tlenu | Tak |  |
| 6 | Alarm niskiego ciśnienia powietrza  | Tak |  |
| 7 | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | Tak |  |
| 8 | Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej | Tak |  |
| 9 | Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej | Tak |  |
| 10 | Alarm wysokiego ciśnienia  | Tak |  |
| 11 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego | Tak |  |
| 12 | Alarm wysokiej częstości oddechów | Tak |  |
| 13 | Alarm wysokiej objętości oddechowej | Tak |  |
| 14 | Alarm niskiej objętości oddechowej | Tak |  |
| 15 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | Tak |  |
| 16 | Alarm rozłączenia układu pacjenta | Tak |  |
| 17 | Pamięć alarmów z komentarzem | Tak |  |
|  | **Inne funkcje i wyposażenie** |  |  |
| 1 | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | Tak /Podać |  |
| 2 | Możliwość wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, APRV | Tak |  |
| 3 | Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji | Tak |  |
| 4 | Funkcja Stand-by. Respirator musi mieć możliwość świadomego odłączenia układu oddechowego od pacjenta, z zawieszeniem wszystkich alarmów. Po ponownym podłączeniu układu oddechowego respirator powinien automatycznie rozpocząć wentylacje z parametrami z przed rozłączenia. | Tak |  |
| 5 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak |  |
| 6 | Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk  | Tak |  |
| 7 | Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu | Tak |  |
| 8 | Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta oraz na podstawie wzrostu i płci pacjenta | Tak |  |
| 9 | Test aparatu sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika | Tak |  |
| 10 | Wydechowy filtr przeciwbakteryjny z pojemnikiem na skropliny dla każdego respiratora | Tak |  |
| 11 | Wdechowy filtr przeciwbakteryjny dla każdego respiratora | Tak |  |
| 12 | Sztuczne płuco testowe- worek testowy dla każdego respiratora | Tak |  |
| 13 | Ramię do podtrzymywania rur pacjenta. | Tak |  |
| 14 | Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowy. 10 kompletnych układów do każdego respiratora | Tak |  |
| 15 | Nebulizator wielorazowy niewymagający przepływu gazu do napędu, do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami intubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. MMAD < 4.0 µm. Do każdego respiratora jeden kompletny zestaw t + dodatkowo drugi wielorazowy element nebulizujący umieszczany w układzie oddechowym | Tak |  |
| 16 | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora. | Tak |  |
| 17 | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | Tak |  |
|  | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej wersja dostarczona wraz z dostawą sprzętu po 1 sztuce do każdego aparatu )  | Tak |  |
| 2 | Instrukcja serwisowa (dostawa z aparatami w wersji elektronicznej lub drukowanej) oraz paszport techniczny  | Tak |  |
| 3 | Prospekt z listą części katalogowych dodatkowego doposażenia (przy dostawie aparatu) | Tak  |  |
| 4 | karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 7 - Urządzenie do utrzymania hipotermii -1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\***Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | System pozwalający na prowadzenie nieinwazyjnej, kontrolowanej hipotermii i normotermii dorosłych.  | TAK |  |
|  | System wykorzystujący wodę jako medium przenoszenia temperatury. | TAK |  |
|  | System mogący być stale wypełniony wodą z zabezpieczeniem przed namnażaniem się drobnoustrojów chorobotwórczych. | TAK |  |
|  | System składający się z jednostki centralnej, drenów oraz elementów przekazujących energię termiczną w postaci okładów na skórę pacjenta, opcjonalnie pady żelowe wielorazowego użytku. | TAK |  |
|  | Moduł sterujący, zapewniający sterowanie wszystkimi funkcjami systemu do hipotermii, wraz z pompą, zainstalowany na podstawie jezdnej z kołami wyposażonymi w hamulce. | TAK |  |
|  | Ciekłokrystaliczny ekran dotykowy. | TAK |  |
|  | Zminimalizowanie objętość wody w systemie w celu ograniczenia bezwładności cieplnej (max. 5L) | TAK |  |
|  | Możliwie szybki przepływ wody w systemie w celu jak najszybszego ogrzewania lub chłodzenia pacjenta. | TAK |  |
|  | Woda w materacach, podkładach, okryciach, padach hydrożelowych krążąca pod ujemnym ciśnieniem w celu uniemożliwienia jej wycieku w przypadku mechanicznego uszkodzenia okładu.  | TAK |  |
|  | Częstość zmiany temperatury cieczy w układzie, na skutek zmian temperatury pacjenta – max. co 5 min. | TAK |  |
|  | Zakres wskazań temperatury pacjenta min. : 10- 45º C, skok co 0,1º C. | TAK |  |
|  | Częsty pomiar temperatury pacjenta, optymalnie co 1-5s. | TAK |  |
|  | System zdolny do kontroli temperatury pacjenta, optymalnie w przedziale od 30-40°C. | TAK |  |
|  | Temperatura wody w zakresie od 4-45ºC. | TAK |  |
|  | Moc nagrzewnicy min. 700-1000 W. | TAK |  |
|  | Wskaźnik zmian temperatury pacjenta. | TAK |  |
|  | Minimum 3 programowalne protokoły leczenia, możliwość zmiany nastaw każdego z nich. | TAK |  |
|  | Wyjścia czujnika temperatury, optymalnie 2 wyjścia. | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego nastawienia ogrzewania pacjenta po procesie hipotermii. | TAK |  |
|  | Kompatybilność z okładami, optymalnie z hydrożelową powłoką celem zwiększenia transferu ciepła. | TAK |  |
|  | Okłady pokrywające max. 60% powierzchni ciała pacjenta, umożliwiające łatwy dostępu do pacjenta (echo serca, dostęp do żył szyjnych, udowych, dostęp do tętnic –inwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, koronarografia, drenaż płucny)  | TAK |  |
|  | W pierwszym wyposażeniu: - okłady - 6 kpl. w dostawie z aparatem (rozmiar zostanie określony przed dostawą z oferowanych przez Wykonawcę)- zestaw kompletny do pomiaru temperatury przez pęcherzowy, wielokrotnego użytku, autoklawowalny – 1 kpl.- zestaw kompletny do pomiaru temperatury przez przełykowy, wielokrotnego użytku, autoklawowalny – 1 kpl. | TAK, podać |  |
|  | System dopuszczający założenie elektrod do defibrylacji pod padami hydrożelowymi w trakcie pracy urządzenia. | TAK |  |
|  | Radioprzezierność okładów w celu umożliwienia diagnostyki pacjenta (RTG, MRI, TK) bez ich zdejmowania podczas badania. | TAK |  |
|  | System wyposażony w elektroniczny miernik przepływu wody informujący o pracy urządzenia. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |
|  | Oprogramowanie zawierające system alarmów, alertów informujących o jego pracy, pomocy i szkolenia z użytkowania z piktogramami. | TAK |  |
|  | System archiwizujący dane terapii oraz umożliwiający poprzez port USB, ich przenoszenie na zewnętrz systemu w celu archiwizacji i dokumentacji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 8. Zestaw laparoskopowy z torem wizyjnym - 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\***Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| **1** | **Procesor kamery Full 4K lub 3D**(obsługiwane rozdzielczości 4096x2160 oraz 3840x2160) | TAK |  |
| a | kompatybilny z technologią optyczno-cyfrową blokującą pasmo czerwone w widmie światła białego celem diagnostyki unaczynienia w warstwie podśluzówkowej | TAK |  |
| b | Wyjścia cyfrowe (4.-wtykowe) 2x 3G/HD-SDI oraz 2xSDI; | TAK |  |
| c | Ekran dotykowy do sterowania menu | TAK |  |
| d | Automatyczny dobór ekspozycji | TAK |  |
| e | w zestawie przewód sygnałowy 4K dł. 3m | TAK |  |
| f | 6 stopni dla cyfrowego przybliżenia obrazu (od 1.0 do 2.0) | TAK |  |
| g | Możliwość dostosowania jasności obrazu | TAK |  |
| h | Możliwość dostosowania kolorów obrazu (czerwony, niebieski, chroma ) w skali ośmiostopniowej | TAK |  |
| i | 4 tryby kolorów | TAK |  |
| j | Automatyczne zapamiętywanie ostatnio używanych ustawień | TAK |  |
| k | Możliwość przypisania ustawień dla 10 użytkowników | TAK |  |
| l | Ustawienie przysłony - automatyczne i z pomiarem w centrum obrazu | TAK |  |
| m | Wzmocnienie strukturalne obrazu oraz wzmocnienie w rogach obrazu | TAK |  |
| n | 3 stopnie wzmocnienia obrazu dla obrazowania w świetle białym oraz w obrazowaniu wąską wiązką światła | TAK |  |
| o | 3 stopnie regulacji kontrastu | TAK |  |
| p | Wyświetlanie stanu dla nagrywania on/off oraz zoom, auto-focus, tryb obserwacji | TAK |  |
| r | Możliwość aktywacji balansu bieli ze sterownika | TAK |  |
| s | Możliwość wyboru wyjścia sygnału video | TAK |  |
| t | Elektroniczna migawka auto/manual 1/50-1/8000 | TAK |  |
| u | Możliwość wyświetlenia obrazu kontrolnego kolorów on/off bez konieczności odłączania głowicy | TAK |  |
| w | Automatyczne wzmocnienie obrazu AGC z opcją regulowacji od 3dB do 27dB | TAK |  |
| x | Wyświetlanie informacji o podłączonej głowicy kamery (model, SN, okres gwarancji, komentarz) | TAK |  |
| y | 16.-osiowa skala kolorów obrazu endoskopowego | TAK |  |
| z | Ustawienie języka menu, daty, czasu, formatu daty | TAK |  |
| **2** | **Źródło światła XENON o mocy min. 300W** | TAK |  |
| a | Wyposażone w filtr optyczny blokujący pasmo czerwone w widmie światła białego celem diagnostyki unaczynienia w warstwie podśluzówkowej | TAK |  |
| b | Automatyczna regulacja jasności światła we współpracy ze sterownikiem - optymalne parametry pracy dobierane są automatycznie | TAK |  |
| c | Przycisk Stand-by | TAK |  |
| d | Przycik "High illumination" dla ręcznej, szybkiej maksymalizacji mocy  | TAK |  |
| e | Licznik czasu pracy żarowki (min. 500h) | TAK |  |
| f | Wbudowana, automatycznie włączana żarówka zapasowa w przypadku uszkodzenia lampy głównej | TAK |  |
| g | Podświetlany panel przedni (operacyjny) urządzenia | TAK |  |
| **3** | **Głowica kamery endoskopowej wyposażona w przetwornik 4K CMOS lub 3D** | TAK |  |
| a | kompatybilna z technologią optyczno-cyfrową blokującą pasmo czerwone w widmie światła białego celem diagnostyki unaczynienia w warstwie podśluzówkowej | TAK |  |
| b | Typ ochrony BF | TAK |  |
| c | 3 programowalne przyciski funkcyjne oraz dedykowany przycisk do automatycznej regulacji ostrości (ostrość dostosowywana automatycznie przez pojedyncze naciśnięcie) oraz pokrętło do manualnej regulacji ostrości | TAK |  |
| d | ogniskowa f=23,5; współpraca z zoomem cyfrowym | TAK |  |
| e | możliwość współpracy z optykami ze standardowym przyłączem okularowym | TAK |  |
| f | Zanurzalna w płynach dezynfekcyjnych | TAK |  |
| g | Możliwość sterylizacji w Sterrad i EtO | TAK |  |
| h | Waga głowicy 280g | TAK |  |
| **4** | **Monitor LCD 4K lub 3D o przekątnej min. 31 cali z aktywną matrycą TFT** | TAK |  |
| a | waga 11,8kg-12,5kg ; wymiary 754mm (poziom) x 456mm (pion) | TAK |  |
| b | adapter zasilania AC; wejście/wyjście 4K 4x3G-SDI | TAK |  |
| c | rozdzielczość 4096x2160 ; stosunek boków obrazu 17:9 | TAK |  |
| d | funkcja PIP; możliwość rotacji obrazu o 180°; | TAK |  |
| e | możliwość montażu na ramieniu sufitowym | TAK |  |
| f | Panel LCD z IPS oraz podświetleniem LED | TAK |  |
| g | Kontrast 1450:1 | TAK |  |
| h | Jasność 770cd/m2 | TAK |  |
| i | Rozmiar pixela 0.1704 x 0.1704 mm | TAK |  |
| **5** | **Optyka laparoskopowa z soczewkami Extra Low Dispertion (Szkło ED) -2 szt.** | TAK |  |
| a | śr. max. 10,2mm - pasująca do trokarów średnicy 10,5-11mm | TAK |  |
| b | kąt patrzenia 30°; pole widzenia 88° | TAK |  |
| c | dł. rob. 318,6mm | TAK |  |
| d | standardowe przyłącze okularowe do głowicy kamery | TAK |  |
| **6** | **Światłowód we wzmocnionej, nieprzezroczystej osłonie – 2 szt.** | TAK |  |
| a | śr. wiązki 2,8mm; średnica zewnętrzna 6,8 mm | TAK |  |
| b | długość 3 m; waga 237 g | TAK |  |
| **7** | **Pojemnik do sterylizacji optyk – 2 szt.** | TAK |  |
| **8** | **Insuflator wysokoprzepływowy z funkcją automatycznego oddymiania** | TAK |  |
| a | Przepływ dwutlenku węgla regulowany do 45 l/min | TAK |  |
| b | Dwustopniowa, automatyczna funkcja oddymiania pola operacyjnego za pomocą osobnego drenu (off oraz stopnie niski i wysoki); Regulacja opóźnienia zatrzymania funkcji automatycznego oddymiania w zakresie 0-10s. Instalacja drenu do oddyminia na panelu przednim urządzenia. | TAK |  |
| c | Alarm dźwiękowy i świetlny przekroczenia zadanego ciśnienia;Możliwość aktywacji i dezaktywacji funkcji automatycznej desuflacji pacjenta po przekroczeniu zadanych parametrów ciśnienia | TAK |  |
| d | Wskaźnik słupkowy objętości zużytego gazu oraz aktualnych: przepływu i ciśnienia | TAK |  |
| e | Wskaźnik numeryczny dla zadanej wartości ciśnienia w mmHg | TAK |  |
| f | Wskaźniki numerczne dla wartości aktualnych ciśnienia w mmHg oraz przepływu l/min. | TAK |  |
| g | Wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem sterowania urządzeniami endoskopowymi bloku operacyjnego | TAK |  |
| h | Dreny i akcesoria, na wyposażeniu urządzenia: autoklawowalne niskociśnieniowe dren do insuflacji 1 szt..; dren do oddymiania; | TAK |  |
| i | 2 tryby insuflacji: normalny i małych przestrzeni  | TAK |  |
| j | 3 tryby przepływu: niski, średni, wysoki. | TAK |  |
| k | Możliwość jednoczesnego podłączenia 1 lub 2 butli z CO2 lub połączenie z centralnym systemem ściennym zasilania w CO2 | TAK |  |
| l | Funkcja włącz/wyłącz desuflację po przekroczeniu zadanego parametru ciśnienia | TAK |  |
| m | Możliwość komunikacji z generatorem elektrochirurgicznym w celu aktywacji procesu oddymiania pola operacyjnego | TAK |  |
| n | Automatyczne przejście z trybu wysokociśnieniowego w tryb niskociśnieniowy w przypadku przełączenia z zasilania CO2 z butli na instalację ścienną | TAK |  |
| **9** | **Przewód do podłączenia CO2 z butli - do wymiany DIN/AGA (wymiana na żądanie użytkownika)** | TAK |  |
| **10** | **Dren silikonowy do insuflacji, autoklawowalny** | TAK |  |
| **11** | **Przewód sygnałowy 4K lub 3D dł. Min. 8,5m** | TAK |  |
| **12.** | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 9 Zestaw do PCNL - urologiczny - 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\***Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
|  | **MINIATUROWY NEFROSKOP - ZESTAW** |  |  |
| 1 | Optyka nefroskopowa operacyjna- łamana pod kątem ostrym- kąt patrzenia 12 st- kanał roboczy „na wprost” dla narzędzi/sonotrod 6 Fr- automatyczna zastawka z membraną uszczelniającą- długość robocza 225 mm | TAK |  |
| 2 | Płaszcz, średnica 15 Fr, okrągły, z obrotowym pierścieniem irygacyjnym, z automatycznym podłączeniem, końcówka dystalna prosta, długość robocza 205 mm | TAK |  |
| 3 | Obturator z centralnym otworem do płaszcza 15 Fr | TAK |  |
| 4 | Płaszcz, średnica 18 Fr, okrągły, z obrotowym pierścieniem irygacyjnym, z automatycznym podłączeniem, końcówka dystalna prosta, długość robocza 205 mm | TAK |  |
| 5 | Obturator z centralnym otworem do płaszcza 18 Fr | TAK |  |
| 6 | Płaszcz typu „amplatz”, średnica 18 Fr, długość robocza 184 mm | TAK |  |
| 7 | Poszerzadło typu „one step”, 12 Fr, długość 320 mm | TAK |  |
| 8 | Poszerzadło typu „one step”, 15 Fr, długość 320 mm | TAK |  |
| 9 | Pojemnik do transportu, przechowywania i sterylizacji zestawu, z matą typu „jeż”, wymiary 500x120x75 mm | TAK |  |
| 10 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

* + - 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
			2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 10. Unit stomatologiczny - 2 kpl.**

**1 kpl ( A)**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**1kpl ( B)**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| **A** | **UNIT STOMATOLOGICZNY – 1 komplet.** |   |  |
| **1** | Nazwa urządzenia | Podać |  |
| **2** | Producent | Podać |  |
| **3** | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| **4** | Fabrycznie nowy | TAK |  |
| **5** | Rok produkcji | 2016 r. |  |
| **I** | **STOLIK LEKARZA** |  |  |
| **Ia** | **INSTRUMENTY** |  |  |
| **1** | Moduł skalera piezoelektrycznego z minimum czterema  ostrzami, z częstotliwością pracy wywołującą zjawisko kawitacji z możliwością sterylizacji rękojeści  i końcówek w sterylizatorze parowym. – 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 obrotów100-40000 obr/min. Moment obrotowy : 3Ncm.) – 1 szt. | TAK |  |
| **5** | Moduł turbinowy ze światłem z dedykowana do dostarczanych końcówek szybkozłączką - 2 szt. | TAK |  |
| **Ib** | **POZOSTAŁE WYPOSAŻENIE** | TAK |  |
| **7** | Demontowalna taca ze stali nierdzewnej pod konsolą lekarza o wymiarach min. 20x25 cm | TAK |  |
| **8** | Negatoskop zintegrowany w panelu obsługi instrumentów i fotela. | TAK |  |
| **9** | Stolik wyposażony w hamulec mechaniczny ruchu pionowego. | TAK |  |
| **10** | Możliwość regulacji bezwładności ruchu obrotowego stolika | TAK |  |
| **11** | Długość rękawa powyżej 105 cm, wyłączając długość końcówki pracującej. | TAK |  |
| **12** | Mechanizmy prowadzenia rękawów od góry z blokadami wysięgników. | TAK |  |
| **13** | Konstrukcja mechanizmów prowadzenia rękawów z blokadą. | TAK |  |
| **14** | Konstrukcja wysięgników eliminująca nadmierne zginanie rękawów podczas pobierania i odkładania końcówki oraz w trakcie jej pracy. | TAK |  |
| **15** | Zmiana kierunku pracy mikromotora (sygnał dźwiękowy) | TAK |  |
| **16** | Przycisk włączania /wyłączania światła w końcówkach | TAK |  |
| **17** | Przedmuch powietrza w końcówkach (chip blower) oraz automatyczny przedmuch powietrza w końcówkach na zakończenie pracy z wodą | TAK |  |
| **18** | Konstrukcja wysięgników ograniczająca ryzyko zderzenia z lampą główną. | TAK |  |
| **19** | Sterowanie pracą końcówek, wykluczające uruchomienie drugiej podniesionej końcówki | TAK |  |
| **20** | Przyciski napełniania szklanki, spłukiwania spluwaczki i sterowania ruchami fotela i wywołania pozycji „0” | TAK |  |
| **21** | Zintergrowany w panelu sterowania wyświetlacz (min. 3 polowy) obsługi pracy skalera,turbiny i mikrosilnika  | TAK |  |
| **II** | **BLOK SPLUWACZKI I STOLIK ASYSTY** |  |  |
| **1.** | Ceramiczna, odchylana demontowalna misa z możliwością obrotu w kierunku pacjenta (zakres obrotu min 250 stopni) | TAK |  |
| **2.** | Możliwość obrotu stolika asysty na dwuprzegubowym ramieniu 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.** | Rękaw z diodową lampą polimeryzacyjną z  trybami pracy ( o stałej i narastającej mocy), ze zmiennym uchwytem  -prosty/pistoletowy)moc jednostkowa – min 1250 mW/cm2 ± 10%. | TAK |  |
| **10.** | Moduł trójdrożnej strzykawki w metalowej obudowie do sterylizacji z wymienną końcówką | 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 – 41-81 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 – 190 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** |   |  |
| **4** | Końcówka : Kątnica ze światłem z przełożeniem 1:5 z chłodzeniem wewnętrznym (12 miesięcy gwarancji) – 2 szt. | TAK |  |
| **6** | Końcówka : Turbina ze światłowodem na dedykowaną szybkozłaczkę z diodą LED (12 miesięcy gwarancji) – 5 szt. | TAK |  |
| **4.** | Zewnętrzna, niezależna skrzynka podłączeniowa unitu – 1 szt. | TAK |  |
| **5.** | Piaskarka profilaktyczna na złączę MIDWEST wyposażona w dwie dysze o różnym kącie nachylenia – 1 szt. | TAK |  |
| **6.** | Zapasowa obudowa proponowanej strzykawko-dmuchawki – 1 szt. | TAK |  |
| **7.** | Zapasowa żarówka halogenowa dedykowana do proponowanej lampy pola pracy – 1 szt. | TAK |  |
| **8.** | Zestaw narzędzi do endodoncji ultradźwiękowej: 1x Uchwyt do pilników kątowy 90 stopni, 1x Uchwyt do pilników prosty180 stopni, pilniki asortyment 15-35, 1x końcówka do znajdowania ujść kanałów. 1x końcówka do wykonania dostępu przy usuwaniu złamanych narządzi, 5x końcówki do usuwania złamanych narzędzi, 6x pilników do dezynfekcji kanałów | TAK |  |
| **9.** | Endometr z kolorowym wyświetlaczem | TAK |  |
| **VII** | **KRZESEŁKA** |  |  |
| **1.** | Krzesełko dla asysty – 2 szt. | TAK |  |
| **VIII** | **WARUNKI DOSTAWY I GWARANCJI** |   |  |
| **1** | Montaż, uruchomienie i przeszkolenie obsługi zawarte w cenie. | TAK |  |
| **2** | Instrukcja obsługi, dokumenty techniczne i schematy w języku polskim, dołączona do dostawy. | TAK |  |
| **3** | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| **4** | Gwarancja min 24 miesiące | TAK | ………………. miesiące |
| **B** | **UNIT STOMATOLOGICZNY – 1 komplet.** |   |  |
| **1** | Nazwa urządzenia | Podać |  |
| **2** | Producent | Podać |  |
| **3** | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| **4** | Fabrycznie nowy | TAK |  |
| **5** | Rok produkcji | 2016 r. |  |
| **I** | **STOLIK LEKARZA** |  |  |
| **Ia** | **INSTRUMENTY** |  |  |
| **1** | Moduł skalera piezoelektrycznego z minimum czterema  ostrzami, z częstotliwością pracy wywołującą zjawisko kawitacji z możliwością sterylizacji rękojeści  i końcówek w sterylizatorze parowym. – 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 obrotów100-40000 obr/min. Moment obrotowy : 3Ncm.) – 1 szt. | TAK |  |
| **4** | Moduł turbinowy ze światłem z dedykowana do dostarczanych końcówek szybkozłączką – 2 szt. | TAK |  |
| **Ib** | **POZOSTAŁE WYPOSAŻENIE** |  |  |
| **1** | Demontowalna taca ze stali nierdzewnej pod konsolą lekarza o wymiarach min. 20x25 cm | TAK |  |
| **2** | Negatoskop zintegrowany w panelu obsługi instrumentów i fotela. | TAK |  |
| **3** | Stolik wyposażony w hamulec mechaniczny ruchu pionowego. | TAK |  |
| **4** | Możliwość regulacji bezwładności ruchu obrotowego stolika | TAK |  |
| **5** | Długość rękawa powyżej 105 cm, wyłączając długość końcówki pracującej. | TAK |  |
| **6** | Mechanizmy prowadzenia rękawów od góry z blokadami wysięgników. | TAK |  |
| **7** | Konstrukcja mechanizmów prowadzenia rękawów z blokadą. | TAK |  |
| **8** | Konstrukcja wysięgników eliminująca nadmierne zginanie rękawów podczas pobierania i odkładania końcówki oraz w trakcie jej pracy. | TAK |  |
| **9** | Zmiana kierunku pracy mikromotora (sygnał dźwiękowy) | TAK |  |
| **10** | Przycisk włączania /wyłączania światła w końcówkach | TAK |  |
| **11** | Przedmuch powietrza w końcówkach (chip blower) oraz automatyczny przedmuch powietrza w końcówkach na zakończenie pracy z wodą | TAK |  |
| **12** | Konstrukcja wysięgników ograniczająca ryzyko zderzenia z lampą główną. | TAK |  |
| **13** | Sterowanie pracą końcówek, wykluczające uruchomienie drugiej podniesionej końcówki | TAK |  |
| **14** | Przyciski napełniania szklanki, spłukiwania spluwaczki i sterowania ruchami fotela i wywołania pozycji „0” | TAK |  |
| **15** | Zintergrowany w panelu sterowania wyświetlacz (min. 3 polowy) obsługi pracy skalera,turbiny i mikrosilnika  | TAK |  |
| **II** | **BLOK SPLUWACZKI I STOLIK ASYSTY** |  |  |
| **1.** | Ceramiczna, odchylana demontowalna misa z możliwością obrotu w kierunku pacjenta (zakres obrotu min 250 stopni) | TAK |  |
| **2.** | Możliwość obrotu stolika asysty na dwuprzegubowym ramieniu 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.** | Rękaw z diodową lampą polimeryzacyjną z  trybami pracy ( o stałej i narastającej mocy), ze zmiennym uchwytem  -prosty/pistoletowy)moc jednostkowa – min 1250 mW/cm2 ± 10%. | TAK |  |
| **10.** | Moduł trójdrożnej strzykawki w metalowej obudowie do sterylizacji z wymienną końcówką | 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 – 41-81 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 – 190 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** |   |  |
| **4** | Końcówka : Kątnica ze światłem z przełożeniem 1:5 z chłodzeniem wewnętrznym (12 miesięcy gwarancji) – 2 szt. | TAK |  |
| **6** | Końcówka : Turbina ze światłowodem na dedykowaną szybkozłaczkę z diodą LED (12 miesięcy gwarancji) – 5 szt. | TAK |  |
| **4.** | Zewnętrzna, niezależna skrzynka podłączeniowa unitu – 1 szt. | TAK |  |
| **5.** | Piaskarka profilaktyczna na złączę MIDWEST wyposażona w dwie dysze o różnym kącie nachylenia – 1 szt. | TAK |  |
| **6.** | Zapasowa obudowa proponowanej strzykawko-dmuchawki – 1 szt. | TAK |  |
| **7.** | Zapasowa żarówka halogenowa dedykowana do proponowanej lampy pola pracy – 1 szt. | TAK |  |
| **8.** | Wolnostojący mikrosilnik endodontyczny obsługujący instrumenty o ruchu jedno-kierunkowym i oscylacyjnym. Dostarczony z demontowalna kątnicą 6:1 | TAK |  |
| **10.** | Wolnostojące urządzenie do kondesacji i aplikacji gutaperki. Rękojeść aplikatora i kondensatora przewodowa. Baza zasilana bezpośrednio ze źródła prądu 230V.  | TAK |  |
| **VII** | **KRZESEŁKA** |  |  |
| **1.** | Krzesełko dla asysty – 2 szt. | TAK |  |
| **VIII** | **WARUNKI DOSTAWY I GWARANCJI** |   |  |
| **1** | Montaż, uruchomienie i przeszkolenie obsługi zawarte w cenie. | TAK |  |
| **2** | Instrukcja obsługi, dokumenty techniczne i schematy w języku polskim, dołączona do dostawy. | TAK |  |
| **3** | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| **4** | Gwarancja min 24 miesiące | TAK | ………………………..miesiące |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Pakiet 11. Angiografia fluoresceinowa z systemem archiwizacji cyfrowej- 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

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

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2016**

**\***Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane** | **Parametry Wymagane\*** | **parametry oferowane / nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| 1 | Możliwość wykonywania zdjęć kolorowych, bezczerwiennych oraz angiografii fluorosceinowej, angiografii indocyjaninowej (ICG), autofluo | Tak |  |
| 2 | Kąt obserwacji - poziomej 50° 300 20°- pionowej 500 300 200 | TAK |  |
| 3 | Regulacja natężenia oświetlenia: ręczna płynna | TAK |  |
| 4 | Korekcja refrakcji badanego: płynnie min. +/-30 dptbez dodatkowych soczewek | TAK podać |  |
| 5 | Matryca sensora o rozdzielczości min. 5 mln pikseli | TAK podać |  |
| 6 | Matryca sensora do wykonywania zdjęć ICG, autofluo o rozdzielczości min. 1,5 mln pikseli | TAK podać |  |
| 6 | Szybki transfer wykonanych zdjęć poprzez złącze Fire Wire | TAK |  |
| 7 | Korekcja refrakcji badającego: min. +/-5 dpt | TAK podać |  |
| 8 | Minimalna średnica źrenicy: max. 4,5 mm | TAK podać |  |
| 9 | Dystans roboczy (obiektyw –oko pacjenta): min. 41 mm | TAK podać |  |
| 10 | Wbudowane filtry:zielony, dla angiografii fluorsceinowej , ICG, autofluo | TAK |  |
| 11 | Lampa do fotografii:lampa ksenonowa o mocy błysku min. 360Ws | TAK podać |  |
| 12 | Ilość kroków regulacji natężenia flesza min. 24 | TAK podać |  |
| 13 | Obrót urządzenia względem* osi poziomej: min +/-450
* osi pionowej: min +100/-100
 | TAK podać |  |
| 14 | Stolik elektryczny przystosowany do pacjentów na wózkach inwalidzkich (asymetryczny) | TAK |  |
| 15 | Moduł lampy błyskowej zintegrowany ze stolikiem | TAK |  |
| 16 | Aparat wyposażonyw min. 3 porty optyczno-mechaniczne do podłączenia min. 3 sensorów z możliwością przełączania się miedzy nimi | TAK podać |  |
| 17 | Transformator separujący spełniający normę IEC 601-1 | TAK |  |
|  | **SYSTEM ARCHIWIZCJI CYFROWEJ** |  |  |
| 1. | Komputer do przetwarzania i archwizacji obrazów zintegrowany z monitorem LCD o przekątnej min. 22” | TAK |  |
| 2. | Klawiatura podświetlana do pracy w zaciemnionych pomieszczeniach | TAK |  |
| 3. | Możliwość pracy w sieci komputerowej | TAK |  |
| 4. | Możliwość wyboru filtrów, portu kamery (sensora), mocy flesza, natężenia oświetlenia obserwacji z pulpitu programu archiwizacji cyfrowej | TAK |  |
| 5. | Możliwość zapamiętania wraz ze zdjęciem następujących danych: data, czaskąt, energia flesza, rodzaj zdjęcia, oko prawe/lewe,  | TAK |  |
| 6. | Możliwość jednoczesnej pracy z wieloma pacjentami w trybie zdjęć angiografii fluorosceinowej (bez potrzeby zamykania timera) | TAK |  |
| 7. | Automatyczna identyfikacja oka prawego i lewego | TAK |  |
| 8. | Automatyczna korekcja energii flesza  | TAK |  |
| 9. | Automatyczna korekcja jakości obrazu | TAK |  |
| 10 | Możliwość automatycznej optymalizacji oświetlenia dla późnej fazy angiografii fluo. | TAK |  |
| 11 | Możliwość wyszukiwania obrazów po nazwisku pacjenta lub dacie wizyty | TAK |  |
| 12 | Automatyczne oznaczanie zdjęć poddanych obróbce | TAK |  |
| 13. | Pola komentarzy w karcie pacjenta, karcie wizyty oraz na zdjęciu | TAK |  |
| 14 | Funkcje obróbki zdjęcia:- wyostrzanie obrazu- regulacja jasności obrazu- regulacja kontrastu obrazu- konwersja kolorów lub skali szarości- korekcja nasycenia barw- wygładzanie obrazu- powiększanie obrazu - obracanie obrazu- wyświetlanie galerii zdjęć- mapping- obrysowywanie i pisanie komentarzy na zdjęciu- nakładanie obrazów- pomiary planimetryczne (względne i bezwzględne)- pomiary PDT (automatycznie uwzględniające kąt i rozdzielczość kamery)- funkcja automatycznego montażu zdjęć różnych obszarów (łączenia i nakładania na siebie) | TAK opisać |  |
| 15 | Funkcje oprogramowania:- narzędzia do przeszukiwania bazy danych- import/eksport obrazów w formacie JPEG, TIFF, DICOM | TAK |  |
| 16. | Drukarka kolorowa do wydruków fotograficznych | TAK |  |
| 17. | Serwer wymiany danych pomiędzy oferowaną fundus kamerą a posiadanym przez zamawiającego aparatem OCT (Cirrus 5000)  | TAK |  |
| 18. | Synchronizacja skanów OCT i zdjęć z fundus kamery umożliwiająca nakładanie i lokalizację skanów na zdjęciach | TAK |  |
| 19. | Funkcja automatycznego wykrywania zmian w warstwie RPE. Obliczanie pola powierzchni i objętości zmiany. Tworzenie wykresu zmian dla min. 3 wizyt. | TAK |  |
| 20. | Funkcja równoczesnego przeglądania i synchronizacji skanów z min. 3 wizyt | TAK |  |
| 21. | Funkcja tworzenia wykresu trendu zmian w warstwie RPE. | TAK |  |
| 22. | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

**Załacznik nr 3**

**Wzór umowy**

**UMOWA nr …./36/Med./2016**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **…………...2016 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** PL899-22-28-956, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy, nr **KRS**: 0000016478, zwanym w treści umowy **ZAMAWIAJĄCYM**, reprezentowanym przez:

**Komendanta - płk lek. med. Wojciecha TAŃSKIEGO**

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

**Regon** ……………., **NIP**…………………zwanym dalej **WYKONAWCĄ,**

reprezentowanym przez:...............................................

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 2164) – dalej Pzp, o wartości powyżej 135 000 EURO. Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot dostawy**

Zamawiający zamawia a Wykonawca przyjmuje do realizacji sprzedaż, dostawę
i montaż w miejscu wskazanym przez Zamawiającego sprzętu medycznego:

**typ ….., rok produkcji ….., producent ….., kraj …..;**

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

**§ 2**

**Wartość dostawy**

1. Zamawiający za dostarczony, zamontowany i odebrany przedmiot umowy zapłaci Wykonawcy cenę obliczona zgodnie z cennikiem podanym w § 11 niniejszej umowy.
2. Wartość umowy netto: **…………………… zł** (słownie złotych: ………………/100).
3. Cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) **………………… zł** (słownie złotych: ……………/100).
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, montażu w siedzibie Zamawiającego (jeżeli jest konieczny),koszt 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 przedmiot umowy nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury. Podstawą do wystawienia faktury będzie protokół zdawczo – odbiorczy, który zostanie podpisany po montażu (jeżeli jest konieczny) i uruchomieniu sprzętu, oklejeniu sprzętu naklejką informacyjną o dacie planowanego pierwszego przeglądu okresowego oraz przeszkoleniu personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu medycznego.
2. Strony ustalają, że płatność za fakturę nastąpi przelewem na konto wskazane na fakturze, w terminie 7 dni od dnia wpływu na konto Zamawiającego środków przekazanych przez Departament Budżetowy Ministerstwa Obrony Narodowej, jednak nie później niż w terminie 60 dni od daty doręczenia faktury.
3. Od należności nieuiszczonych w terminie ustalonym przez strony, Wykonawca może na podstawie art. 8 ustawy z dnia 8 marca 2013r. o terminach zapłaty w transakcjach handlowych (Dz. U. 2015r. 1830), naliczać odsetki ustawowe za opóźnienie w transakcjach handlowych – odsetki w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i ośmiu punktów procentowych.
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 6 (sześciu) tygodni od daty zawarcia umowy**. Termin dostawy należy ustalić z p. Agnieszką Mikulską lub p. Sylwią Komorek tel. 261 660 468 lub 261 660 462. Osobami upoważnionymi do protokolarnego odbioru przedmiotu umowy w imieniu Zamawiającego są:
2. p. Agnieszka Mikulska;
3. p. Sylwia Komorek

 wraz z Kierownikiem / Ordynatorem ………………………………

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. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy, jeśli Wykonawca nie dostarczy urządzenia zastępczego, o którym mowa w § 5 ust. 9.
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 (autoryzowanych wskazanych przez producenta, jeżeli autoryzacja jest niezbędna do prawidłowego działania urządzenia) kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, Formularz Powiadomienia/Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 876),
3. Ryzyko przypadkowej utraty lub uszkodzenia sprzętu przechodzi na Zamawiającego z chwilą dostarczenia ich do miejsca wskazanego w Rozdziale VI SIWZ i przyjęcia go przez Zamawiającego wg § 4 ust. 1.
4. Wykonawca realizuje przedmiot zamówienia własnymi siłami oraz przy pomocy podwykonawców wskazanych w ofercie. Jeżeli Wykonawca zleci wykonanie niektórych czynności innym podmiotom to ponosi on pełną odpowiedzialność za działania innych dostawców, którym powierzył wykonanie przedmiotu umowy.
5. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego szkolenie personelu medycznego (osób wskazanych przez Zamawiającego) w wymiarze **min. 2 godziny ( na każdy pakiet ),** niezwłocznie po zainstalowaniu sprzętu, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym. Osoba upoważnioną do kontaktu z Wykonawcą, w zakresie dotyczącym szkolenia pracowników Zamawiającego jest p. Agnieszka Mikulska, p. Sylwia Komorek tel. 261 660 468 lub 261 660 462. Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy do przeprowadzenia dodatkowego szkolenia pracowników w późniejszym terminie, jeżeli wystąpi taka konieczność w wymiarze max. 10 godzinw siedzibie Zamawiającego.
6. Wykonawca zobowiązuje się przeprowadzić szkolenie techniczne dla pracowników wskazanych przez Zamawiającego w zakresie dopuszczonym przez producenta urządzeń, z :
7. obsługi technicznej aparatu;
8. technicznego przeglądu bezpieczeństwa;
9. procedur kalibracyjnych, testowych, pomiarowych;
10. procedur okresowych czynności konserwacyjnych.

 Szkolenie personelu technicznego – min 4 osoby, w terminie ustalonym przez Zamawiającego. Szkolenia mogą odbywać się sukcesywnie - jednak nie później niż do 12 miesięcy od daty zawarcia umowy. Szkolenie musi być zakończone certyfikatem potwierdzającym uzyskanie dostępu do powyższych procedur. Zamawiający wymaga wyposażenia pracowników w kody dostępu, w tym dające dostęp do menu serwisowego, instrukcje serwisowe (z kodami błędów i wykazem części zamiennych i elementów serwisowych) itp. do powyższych procedur.

**§ 5**

**Odpowiedzialność za wady przedmiotu umowy**

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 *(w umowie ostatecznej zostanie wpisany termin gwarancji zaoferowany w ofercie t.j.: 24 miesiące lub 36 miesięcy lub 48 miesięcy lub 60 miesięcy****)*** prawidłowego działania sprzętu, obejmującą części zamienne i serwis, liczony od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego sporządzonego po zainstalowaniu ( jeżeli jest konieczne) 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 (lub częściej, jeżeli takie są zalecenia 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 kopii 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. **2 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 urządzenia z siedziby Zamawiającego, jeżeli wada powinna być usunięta w innym miejscu, niż siedziba Zamawiającego.
8. W wypadku **3 (trzech) nieskutecznych napraw** tego samego podzespołu sprzętu Wykonawca zobowiązany jest wymienić podzespół na nowy.
9. W przypadku awarii przedłużającej się ponad 2 dni lub wymagającej naprawy w siedzibie serwisu, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych niniejszą umową lub wyższych) – *nie dotyczy pakietu 10*
10. Zamawiający wskazuje osoby odpowiedzialne i uprawnione do zgłaszania wszelkich awarii sprzętu, uzgodnienia terminu przyjazdu przedstawicieli Wykonawcy w ramach serwisu i odbioru wykonanych prac:
	1. p. Agnieszka Mikulska tel. 261 660 128
	2. p. Anna Błaszkowska tel. 261 660 468
	3. p. Sylwia Komorek tel. 261 660 462
	4. p. Edyta Janicka tel. 261 660 468
	5. p. Monika Kowalczyk tel. 261 660 462
11. Awarie będą zgłaszane telefonicznie pod nr tel. **……………**, w godzinach **……………………** i potwierdzone fax-em na nr **…………………….**.
12. Adresy punktów serwisowych:
13. **……………………………………………**, tel. **……………………….;**
14. **……………………………………………**, tel. **……………………….**
15. 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
16. Niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2016r. poz. 380) – dalej Kodeks cywilny. Warunki gwarancji przekazane wraz ze sprzętem będącym przedmiotem umowy winny zawierać co na najmniej zapisy niniejszego §.
17. W sprawach nieuregulowanych umową, do gwarancji stosuje się przepisy art. 577
i następne Kodeksu Cywilnego.
18. Do odpowiedzialności wykonawcy z tytułu rękojmi w terminie udzielonej gwarancji stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
19. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej.
20. Korzystanie przez Zamawiającego z uprawnień gwarancyjnych nie wyłącza prawa Zamawiającego do korzystania z uprawnień gwarancyjnych względem Wykonawcy w terminie gwarancji udzielonej przez producenta urządzenia jeżeli jest ona dłuższa.
21. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy oraz zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych, 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 realizacji umowy określonego w § 4 ust. 1 do dnia ostatecznego przyjęcia bez zastrzeżeń przez Zamawiającego zamawianego sprzętu medycznego;
3. w wysokości 0,15 % ceny brutto pakietu w przypadku opóźnienia w usunięciu wady (awarii) w okresie gwarancji lub rękojmi, za każdy dzień opóźnienia;
4. w wysokości 0,5 % ceny brutto pakietu, w przypadku nie dostarczenia sprzętu zastępczego zgodnie z § 5 ust. 9, za każdy dzień opóźnienia *( nie dotyczy pakietu 10);*
5. w wysokości 0,5 % ceny brutto pakietu w przypadku niewykonania 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 którego realizacji odstąpiono w całości lub w części z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
7. 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 z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r. poz. 618) 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 nieunormowanych umową oraz do wykładni jej postanowień zastosowanie mają przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych, ustawy Kodeks cywilny oraz innych obowiązujących aktów prawnych.
2. Integralną częścią umowy jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta sporządzona i złożona w postępowaniu przetargowym, 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**

**Ochrona Danych Osobowych**

1. Zamawiający oświadcza, że jest Administratorem Danych Osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
( Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) w szczególności danych powierzonych do przetwarzania na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 wskazanej powyżej ustawy.
2. W celu prawidłowego wykonania przez Wykonawcę obowiązków wynikających z niniejszej „Umowy” w zakresie niezbędnym dla jej prawidłowego wykonania. Zamawiający powierza Wykonawcy przetwarzanie danych osobowych zainstalowanych w systemie informatycznym o nazwie,……. przy użyciu Oprogramowania Aplikacyjnego (po uzgodnieniu z kierownikiem OPI) określonym w dokumentacji technicznej Oprogramowania Aplikacyjnego (umieszczonej w wersji elektronicznej na serwerze ftp: ………………….).
3. Wykonywanie przez Wykonawcę operacji przetwarzania danych przekraczających zakres i cel opisany powyżej, wymaga każdorazowej pisemnej zgody Zamawiającego.
4. Wykonawca oświadcza, iż w celu prawidłowego wykonania niniejszej umowy, zastosuje środki zabezpieczające, o których mowa w art. 36 ust.1 i 2, art. 37; art. 38; oraz art. 39 ust. 1 i ust.2 ustawy o ochronie danych osobowych oraz w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych( Dz.U. 2004 r. nr 100, poz. 1024)

**§ 13**

**Poufność**

1. Wszelkie dane udostępnione Wykonawcy przez Zamawiającego są nadal jego wyłączną własnością. Rozporządzanie nimi przez Wykonawcę niewynikające z realizacji niniejszej Umowy wymaga pisemnej zgody Zamawiającego.
2. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić poufność informacji dotyczących Zamawiającego uzyskanych w związku z realizacją niniejszej Umowy i nie ujawniać tych informacji bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego w czasie trwania niniejszej Umowy chyba, że przepisy szczególne przewidują dłuższy okres ochrony informacji.
3. Wykonawca zobowiązuje się wykorzystywać informacje, o których mowa w §12 ust. 1 i ust. 2 - wyłącznie w celu należytego wykonania niniejszej Umowy.
4. Obowiązkiem zachowania poufności nie jest objęty fakt zawarcia Umowy ani jej treść w zakresie określonym obowiązującymi przepisami prawa.
5. Każdej ze Stron wolno ujawnić informacje poufne z ograniczeniami wynikającymi z przepisów prawa, o których mowa **wyżej** w takim zakresie, w jakim będzie to niezbędne do wypełnienia przez nią zobowiązań i obowiązków na podstawie Umowy, przy czym Strona przekazująca takie informacje wymienionym wyżej osobom będzie ponosić odpowiedzialność za przestrzeganie przez te osoby zasad poufności opisanych w niniejszym rozdziale.
6. Wykonawca sporządzi listę pracowników zaangażowanych w realizację niniejszej Umowy. Wzór - lista pracowników **–** *załącznik nr 6 do SIWZ*
7. Wykonawca zobowiąże pisemnie pracowników wyznaczonych do realizacji przedmiotu Umowy do zachowania tajemnicy, przez podpisanie zobowiązań według wzoru określonego. Wzór - Zobowiązaniado zachowania tajemnicy - *załącznik nr 7 do SIWZ*
8. Listę pracowników i kserokopie (poświadczonych za zgodność z oryginałem) podpisanych zobowiązań - Wykonawca prześle Zamawiającemu w terminie 7 dni od daty **zawarcia** niniejszej Umowy.
9. Strony dopuszczają korekty w liście pracowników angażowanych, po spełnieniu wymogów opisanych w ust.8.
10. Zamawiający zobowiązuje się do zapewnienia poufności udostępnionej dokumentacji technicznej Oprogramowania Aplikacyjnego, z wyłączeniem dokumentacji zewnętrznych interfejsów wymiany danych

**§ 14**

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 36/Med./2016, 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 ZDAWCZO – ODBIORCZY (wzór)**

**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

……………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt przekazuje:

…………………………………………… …………………………………...

imię i nazwisko stanowisko

1. Przedmiot protokołu……………………………………………………………………

typ ……………………, rok produkcji …………, producent ……………:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAZWA | Numer katalogowy | ILOŚĆ SZTUK | Numerseryjny |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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,
* wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji
* karty gwarancyjnej
* paszportu technicznego,
* projekt osłon stałych,
* testy akceptacyjne (odbiorcze),
1. Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, konserwacji, mycia i dezynfekcji przedmiotu przekazania przeprowadzono w dniach:
…………………… w godz. ……………
…………………… w godz. ……………
2. 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:**

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

 podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

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 2015r., poz. 2164) 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 naszej firmy z postępowania w trybie art. 24 i art. 24 b ust. 3 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 2015r., poz. 2164) oświadczamy, że należymy/nie należymy[[4]](#footnote-4) do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 Pzp.

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)

**Załącznik nr 6**

**„WZÓR - LISTA PRACOWNIKÓW”**

**ZASADY UDZIELENIA ZDALNEGO DOSTĘPU DO ZASOBÓW**

Niniejszy załącznik ustala zasady udzielenia Wykonawcy zdalnego dostępu do zasobów sieci teleinformatycznej Zamawiającego w celu umożliwienia Wykonawcy realizacji jego zobowiązań wynikających z umowy, w szczególności określonych w §2 ust.1 pkt 1) ppkt a) oraz w ppkt b)

1. **Udostępnienie**
2. Zdalny Dostęp zostanie udostępniony Wykonawcy przez Zamawiającego w terminie
3 dni od daty zawarcia umowy.
3. Zdalny Dostęp udostępniony zostanie na cały czas trwania niniejszej umowy.
4. Lista osób Wykonawcy uprawnionych do Zdalnego Dostępu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nr telefonu** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Bezpośredni dostęp do systemów Zamawiającego jest możliwy tylko i wyłącznie po udostępnieniu go przez administratora Zamawiającego i po przekazaniu wymaganych uprawnień i haseł.
2. W przypadku zgłoszenia błędu krytycznego Zamawiający zapewni sprawne działanie zdalnego dostępu.
3. **Zasady korzystania**
4. Korzystając ze Zdalnego Dostępu Wykonawca:
	1. będzie wykorzystywał Zdalny Dostęp wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy;
	2. nie będzie pozyskiwał ani przetwarzał żadnych innych danych, za wyjątkiem danych niezbędnych do realizacji niniejszej umowy;
5. Zabrania się Wykonawcy przekazywania danych logowania (login lub hasło) innym osobom niż wymienione w § 1 ust. 3 niniejszego załącznika.
6. Zdalny dostęp udostępnia się tylko do przeglądu danych.
7. **Warunki Techniczne do uzyskania Zdalnego Dostępu**
8. Wykonawca dostarczy listę komputerów (wraz z adresami IP), z których będzie realizował Zdalny Dostęp do sieci teleinformatycznej Zamawiającego.
9. Zamawiający zapewni jeden z czterech rodzajów połączeń:
	1. VPN - zapewni bezpieczny sposób komunikacji z siecią poprzez udostępnienie bezpiecznego kanału VPN;
	2. Udostępnienie terminala - zapewni bezpieczny sposób komunikacji z siecią poprzez udostępnienie bezpiecznego terminala;
	3. Udostępnienie portu do bazy danych – zapewni bezpieczny sposób komunikacji z siecią poprzez udostępnienie IP i portu pozwalającego na komunikację z bazą danych.
10. Zamawiający przekaże każdej osobie z podanej listy użytkowników Wykonawcy, określonych
w § 1 ust. 3 niniejszego załącznika, zestaw odpowiadających im identyfikatorów użytkowników (login) wraz z ich hasłami dostępu oraz innymi parametrami niezbędnymi do zestawienia zdalnego połączenia. Użytkownicy po stronie Wykonawcy zobowiązują się do nie udostępniania tych identyfikatorów i haseł innym osobom oraz wykorzystywania dostępu wyłącznie w celu realizacji niniejszej Umowy.
11. Wszystkie dane dotyczące parametrów logowania zostaną przekazane na indywidualne konta
e-mail. Tą samą drogą dostarczone zostanie również oprogramowanie Klienta VPN lub klienta terminalowego. Oprogramowanie zostanie zainstalowane na komputerach użytkowników staraniem Wykonawcy.

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

 podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

###### Załącznik nr 7

***WZÓR ZOBOWIĄZANIA DO ZACHOWANIA TAJEMNICY***

Nazwisko ( -ka) :

……………………………....................................................

Imię ( imiona ): 1. ..................................................................................

2. ..................................................................................

Dowód tożsamości: Seria |\_\_|\_\_|\_\_|Nr |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

wydany przez

 ………………………....................................................................

Ja niżej podpisany, potwierdzając zgodność moich danych osobowych ze stanem faktycznym, oświadczam, że :

1. Zapoznałem się z treścią ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
(t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zmianami ) i wynikających z niej przepisów prawnych,
2. Zostałem uprzedzony, iż dane osobowe i medyczne przetwarzane w Systemie Informatycznym podlegają ustawowej ochronie prawnej [Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych(t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zmianami ) )
3. Zobowiązuję się do nieujawniania – w ramach wykonywania prac związanych z realizacją Umowy zawartej pomiędzy 4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu a firmą ………………….. informacji objętych tajemnicą służbowa w rozumieniu ustawy z dn. 22 stycznia 1999 r. o ochronie informacji niejawnych (tj z 2015 r. poz. 2135)).
4. Zobowiązuję się do nie rozpowszechniania nabytej informacji o charakterze technicznym, technologicznym, organizacyjnym i handlowym, stanowiących tajemnicę 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej.
5. Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących wyżej wymienionych danych uzyskanych w związku z realizacją zadań wynikających z przedmiotu Umowy zawartej pomiędzy
4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu a firmą ……………….ciąży na mnie nawet po wygaśnięciu stosunku o pracę.

Powyższe zobowiązanie zachowuje ważność w przypadku danych osobowych i medycznych bezterminowo, a w przypadku pozostałych danych przez cały okres trwania Umowy.

.................................. dnia ..................... Podpis pracownika : ………………...............................................

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. wypełnić w przypadku udziału podwykonawców [↑](#footnote-ref-3)
4. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-4)