



Samodzielny Publiczny
SZPITAL MIEJSKI W SOSNOWCU

ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

O udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego
o wartości szacunkowej poniżej 200 000 euro

(art. 39-46 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych
(Dz.U. z 2010r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.)

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO – WYPOSAŻENIE ODDZIAŁU
DERMATOLOGII, ODDZIAŁU GERIATRII, ZOL, OTOLARYNGOLOGII,
FIZJOTERAPII I UDAROWEGO**

Kod CPV: 33.15.74.00-9 – Medyczna aparatura oddechowa; 33.10.00.00-1 – Urządzenia
medyczne; 33.12.32.10-3 – Urządzenia do monitorowania czynności serca; 33.14.31.12-4 –
Materace; 33.16.50.00-4 – Przyrządy do kriochirurgii i krioterapii; 38.51.00.00-3 – Mikroskopy;
33.19.00.00-8 – Różne urządzenia i produkty medyczne; 33.18.21.00-0 – Defibrylatory.

Numer sprawy: **ZZP-2200-104/12**

SPIS TREŚCI:

- I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO.
- II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, WARUNKI DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU I REALIZACJI ZAMÓWIENIA.
- III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA.
- IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW.
- V. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ WYMAGANYCH WARUNKÓW DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I REALIZACJI ZAMÓWIENIA. ZAWARTOŚĆ OFERTY.
- VI. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM.
- VII. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.
- VIII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY.
- IX. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.
- X. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT.
- XI. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY.
- XII. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW ORAZ SPOSOBU OCENY OFERT.
- XIII. ZABEZPIECZENIE NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY.
- XIV. POZOSTAŁE REGUŁY POSTĘPOWANIA.
- XV. ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO TREŚCI ZAWIERANEJ UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO.
- XVI. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO.
- XVII. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYŚLUGUJĄCYCH WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA.

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW:

1. Załącznik nr 1A, 1B – Przedmiot zamówienia, Warunki gwarancji i serwisu,
2. Załącznik nr 2 - Formularz oferty,
3. Załącznik nr 3 - Wzór umowy,
4. Załącznik nr 4.1-4.12 - Formularz asortymentowo – cenowy,
5. Załącznik nr 5 - Formularz oświadczeń

Specyfikacja istotnych warunków zamówienia składa się z 57 ponumerowanych stron.

Specyfikację istotnych warunków zamówienia

Zatwierdził w dniu 31.10.2012r.

Samodzielny Publiczny
Szpital Miejski w Sosnowcu
DYREKTOR
lek. med. Artur Nowak
Menadżer

I. Nazwa i adres zamawiającego

Samodzielny Publiczny Szpital Miejski w Sosnowcu
ul. Szpitalna 1
41-219 Sosnowiec
Regon: 240837054
NIP: 644-337-38-32
Tel. (032) 41 30 111
Fax (032) 41 30 112
www.szpital.sosnowiec.pl
zamowieniapubliczne@szpital.sosnowiec.pl

II. Opis przedmiotu zamówienia, warunki dotyczące przedmiotu i realizacji zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego – wyposażenie oddziału dermatologii, oddziału geriatry, zol, otolaryngologii, fizjoterapii i udarowego.**
2. Zamówienie składa się z 12 części tzw. Pakietów, z których każdy stanowi oddzielny przedmiot zamówienia:
Pakiet 1 - Inhalatory tłokowe do pracy ciągłej na wózkach – 4szt.,
Pakiet 2 – Wózek-wanna – 1szt.,
Pakiet 3 – Aparat EKG – 1szt.,
Pakiet 4 – Materace przeciwoślężynowe – 10szt.,
Pakiet 5 – Zestaw Holtera – 1szt.,
Pakiet 6 – Urządzenie do krioterapii – 1szt.,
Pakiet 7 – Mikroskop zabiegowy – 1szt.,
Pakiet 8 – Optyki laryngologiczne – 3szt.,
Pakiet 9 – Kabina audiometryczna – 1szt.,
Pakiet 10 – Zestaw do bezdechu – 1szt.,
Pakiet 11 – Kardiomonitor – 5szt. i centrala – 1szt.,
Pakiet 12 – Defibrylator – 1szt.
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 4.1 do 4.12 niniejszej SIWZ.
4. **Dostawa jest realizowana z dotacji pn. „Projekty budowlane i przebudowa budynków szpitalnych w tym oddziałów szpitalnych wraz z przynależną infrastrukturą i wyposażeniem przy ul. Zegadłowicza 3 i ul. Szpitalna 1 – realizacja w etapach”.**

III. Termin i warunki realizacji zamówienia

1. Dostawa przedmiotu zamówienia w terminie:
 - do 14 dni od daty zawarcia umowy (pakiet 1, 3, 4, 6),
 - do 28 dni od daty zawarcia umowy (pakiet 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12),
jednak nie później niż do dnia 21.12.2012r.
2. Miejsce dostawy wraz z rozładunkiem w miejscu wskazanym przez Zamawiającego:
Samodzielny Publiczny Szpital Miejski w Sosnowcu, ul. Szpitalna 1.

IV. Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy którzy spełniają warunki dotyczące:
 - a) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek ich posiadania,
 - b) posiadania wiedzy i doświadczenia,

- c) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
 - d) sytuacji ekonomicznej i finansowej,
 - e) nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.
2. Spełnienie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu Zamawiający będzie oceniał na podstawie złożonych dokumentów oraz oświadczeń.

V. Wykaz oświadczeń i dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz wymaganych warunków dotyczących przedmiotu zamówienia i realizacji zamówienia.

Zawartość oferty

1. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, należy złożyć:

a) **aktualny odpis z właściwego rejestru**, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy,

b) oświadczenie dotyczące braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia, zgodnie z zał. nr 5 do SIWZ.

Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stosuje się odpowiednio § 4 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2009 roku w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (Dz.U. z 2009r. Nr 226, poz. 1817).

2. W celu potwierdzenia posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek ich posiadania należy:

- złożyć oświadczenie według załącznika nr 5 do SIWZ.

3. W celu potwierdzenia posiadania wiedzy i doświadczenia należy:

- złożyć oświadczenie według załącznika nr 5 do SIWZ.

4. W celu potwierdzenia dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia należy:

- złożyć oświadczenie według załącznika nr 5 do SIWZ.

5. W celu potwierdzenia sytuacji ekonomicznej i finansowej należy:

- złożyć oświadczenie według załącznika nr 5 do SIWZ.

6. W celu potwierdzenia, że oferowany przedmiot zamówienia odpowiada wymaganiom Zamawiającego należy złożyć:

- wypełniony prawidłowo załącznik nr 1A, 1B do SIWZ – zestawienie wymaganych parametrów technicznych, gwarancja i serwis;

- dokumenty potwierdzające dopuszczenie oferowanych produktów do obrotu zgodnie z wymaganiami ustawy z 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107 poz. 679) tj. certyfikat CE lub deklaracja zgodności.

- katalog lub folder w języku polskim dla każdego zaoferowanego produktu, z zaznaczeniem odpowiedniego pakietu asortymentu.

DODATKOWE WYMAGANIA Komputera (pakiet nr 5):

- Deklaracja zgodności CE,
 - Komputer musi być certyfikowany na zgodność z niżej wymienionymi systemami operacyjnymi:
 - a) Windows 7 – x86
 - b) Windows 7 – x64
- (załączyć do oferty wydruk ze strony internetowej Microsoft WHCL).

7. Zgodnie z art. 26 ust. 2b, Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia lub zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.
8. Dla Wykonawców występujących wspólnie (spółka cywilna, konsorcjum) ma w szczególności zastosowanie art. 23 Prawa zamówień publicznych. Oferta winna zawierać dokument potwierdzający ustanowienie pełnomocnika do reprezentowania ich w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Warunki określone w art. 22 ust. 1 pkt 2 i 3 Prawa zamówień publicznych mogą być spełnione przez jednego z Wykonawców lub Wykonawców łącznie. Pozostałe warunki dotyczące Wykonawcy stosuje się odpowiednio do Wykonawców.
9. Pełnomocnictwo – jeśli Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik.
Forma pełnomocnictwa: oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez notariusza.
10. Wypełnione czytelnie, podpisane i opieczetowane przez osobę/osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy:
 - przedmiot zamówienia, wg załącznika nr 1A do SIWZ,
 - warunki gwarancji, serwisu, wg załącznika nr 1B do SIWZ,
 - formularz ofertowy, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SIWZ,
 - formularz asortymentowo – cenowy, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4.1- 4.12 SIWZ (w zależności od pakietu, do którego Wykonawca przystępuje),
 - formularz oświadczeń, wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do SIWZ,

Dokumenty, o których mowa w pkt. 1 mogą być przedstawione w formie oryginału albo kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy i opatrzone pieczęcią imienną.

Zamawiający wymaga, aby dokumenty określone w pkt. 10 sporządzone były zgodnie z załącznikami w pełnym brzmieniu. Tym samym zaleca się wypełnienie załączników nr 1, 2 oraz 4.1.-4.12, 5 na drukach stanowiących załączniki do niniejszej SIWZ.

VI. Wymagania dotyczące wadium

Zamawiający nie przewiduje obowiązku wniesienia wadium.

VII. Informacja o sposobie porozumiewania się zamawiającego z wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń i dokumentów, wskazanie osób uprawnionych do porozumiewania się z Wykonawcami

1. Zamawiający dopuszcza elektroniczną formę porozumiewania się z Wykonawcami za pomocą e-maila oraz faxu. Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują

- oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje faxem lub drogą elektroniczną, każda ze stron na żądanie drugiej potwierdza fakt ich otrzymania.
2. Zgodnie z art. 38 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
 3. Zamawiający niezwłocznie udzieli wyjaśnień, nie później jednak niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem że wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.
 4. Zgodnie z art. 38 ust. 1a ustawy Prawo zamówień publicznych, jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynie po upływie terminu składania wniosków, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania.
 5. Zgodnie z art. 38 ust. 1b ustawy Prawo zamówień publicznych przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 2.
- Do kontaktu z Wykonawcami w sprawach jw. upoważniony jest Dział Zamówień Publicznych i Zawierania Umów, tel: (032) 41 30 130, fax: (032) 41 30 131
e – mail: zamowieniapubliczne@szpital.sosnowiec.pl

VIII. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Wykonawca winien zapoznać się ze wszystkimi rozdziałami oraz załącznikami składającymi się na Specyfikację Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę, zgodnie z wymaganiami określonymi w nin. Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia na dowolne części zamówienia lub na całość przedmiotu zamówienia z podziałem na części.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić według warunków i postanowień SIWZ. W przypadku, gdy jakakolwiek część z tych dokumentów nie dotyczy Wykonawcy Zamawiający zaleca wpisanie : „nie dotyczy”.
4. Ofertę należy sporządzić czytelnie w języku polskim w formie pisemnej.
5. Oferta, a także wszelkie składane oświadczenia muszą być podpisane przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy. Każda strona oferty powinna być parafowana przez osobę podpisującą ofertę. Podpisy powinny być czytelne lub opatrzone imienną pieczęcią.
6. Wszystkie dokumenty i oświadczenia w językach obcych należy dostarczyć przetłumaczone na język polski.
7. Oferta wraz z wszystkimi załączonymi dokumentami i oświadczeniami powinna stanowić jedną całość. Wszystkie strony należy połączyć ze sobą (zszyć, spiąć, zbindować lub w inny sposób).
8. Wszelkie poprawki lub zmiany dokonane w treści oferty muszą być parafowane przez osoby wskazane w pkt. 5. Brak parafy powoduje uznanie poprawki za nieistniejącą.
9. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.) powinny być umieszczone w kopercie z napisem „Tajemnica przedsiębiorstwa”.
10. Ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie, opisanej w następujący sposób:

Nazwa, adres Wykonawcy:.....

Oferta do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na: DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO – WYPOSAŻENIE ODDZIAŁU DERMATOLOGII, ODDZIAŁU GERIATRII , ZOL, OTOLARYNGOLOGII, FIZJOTERAPII I UDAROWEGO

nr sprawy ZZP-2200-104/12

przystępujemy do: PAKIET nr.....

Nie otwierać przed: 09.11.2012r., godz. 10³⁰»

11. Wycofanie oferty lub jej zmiany:

- a) Wykonawca może wprowadzić zmiany do złożonej oferty bądź wycofać ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian bądź wycofaniu oferty przed upływem terminu składania ofert
- b) Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone na takich samych zasadach jak składana oferta – w zamkniętej kopercie odpowiednio oznakowanej napisem „zmiana”.
- c) Koperty oznaczone napisem „zmiana” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Wykonawcy, który wprowadził zmianę i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonania zmian zostaną dołączone do oferty.
- d) Oferta wycofana zostanie zwrócona Wykonawcy na jego koszt.

IX. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą wynosi 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.

X. Miejsce i termin składania i otwarcia ofert

1. Oferty należy złożyć w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Miejskim w Sosnowcu, 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1, Sekretariat III piętro **do dnia 09.11.2012r. do godz. 10⁰⁰**.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Wykonawcy zgodnie z art. 84 ust.2 ustawy Prawo zamówień publicznych.
3. Zamawiający otworzy oferty **w dniu 09.11.2012r. o godz. 10³⁰** w Dziale Zamówień Publicznych i Zawierania Umów, budynek przy portierni głównej, 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1. Otwarcie ofert jest jawne.

XI. Opis sposobu obliczenia ceny

1. Wykonawca poda cenę ofertową na formularzu ofertowym (załącznik nr 2).
2. Oferta musi zawierać ostateczną, sumaryczną cenę obejmującą wszystkie koszty z uwzględnieniem wszystkich opłat i podatków.
3. Cena oferty powinna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmujący wartość oferty, koszty dostawy do Zamawiającego, ubezpieczenia na czas transportu.
4. W formularzu asortymentowo – cenowym wartość asortymentu netto należy wyliczyć jako iloczyn kolumny 4 i kolumny 5, wartość brutto suma kolumny brutto, wartość netto – suma kolumny netto.
5. Ceny jednostkowe, cena łączna, podatek VAT należy podać do dwóch miejsc po przecinku.
6. Cena ma być wyrażona w złotych polskich.
7. Cena winna być obliczona na podstawie cen jednostkowych wg asortymentu określonego w załączniku nr 4.1.- 4.12.

UWAGA! Wszystkie kwoty wskazane w formularzu ofertowym i formularzu asortymentowo-cenowym należy podać w zaokrągleniu do pełnych groszy (do dwóch miejsc po przecinku) zgodnie z zasadą określoną w §5 ust. 6 Rozporządzenia Ministra

Finansów z dnia 28 listopada 2008 r. w sprawie zwrotu podatku niektórym podatnikom, wystawiania faktur, (...) (Dz. U. Nr 212, poz. 1337)- "końcówki poniżej 0,5 grosza pomija się, a końcówki 0,5 grosza i wyższe zaokrągla się do 1 grosza".

XII. Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów oraz sposobu oceny ofert

Cena – 100%

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za cenę :

C_{\min} – cena najniższa spośród badanych ofert

C_n – cena badanej oferty

100 – stały współczynnik

P – liczba punktów

$$P = (C_{\min} / C_n) \times 100 \times 100\%$$

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z największą liczbą punktów.

Każda część (pakiet) stanowi oddzielny przedmiot zamówienia i będzie rozpatrywana oddzielnie.

XIII. Zabezpieczenie należytego wykonania umowy

Zamawiający nie wymaga zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

XIV. Pozostałe reguły postępowania

1. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej, nie ustanawia dynamicznego systemu zakupów oraz nie zamierza zawrzeć umowy ramowej.
2. Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę w ofercie części zamówienia, której wykonanie powierzy podwykonawcom.
3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.
4. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających określonych w art. 67 ust. 1, pkt. 7 ustawy Pzp.

XV. Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy w sprawie zamówienia publicznego

Wzór umowy stanowi załącznik nr 3.

XVI. Informacje o formalnościach, jakie powinny być dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.

1. Zamawiający zawrze umowę w sprawie zamówienia publicznego, z zastrzeżeniem art. 183, w terminie nie krótszym niż 5 dni od dnia przesłania zawiadomienia (faks lub drogą elektroniczną) o wyborze najkorzystniejszej oferty.
2. Zamawiający może zawrzeć umowę przed terminem 5 dni od dnia przekazania informacji o wyborze oferty, jeżeli:
 - a) do postępowaniu zostanie złożona tylko jedna oferta,
 - b) nie zostanie odrzucona żadna oferta,
 - c) nie zostanie wykluczony żaden Wykonawca.
3. Miejsce i termin podpisania umowy Zamawiający wskaże wybranemu w wyniku niniejszego postępowania Wykonawcy.
4. Jeżeli wybrana oferta została złożona przez Wykonawców, o których mowa w art. 23 ustawy Prawo zamówień publicznych, Zamawiający będzie żądał przed zawarciem umowy w sprawie niniejszego zamówienia umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.

XVII. Pouczenie o środkach ochrony prawnej przysługujących wykonawcy w toku postępowania o udzielenie zamówienia

1. W toku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Wykonawcy przysługują środki ochrony prawnej przewidziane w Dziale VI ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2010r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.).
2. Zastosowanie mają także następujące przepisy wykonawcze:
 - a) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie regulaminu postępowania przy rozpoznawaniu odwołań (DzU nr 48, poz. 280),
 - b) rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 marca 2010 r. w sprawie wysokości oraz sposobu pobierania wpisu od odwołania oraz rodzajów kosztów w postępowaniu odwoławczym i sposobu ich rozliczania (DzU nr 41, poz. 238).

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 1

Przedmiot zamówienia: Inhalatory pneumatyczne

Lp.	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/ podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone
1	Oferent/ Producent	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
5	Zasilanie sieciowe 230V, 50 Hz	Tak	
6	Tryb pracy – praca ciągła	Tak	
7	Poziom hałasu 55dBa (+/- 2 dBa)	Tak, podać	
8	Ciśnienie pracy do 1,3 bar (+/- 0,2 bar)	Tak, podać	
9	Wskaźnik ciśnienia	Tak	
10	Max.przepływ 16 l/min (+/- 2 l/min)	Tak, podać	
11	Nebulizacja 0,6 ml/min. (+/- 0,1 ml/min.)	Tak, podać	
12	Wielkość cząstek 2,75 µm (+/- 0,5 µm)	Tak, podać	
Wyposażenie dodatkowe			
1	Wózek na kółkach pod inhalator - 4 szt.	Tak	
2	Maski dla dorosłych 40 szt.	Tak	
3	Kompletne zestawy wielorazowe – 8 szt.	Tak	
Warunki gwarancji i serwisu			
1	Przeglądy techniczne bezpłatne w okresie gwarancji – ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta, nie mniej niż jeden w roku.	Tak, podać	
2	Okres pełnej gwarancji – min. 24 miesiące liczony od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu przez Zamawiającego	Tak, podać	
3	Założenie paszportu technicznego	Tak	
4	Czas reakcji na zgłoszenie awarii – max 48h od momentu zgłoszenia (w dni robocze)	Tak, podać	
5	W przypadku naprawy wagi bądź jej elementów trwającej dłużej niż dwa tygodnie - urządzenie zastępcze na	Tak	

	czas naprawy oraz przedłużenie gwarancji o czas naprawy wykonywanej w autoryzowanym serwisie.		
6	W przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy okres gwarancji (24 miesiące), liczony od momentu wymiany przedmiotu na nowy.	Tak	
7	Lokalizacja serwisu gwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak	
8	Koszty transportu do i z serwisu w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca	Tak	
9	Lokalizacja serwisu pogwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak	
10	Instrukcja obsługi w języku polskim – 5 szt.	Tak	

.....
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 2

Przedmiot zamówienia: Wózek transportowo-kąpielowy z zestawem magnetycznych pasów bezpieczeństwa

LP	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/ podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone
1.1	Oferent/ Producent	Podać	
1.2	Nazwa i typ	Podać	
1.3	Kraj pochodzenia	Podać	
1.4	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
Warunki ogólne			
2.1	Możliwość transportu i kąpeli w pozycji leżącej	Tak	
2.2	Wymiary: 1950 x 650 mm (+/- 50 mm na każdej wartości granicznej)	Tak, podać	
2.3	Hydrauliczna regulacja wysokości siedziska w zakresie: min. 550 – 780 mm	Tak, podać	
2.4	Opuszczane bariereki boczne ułatwiające przełożenie pacjenta	Tak	
2.5	Dopuszczalne obciążenie min.140 kg	Tak, podać	
2.6	Konstrukcja i połączenia odporne na kontakt z wodą	Tak, podać	
2.7	Leżysko-wanna wykonana z PCV zaopatrzona w odpływ	Tak	
2.8	System kół wyposażony w blokadę	Tak	
2.9	Koło kierunkowe	Tak	
Wyposażenie:			
1	Łatwoślizg – podkład umożliwiający przemieszczanie chorego	Tak	
2	Pełny komplet barierek	Tak	
3	Poduszka dla pacjenta	Tak	
4	Zestaw magnetycznych pasów bezpieczeństwa	Tak	
5	Wąż odpływowy	Tak	
Warunki gwarancji i serwisu			
1	Przeglądy techniczne bezpłatne w okresie gwarancji – ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta, nie mniej niż jeden w roku.	Tak, podać	
2	Okres pełnej gwarancji – min. 24 miesiące liczony od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu przez Zamawiającego	Tak, podać	
3	Założenie paszportu technicznego	Tak	
4	Czas reakcji na zgłoszenie awarii – max 48h od momentu zgłoszenia (w dni robocze)	Tak, podać	
5	W przypadku naprawy wagi bądź jej elementów trwającej dłużej niż dwa tygodnie - urządzenie zastępcze na czas naprawy oraz przedłużenie gwarancji o czas naprawy wykonywanej w autoryzowanym serwisie.	Tak	
6	W przypadku wymiany przedmiotu	Tak	

	zamówienia na nowy okres gwarancji (24 miesiące), liczony od momentu wymiany przedmiotu na nowy.		
7	Lokalizacja serwisu gwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak	
8	Koszty transportu do i z serwisu w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca	Tak	
9	Lokalizacja serwisu pogwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak	
10	Instrukcja obsługi w języku polskim – 2 szt.	Tak	

.....
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 3

Przedmiot zamówienia: Aparat EKG

L.p.	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone.
1	Oferent/Producent	Podać	
1.1	Nazwa i typ	Podać	
1.2	Kraj pochodzenia	Podać	
1.3	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
2.1	Aparat EKG z kolorowym monitorem/wyświetlaczem, o przekątnej min. 5,7"	Tak/Podać	
2.2	Wyposażenie: kabel zasilający, kabel pacjenta i komplet elektrod przedsercowych i kończynowych dla dorosłych	Tak	
2.3	Aparat z klawiaturą alfanumeryczną i funkcyjną	Tak	
2.4	Zasilanie sieciowe i akumulatorowe	Tak	
2.5	Komunikacja w języku polskim	Tak	
2.6	Wbudowana drukarka	Tak	
2.7	Wydruk w trybie min. 3 kanałów	Tak/Podać	
2.8	Szerokość papieru min. 110 mm	Tak/Podać	
2.9	Sygnal EKG: 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
2.10	Detekcja impulsów stymulatora	Tak	
2.11	Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR)	Tak	
2.12	Sygnalizacja złego kontaktu poszczególnych elektrod	Tak	
2.13	Aparat 3,6 i 12 kanałowy	Tak	
2.14	Ręczny i automatyczny tryb pracy	Tak	
2.15	Ilość poziomów czułości min. 4 (2,5; 5; 10; 20 mm/mV)	Tak/Podać	
2.16	Ilość prędkości zapisu min. 4 (5; 10; 25; 50 mm/s)	Tak/Podać	
2.17	Filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak/Podać	
2.18	Analiza zapisów i interpretacja	Tak/Podać	
2.19	Funkcja archiwizacji danych	Tak	
3.1	Akcesoria zapasowe: <ul style="list-style-type: none"> • papier do EKG w ilości, min. 5 szt. • kabel pacjenta • komplet elektrod przedsercowych (przyssawki) i kończynowych (klipsy) - dla dorosłych • Żel EKG min. 1 szt. 	Tak/Podać	
3.2	Stolik jezdny	Tak	
4	Warunki gwarancji i serwisu		
4.1	Przeglądy techniczne bezpłatne w okresie gwarancji – ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta, nie mniej niż jeden	Tak/Podać	

	w roku		
4.2	Okres pełnej gwarancji – min. 24 miesiące liczony od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu przez Zamawiającego	Tak/Podać	
4.3	Założenie paszportu technicznego	Tak	
4.4	Czas reakcji na zgłoszenie awarii – max 48h od momentu zgłoszenia (w dni robocze)	Tak/Podać	
4.5	W przypadku naprawy urządzenia bądź jego elementów trwającej dłużej niż dwa tygodnie - urządzenie zastępcze na czas naprawy oraz przedłużenie gwarancji o czas naprawy wykonywanej w autoryzowanym serwisie	Tak	
4.6	W przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy okres gwarancji (24 miesiące), liczony od momentu wymiany przedmiotu na nowy	Tak	
4.7	Lokalizacja serwisu gwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak	
4.8	Koszty transportu do i z serwisu w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca	Tak	
4.9	Lokalizacja serwisu pogwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak	
4.10	Instrukcja obsługi w języku polskim – 2 szt.	Tak	

.....
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 4

Przedmiot zamówienia: Materace przeciwoleżynowe

L. p.	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzane
1.	Oferent / Producent	Podać	
2.	Nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
5.	Materac powietrzny statyczny wykonany z bardzo miękkiego poliuretanu	Tak	
6.	Rozmiar materaca 85 x 200 cm (+/- 5 cm)	Tak/Podać	
7.	Wysokość 10 cm (+/- 2 cm)	Tak/Podać	
8.	Materac w formie nakładki kładziony na materac piankowy	Tak	
9.	Profilaktyka i leczenie odleżyn do 2 stopnia włącznie (wg. skali 4 stopniowej)	Tak	
10.	Waga pacjenta min 180 kg	Tak/Podać	
11.	Odporny na uszkodzenia, nieprzemakalny, pokrowiec elastyczny rozciągany w 4 kierunkach, przepuszczalny dla pary wodnej i powietrza, ze zgrzewanymi szwami, z możliwością dezynfekcji i prania w temp. 95°C	Tak	
12.	Dodatkowy pokrowiec wewnętrzny eliminujący działanie sił ścinających podczas zmiany pozycji leża, z możliwością dezynfekcji i prania w temp. 70 OC	Tak	
13.	Skuteczność w zakresie redukcji sił nacisku i sił ścinających potwierdzona badaniami wykonanymi przez niezależne laboratorium badawcze	Tak	
14.	Zdolność do obniżania nacisku do poziomu poniżej 30 mmHg na całej powierzchni kontaktu u 100 % pacjentów o wadze do 80 kg - do potwierdzenia protokołem badań	Tak	
15.	Zawór CPR	Tak	
16.	Pasy mocujące do materaca piankowego	Tak	
17.	W komplecie pompa do napełniania materaca z regulacją poziomu ciśnienia powietrza w materacu w zależności od wagi i pozycji pacjenta w krokach 1-8 według zaleceń czytelnej etykiety umieszczonej na pompie	Tak	
18.	W komplecie kliny do pozycjonowania i zmiany pozycji pacjenta o wymiarach 70x26x15/5 cm (+/- 5 cm)wykonane z pianki HR w paroprzepuszczalnym pokrowcu przeznaczonym do czyszczenia i dezynfekcji powierzchniowej oraz prania w temp. 95OC-2szt.	Tak	

19.	Dodatkowy pokrowiec wewnętrzny eliminujący działanie sił ścinających podczas zmiany pozycji leża, z możliwością dezynfekcji i prania w temp. 70°C	Tak	
20.	Skuteczność w zakresie redukcji sił nacisku i sił ścinających potwierdzona badaniami wykonanymi przez niezależne laboratorium badawcze	Tak	

.....
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 5

Przedmiot zamówienia: Zestaw Holter

Lp	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/ podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone
1	Oferent/ Producent	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
5	Zestaw Holtera składający się z: rejestratora EKG, rejestratora ciśnienia, komputera z oprogramowaniami do analizy wyników z obu rejestratorów, drukarki laserowej, stolika pod komputer	Tak	
Oprogramowanie do analizy zapisów EKG metodą Holtera			
1	Edycja pobudzeń z każdego poziomu analizy	Tak	
2	Prezentacja histogramów pobudzeń	Tak	
3	Menu programu i raporty w języku polskim	Tak	
4	Komunikacja rejestratorów z komputerem poprzez kable podłączane do portów USB komputera	Tak	
5	Archiwizacja danych	Tak	
6	Analiza arytmii pochodzenia komorowego i nadkomorowego	Tak	
7	Analiza odcinka ST	Tak	
8	Analiza QT i QTc	Tak	
9	Możliwość konfiguracji raportu końcowego	Tak	
10	Możliwość korekty klasyfikacji każdego pobudzenia	Tak	
11	Baza danych pacjentów i badań	Tak	
Oprogramowanie do analizy i archiwizacji pomiarów ciśnienia krwi			
1	Wyświetlanie w formie tabelarycznej wszystkich wykonanych pomiarów z zaznaczeniem pomiarów wykonanych na żądanie	Tak	
2	Możliwość ręcznego wpisania komentarza do każdego pomiaru	Tak	
3	Informacja o błędnym pomiarze	Tak	
4	Możliwość ręcznej edycji progów ciśnienia dla wykonanego badania	Tak	
5	Możliwość automatycznego ustawienia progów ciśnienia	Tak	
6	Możliwość wpisania (i edycji) przez lekarza wywiadu, aktualnego leczenia z podaniem leków, ich dawki i częstotliwości podawania, opisu	Tak	
7	Prezentacja wyników statystycznych badania (ciśnienie skurczowe, rozkurczowe, częstość rytmu, MAP, PP, ładunek BP, DIP podczas snu) z podziałem na okresy i łącznie dla całego badania	Tak	
8	Możliwość eksportu raportu w formie pliku PDF	Tak	
Rejestrator EKG			

1	Rejestrator min. 3 kanałowy	Tak, podać	
2	Czujnik aktywności fizycznej pacjenta	Tak	
3	Czas ciągłego zapisu min. do 120 godz.	Tak, podać	
4	Zapis danych na karcie pamięci typu SD	Tak	
5	Detekcja pracy stymulatora	Tak	
6	Częstotliwość próbkowania min. 2000 Hz	Tak, podać	
7	Zasilanie z max 2 baterii lub akumulatorów AA	Tak, podać	
8	W zestawie z rejestratorem instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, ładowarka, kabel mini USB, hub USB 4 porty, futerał z trzema paskami dla pacjenta	Tak	
Rejestrator ciśnienia			
1	Pomiar ciśnienia metodą oscylometryczną	Tak	
2	Programowanie min. 3 okresów pomiarowych	Tak, podać	
3	Programowanie częstości pomiarów dla każdego okresu	Tak	
4	Możliwość wykonania min. 250 pomiarów	Tak, podać	
5	Zakres pomiaru tętna 25 – 260 mmHg (+/- 5 mmHg na każdej wartości granicznej)	Tak, podać	
6	Dokładność pomiaru max. +/- 3 mmHg	Tak, podać	
7	Mankiety - rozmiar do wyboru przez użytkownika – 2 szt.	Tak	
Wyposażenie dodatkowe – drukarka laserowa			
1	Maksymalna szybkość druku (mono) – 35 str./min.	Tak	
2	Maks. rozmiar nośnika - A4	Tak	
3	Rozdzielczość w pionie (mono) – 1200 dpi	Tak	
4	Rozdzielczość w poziomie (mono) – 1200 dpi	Tak	
5	Wydajność – 80000 str./m-c	Tak	
6	Gramatura papieru 60 – 163 g/m ²	Tak, podać	
7	Pojemność podajnika papieru – kasetowy na 250 szt., wielofunkcyjny na 50 szt.	Tak	
8	Pojemność tacy odbiorczej – 150 szt.	Tak	
9	Maks. pojemność podajników – 300 szt.	Tak	
10	Zainstalowana pamięć – min. 128 MB	Tak, podać	
11	Maksymalna wielkość pamięci – 384 MB	Tak	
12	Złącza zewnętrzne – USB 2.0, karta Ethernet 10/100/1000 Base TX	Tak	
13	Kabel RJ45 – dł. Min. 3.0 m	Tak, podać	
14	Obsługiwane języki drukarek (jeden z wymienionych) - PCL6; IBM Pro Printer; EPSON; SPL	Tak, podać	
15	Emulacje - PostScript Level 3	Tak	
16	Obsługiwane systemy operacyjne - Microsoft Windows 2000, Microsoft Windows XP (32-bitowe), Microsoft Windows XP (64-bitowe), Microsoft Windows Vista, Microsoft Windows 2003 Server, Microsoft Windows Server 2008, Microsoft Windows 7 (32-bitowe), Microsoft Windows 7 (64-bitowe), Microsoft Windows Server 2008 R2, Linux	Tak, podać	
17	Dodatkowe opcje - Automatyczny duplex Możliwość zastosowania tonera o wydajności	Tak	

	10 000 stron zgodnie z ISO / IEC 19752 Bęben światłoczuły zintegrowany z tonerem do drukarki. Toner startowy BLACK na 2000 stron		
Komputer PC z monitorem			
Minimalne wymagania			
1	PROCESOR: Zainstalowany jeden procesor dwurdzeniowy klasy x86.	Tak	
2	PAMIĘĆ RAM: Minimum 4 GB	Tak, podać	
3	DYSK TWARDY: Minimum 500 GB (min. SATA II; prędkość obrotowa min. 7200 obr/min.)	Tak, podać	
4	NAPĘD OPTYCZNY: Nagrywarka DVD z oprogramowaniem do odtwarzania płyt	Tak	
5	KARTA DŹWIĘKOWA: Zintegrowana	Tak	
6	KARTA SIECIOWA: Zintegrowana 10/100/1000 Mbit/s	Tak	
7	KARTA GRAFICZNA: Zintegrowana	Tak	
8	PORTY I/O: Minimum 6 portów USB 2.0	Tak, podać	
9	SYSTEM OPERACYJNY: <ul style="list-style-type: none"> • Licencja dla Windows 7 Professional • Preinstalowany fabrycznie na dysku twardej Windows 7 Professional w polskiej wersji językowej, OEM, 64 bit. • Dostarczony nośnik Windows 7 Professional OEM pozwalający na ponowną instalację systemu 32/64bit niewymagającą wpisywania klucza rejestracyjnego lub rejestracji poprzez Internet czy telefon • Sterowniki dla systemu operacyjnego MS Windows XP, MS Windows VISTA, MS Windows 7 Pro PL na nośniku optycznym CD lub DVD. 	Tak	
10	INNE: <ul style="list-style-type: none"> • Klawiatura standardowa 101 klawiszy PS/2 lub USB w układzie polski programisty • Mysz optyczna PS/2 lub USB ze scrollock z podkładką. Mysz oraz klawiatura z tym samym logo • Kabel sieciowy RJ45 1.8m 	Tak, podać	
11	DODATKOWE WYMAGANIA Komputera: <ul style="list-style-type: none"> • Deklaracja zgodności CE (załączyć do oferty) • Komputer musi być certyfikowany na zgodność z niżej wymienionymi systemami operacyjnymi: <ol style="list-style-type: none"> a) Windows 7 – x86 b) Windows 7 – x64 • (załączyć do oferty wydruk ze strony internetowej Microsoft WHCL) 	Tak	
12	MONITOR: kolorowy LCD 20" lub większy Zalecana rozdzielczość obrazu 1920 x 1080 pikseli Czas reakcji matrycy 5 ms	Tak, podać	

	Jasność minimum 250 cd/m ² Kontrast minimum 1000:1 System podświetlenia LED		
13	<p>GWARANCJA komputera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum 36 miesięcy gwarancji licząc od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu zamówienia przez Zamawiającego. Serwis na miejscu u Zamawiającego. • Czas reakcji serwisu - do końca następnego dnia roboczego od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego. • Jednostki centralne bez plomb gwarancyjnych producenta. • W przypadku awarii dysku twardego uszkodzony nośnik pozostaje u Zamawiającego. • Dostawca ponosi koszty napraw gwarancyjnych, włączając w to koszt części i transportu. 	Tak, podać	

.....
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 6

Przedmiot zamówienia: Urządzenie do krioterapii zasilane ciekłym azotem

Lp.	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/ podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone
1	Oferent/Producent	Podać	
2	Nazwa i typ/model	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
II.Parametry ogólne			
1	Urządzenie zasilane elektryczne 230V +/- 10%, 50 Hz	Tak, podać	
2	Kompletne urządzenie wraz z pełnym zbiornikiem o objętości 60L	Tak	
3	Czynnik chłodniczy – ciekły azot	Tak	
4	Temperatura strumienia gazu wylotowego - 160°C	Tak	
5	Regulacja intensywności nadmuchu	Tak	
6	Mobilna podstawa	Tak	
7	Czytelny wyświetlacz LCD w języku polskim	Tak	
8	Wykonanie z materiału nadającego się do dezynfekcji	Tak	
9	Pomiar wagowy ilości azotu w zbiorniku	Tak	
Warunki dodatkowe			
1	Zapasy zbiornik 60L do aparatu napełniony czynnikiem chłodzącym	Tak	
2	Wózek do bezpiecznego przewożenia zapasowego zbiornika o wytrzymałości wynikającej z ciężaru pełnego zbiornika	Tak	
3	Montaż i pierwsze uruchomienie w siedzibie Zamawiającego przeprowadza Dostawca	Tak	
4	Szkolenie personelu z obsługi urządzenia w terminie uzgodnionym przez obie strony	Tak	

.....
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 7

Przedmiot zamówienia: Mikroskop zabiegowy

L.p.	Parametr	Parametr wymagany	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone
1.	Oferent / Producent	Podać	
2.	Nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	TAK	
5.	Mobilna kolumna podłogowa na kołach gwarantująca stabilność oraz możliwość łatwego przemieszczania we wszystkich kierunkach	TAK	
6.	Maksymalny wysięg mikroskopu do góry min. 1750 mm	TAK/ Podać	
7.	Oświetlenie światłowodowe z płynną regulacją natężenia światła realizowaną za pomocą pokrętła znajdującego się bezpośrednio w zasięgu rąk operatora	TAK	
8.	Indywidualne hamulce wszystkich kół podstawy jezdnej	TAK	
9.	Wszystkie koła podstawy jezdnej skrętne	TAK	
10.	Oświetlenie halogenowe (główne i zapasowe)	TAK	
11.	Moc źródła światła głównego min. 100 W	TAK/ Podać	
12.	Wbudowane zapasowe źródło światła o mocy min. 100 W	TAK/ Podać	
13.	System łatwej zamiany przepalanej żarówki roboczej. Zmiana żarówki odbywa się po naciśnięciu przycisku.	TAK	
14.	Wyłącznik oświetlenia mikroskopu przy jego maksymalnym wysięgu w górę	TAK	
15.	Hamulce cierne poszczególnych ruchów statywu i mikroskopu realizowane poprzez pokrętła	TAK	
16.	Maksymalny wysięg ramion statywu nie mniej niż 1100 mm	TAK/ Podać	
17.	Możliwość pochylania głowicy mikroskopu w kierunku przód- tył	TAK	
18.	Możliwość pochylania głowicy mikroskopu na	TAK	

	boki		
19.	Mikroskop wyposażony w minimum 5-stopniowy zmieniacz powiększeń realizowany pokrętle	TAK/ Podać	
20.	Obiektyw o ogniskowej 300 mm ze zintegrowaną bezpośrednio w nim śrubą mikrometryczną umożliwiającą ostrzenie obrazu w zakresie min. 13 mm	TAK/ Podać	
21.	Średnica obiektywu 48 mm	TAK	
22.	Okulary operatora o powiększeniu min. 12,5 x	TAK/ Podać	
23.	Zakres korekcji wady wzroku operatora (w dioptriach) +5 do – 8	TAK/ Podać	
24.	Nasadka operatora	TAK	
25.	Apochromatyczna optyka mikroskopu	TAK	
26.	Mikroskop wyposażony w filtr zielony oraz filtry UV i IR	TAK	
27.	Oburęczny regulowany uchwyt do manewrowania mikroskopem. Strony uchwytu regulowane niezależnie od siebie	TAK	

.....
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 8

Przedmiot zamówienia: Optyki laryngologiczne

L.p.	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone.
1	Oferent/Producent	Podać	
1.1	Nazwa i typ	Podać	
1.2	Kraj pochodzenia	Podać	
1.3	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowa	Tak	
2	Optyka laryngologiczna kompatybilna z systemem WOLF	Tak	
2.1	Kąt patrzenia 0 stopni	Tak	
2.2	Optyka szerokokątna	Tak	
2.3	System soczewek wałeczkowych	Tak	
2.4	Średnica 4 mm	Tak	
2.5	Długość 175 – 180 mm	Tak	
2.6	Minimalny kąt pola widzenia 101 stopni	Tak/Podać	
2.7	Optyka autoklawowalna	Tak	
3	Warunki gwarancji i serwisu		
3.1	Okres pełnej gwarancji – min. 12 miesięcy liczony od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu przez Zamawiającego	Tak/Podać	
3.2	Czas reakcji na zgłoszenie awarii – max 48h od momentu zgłoszenia (w dni robocze)	Tak/Podać	
3.3	Urządzenie zastępcze na czas naprawy	Tak	
3.4	Wymiana przedmiotu zamówienia na nowy w przypadku: - stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie odbioru - wystąpienia max 3 awarii przedmiotu zamówienia w ciągu pierwszych 12 miesięcy eksploatacji - braku możliwości naprawy	Tak	
3.5	W przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy okres gwarancji, liczony od momentu wymiany przedmiotu na nowy	Tak	
3.6	Koszty transportu do i z serwisu w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca	Tak	
3.7	Lokalizacja serwisu gwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak/Podać	
3.8	Lokalizacja serwisu pogwarancyjnego: adres, telefon, fax, dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Tak/Podać	
3.9	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 9

Przedmiot zamówienia: Kabina audiometryczna modułowa

L.p .	Parametr	Parametr wymagany	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone
1.	Oferent / Producent	Podać	
2.	Nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	TAK	
5.	Kabina modułowa	TAK	
6.	Wymiary wewnętrzne: -szerokość 65 cm (+/- 5 cm) -głębokość 85 cm (+/- 5 cm) -wysokość 200 cm (+/- 10 cm)	TAK/ Podać	
7.	Wymiary zewnętrzne : -szerokość 85cm(+/- 5 cm) -głębokość 105 cm(+/- 5 cm) -wysokość 220 cm(+/- 10 cm)	TAK/ Podać	
8.	Wentylacja elektryczna niskoszumowa	TAK	
9.	Drzwi otwierane na prawą lub lewą stronę	TAK/ Podać	
10.	Moduły łączone w sposób umożliwiający ponowny demontaż i przeniesienie kabiny	TAK	
11.	Ekranowanie magnetyczne i elektryczne	TAK	
12.	Przepust na kable elektroakustyczne	TAK	
13.	Kabina wykonana z materiałów niepalnych	TAK	
14.	Powierzchnia zewnętrzna- wykonana z łatwo zmywalnego materiału	Tak	
15.	Tłumienność komory więcej niż 40 dB w zakresie od 500 do 8000 Hz	Tak/Podać	
16.	Dostawa i montaż kabiny w miejscu wskazanym przez Zamawiającego w cenie oferty	Tak	

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 10

Przedmiot zamówienia: Zestaw do diagnostyki i chirurgicznego leczenia zespołu bezdechów sennych

L.p.	Parametr	Parametr wymagany	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone
1.	Oferent / Producent	Podać	
2.	Nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
5.	Przenośne urządzenie do diagnostyki zaburzeń snu umożliwiające badanie diagnostyczne, polegające na całonocnym monitorowaniu parametrów pacjenta, ich zapisywaniu i analizie	Tak	
6.	Kompaktowa budowa urządzenia- bezobsługowego (nie wymagająca obsługi przez pacjenta)	Tak	
7.	Rejestrator danych (zasilanie bateryjne lub akumulatorowe)	Tak	
8.	Zasilacz w przypadku zasilania akumulatorowego	Tak/Nie	
9.	Wymiary : 157mm x 85mm x 30 mm (+/- 5 mm dla każdego wymiaru)	Tak/Podać	
10.	Waga urządzenia z baterią lub akumulatorami max 500 gr	Tak/Podać	
11.	Cewnik umożliwiający pomiar ciśnienia i temperatury zawierający dwa czujniki ciśnienia i temperatury.	Tak	
12.	Pulsoksymetr	Tak	

13.	Oprogramowanie do: - Ustawienie parametrów rejestratora -Odczyt zapisu i sugerowanej diagnoza po automatycznej analizie zapisu	Tak	
14.	Czytnik kart Compact Flash (CF)	Tak	
15.	Karta Compact Flash (CF) do rejestracji zapisu	Tak	
16.	Oklejka jednorazowa na nos - 200 szt.	Tak	
17.	Oklejka na palec - 200 szt.	Tak	
18.	Laptop min. 15 cala, Windows, drukarka		
19.	Parametry rejestrowane podczas badania: <ul style="list-style-type: none"> • bezdech • przepływ powietrza przez nos • ciśnienie pod podniebieniem miękkim • przepływ powietrza przez gardło • ciśnienie w przełyku • saturacja • puls • głośność chrapania • pozycja ciała 	Tak	
20.	Mikrochirurgiczny generator RF	Tak	
21.	Urządzenie programowalne dla przynajmniej trzech ustawień operatora z pamięcią ustawień	Tak	
22.	Urządzenie posiadające funkcję dynamicznego pomiaru impedancji tkanki i regulujące moc podawaną zależnie od wzrostu impedancji tkanki	Tak	
23.	Zakres mocy urządzenia minimum 60-100W w trybie monopolarnym i 40-100W w trybie bipolarnym	Tak	
24.	System umożliwiający podawanie energii w impulsach, w wyniku czego nie dochodzi do odkształcania komórek tkanki	Tak	

	lub trwałego ich zniszczenia		
25.	Zmniejszanie objętości tkanki z wykorzystaniem fal prądowych wysokiej częstotliwości ≥ 4 MHz	Tak	
26.	Urządzenie z systemem zabezpieczającym typu Auto Stop, wyłączające podawanie mocy przez urządzenie po efekcie skoagulowania tkanki	Tak	
27.	Osprzęt do urządzenia wielorazowy, możliwość sterylizacji w autoklawie. Płytki pacjenta jednorazowe możliwość zakupu wielorazowej.	Tak	
28.	Częstotliwość pracy 4 MHz (+/- 0,5 Mhz) w trybie mono- i bipolarnym	Tak/Podać	
29.	Generator RF	Tak	
30.	Wózek na generator - wyposażony w uchwyt na przełącznik nożny , dwa kosze na akcesoria, mocowanie generatora, blokowane kółka	Tak	
31.	Dwupedałowy przełącznik nożny : cięcie, koagulacja, kabel min 4 m	Tak/Podać	
32.	Przewód biopolarny - dł. min 3 m	Tak/Podać	
33.	Rękojeść monopolarna - cięcie , koagulacja, trzon 2,5 mm, przewód 3 m	Tak/Podać	
34.	Przewód do jednorazowych płytek pacjenta, min 3 m	1.Tak/Podać	
35.	Jednorazowe płytki pacjenta - 50 szt.	Tak	
36.	Bipolarna elektroda igłowa typu "Binner" z izolacją ochronną, dł. Robocza 110 mm - 2 szt.	Tak	
37.	Bipolarna elektroda igłowa do zabiegów na podniebieniu miękkim, z izolacją ochronną,	Tak	

	długość robocza 110 mm - 2 szt.		
38.	Bipolarna elektroda igłowa do zabiegów na łukach podniebiennych tylnych, z izolacją ochronną, długość robocza 110 mm - 2szt.	Tak	
39.	Elektroda monopolarna 0,3 mm , dł. Robocza 65mm zagięta - 2 szt.	Tak	
40.	Pęseta bagnetowa , długość 20 cm, końcówka 1 mm nie klejąca - 1 szt.	Tak	
41.	Bipolarna elektroda igłowa do zabiegów na nasadzie języka, z izolacją ochronną , długość robocza 110 mm -2 szt.	Tak	
42.	Bipolarna elektroda igłowa do zabiegów na migdałkach językowych , z izolacją ochronną, długość robocza 110 mm - 1 szt.	Tak	
43.	Bipolarna elektroda do koagulacji migdałków gardłowych, dł. 110mm, kąt wygięcia 45 stopni - 1 szt.	Tak	
44.	Bipolarna elektroda do koagulacji migdałków gardłowych, dł. 110mm, kąt wygięcia 90 stopni- 1 szt.	Tak	
45.	Bipolarna elektroda do koagulacji nosa, długość robocza 80 mm - 1 szt.	Tak	
46.	Bipolarna elektroda do koagulacji krtani, dł 270 mm - 1 szt	Tak	
47.	Elektroda do tonsillektomii, wygięta 65 mm - 1 szt	Tak	

48.	Ssak monopolarny, elastyczny- 3,3 mm, dł. Robocza 13 cm - 1 szt.	Tak	
49.	Ssak monopolarny, elastyczny- 3,3 mm, dł. Robocza 25,5 cm (+/- 1,5 cm)- 1 szt.	Tak/Podać	
50.	Elektroda monopolarna do mikro preparacji dł. Robocza 210 mm - 1 szt	Tak	
51.	Zacisk bipolarny długość robocza 18 cm - 1 szt.	Tak	
52.	Bipolarny przewód do zacisku bipolarnego - 1 szt.	Tak	
53.	Elektroda kulkowa 3 mm, dł. Robocza 20 mm - 1 szt.	Tak	
54.	Pojemnik i taca na instrumety do sterylizacji - 2 szt.	Tak	
55.	Video-okulary Frenzel'a z możliwością podglądu na monitorze min 12'' z zasilaczem i ładowarką .	Tak/Podać	

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 11

Przedmiot zamówienia: Kardiomonitor - 5 szt. wraz z centralą monitorującą

L.p.	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone.
1	Oferent/Producent	Podać	
1.1	Nazwa i typ	Podać	
1.2	Kraj pochodzenia	Podać	
1.3	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
2	Kardiomonitor (5 szt.) wraz z centralą monitorującą	Tak	
2.1	Kardiomonitor zasilany z sieci oraz z wbudowanego akumulatora podtrzymującego pracę przez min. 60 minut	Tak/Podać	
2.2	Kardiomonitor o budowie kompaktowej (ekran oraz moduły pomiarowe w jednej, wspólnej obudowie) wyposażony w uchwyt do przenoszenia	Tak/Podać	
2.3	Wbudowany, kolorowy wyświetlacz LCD TFT o przekątnej ekranu min. 19 cali	Tak/Podać	
2.4	Jednoczesna prezentacja min. 5 krzywych dynamicznych na wybranym ekranie	Tak/Podać	
2.5	Trendy min. 72 h (graficzne i tabelaryczne)	Tak/Podać	
2.6	Obsługa kardiomonitora poprzez ekran dotykowy	Tak	
2.7	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	Tak	
2.8	Kardiomonitor chłodzony konwekcyjnie	Tak	
2.9	Alarmy min. trzystopniowe z możliwością zawieszania czasowego i na stałe	Tak/Podać	
2.10	Zapis w pamięci monitora min. 300 zdarzeń alarmowych z zapisem wszystkich wartości liczbowych oraz wszystkich fal dynamicznych	Tak/Podać	
2.11	Ciągły zapis w pamięci kardiomonitora wszystkich monitorowanych wartości liczbowych i wszystkich monitorowanych fal dynamicznych z okresu min. 72 h	Tak/Podać	
2.12	Możliwość konfigurowania i zapamiętywania przez użytkownika min. 8 ekranów	Tak/Podać	
2.13	Wbudowane złącze USB do przenoszenia wszystkich danych (wartości cyfrowych i krzywych dynamicznych)	Tak	
3	Wbudowany moduł EKG/ST/Arytm/Resp	Tak	
3.1	Monitorowanie EKG z kabla 3 lub 5 żyłowego	Tak/Podać	

3.2	Zakres częstości akcji serca: min. 15-300 1/min	Tak/Podać	
3.3	Detekcja stymulatora serca	Tak	
3.4	Analiza odcinka ST z min. 6 odprowadzeń jednocześnie	Tak/Podać	
3.5	Analiza min. 10 arytmii	Tak/Podać	
3.6	Respiracja metodą impedancyjną	Tak	
3.7	Częstość oddechu w zakresie min. 0-150/min	Tak/Podać	
3.8	Alarm bezdechu w zakresie min. 10 - 40 s	Tak/Podać	
3.9	Prezentacja fali oddechu	Tak	
3.10	Wyposażenie do modułu: 2 kable EKG	Tak	
4	Wbudowany moduł SpO2 odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe typu Nellcor OxiMax	Tak/Podać	
4.1	Prezentacja krzywej pletyzmograficznej	Tak	
4.2	Wartość saturacji w zakresie min. 10-100%	Tak/Podać	
4.3	Tętno obwodowe w zakresie min. 20-240 bpm	Tak/Podać	
4.4	Wyposażenie do modułu: 2 przedłużacze SpO2 i 2 wielorazowe czujniki SpO2 typu klips na palec	Tak	
5	Wbudowany moduł nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia	Tak	
5.1	Zakres min. 20-250 mmHg	Tak/Podać	
5.2	Pomiar automatyczny oraz na żądanie	Tak	
5.3	Pomiar i jednoczesna prezentacja ciśnienia skurczowego, średniego i rozkurczowego	Tak	
5.4	Wyposażenie: 6 mankietów dla dorosłych w 3 rozmiarach oraz 2 wężyki z szybko-złączkami	Tak	
6	Wbudowany moduł temperatury	Tak	
6.1	Zakres pomiarowy min. 10 - 45 °C	Tak/Podać	
6.2	Wyposażenie: sonda powierzchniowa dla dorosłych		
7	Półka (5 szt.) pod kardiomonitor, montowana do ściany	Tak	
8	Możliwość rozbudowy o kolejne kanały, np. ciśnienie krwi, kapnometrię, pomiar rzutu serca, rejestrator termiczny i inne	Tak/Podać	
9	Centrala monitorująca – 1 szt.	Tak	
9.1	Obserwacja min. 6 stanowisk jednocześnie	Tak/Podać	
9.2	Kolorowy monitor min. 19 cali	Tak/Podać	
9.3	Centrala współpracująca z opisanymi wyżej 5 kardiomonitorami	Tak	
9.4	Ilość wyświetlanych przebiegów falowych z każdego łóżka w przypadku zbiorczej prezentacji wszystkich stanowisk – min. 6 (nie	Tak/Podać	

	tylko EKG)		
9.5	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	Tak	
9.6	Wpisywanie danych pacjenta z pozycji centrali i bezpośrednio w kardiomonitorach	Tak	
9.7	Archiwizacja wszystkich parametrów tj. wszystkich monitorowanych krzywych dynamicznych oraz wszystkich wartości cyfrowych i trendów z min. 72 godz. monitorowania	Tak/Podać	
9.8	Zapis trendów graficznych i tabelarycznych z min. 72 godz.	Tak/Podać	
9.9	Możliwość wydruku na sieciowej drukarce laserowej w formacie A4	Tak	
9.10	Możliwość zmiany ustawień alarmowych w monitorach z pozycji centrali	Tak	
9.11	Możliwość zmiany jasności ekranów w kardiomonitorach z pozycji centrali	Tak	
9.12	Komunikacja interaktywna w ramach systemu: monitor-centrala, centrala-monitor	Tak	
9.13	Sieć przesyłania danych: ETHERNET	Tak	
9.14	Wyposażenie: drukarka laserowa umożliwiająca wydruki z centrali i poszczególnych monitorów, zapasowy toner, ryza papieru	Tak	
9.15	Montaż pótek po stronie Wykonawcy	Tak	
9.16	Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć materiały i akcesoria instalacyjne, zamontować, skonfigurować i uruchomić przedmiot zamówienia, bez dodatkowych zakupów ze strony Zamawiającego	Tak	

.....
 (podpis i pieczętka osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

PAKIET 12

Przedmiot zamówienia: Defibrylator

L.p.	Parametry	Warunek	Parametr oferowany/podać zakresy lub opisać. Wskazać stronę w ofercie na której wymagane informacje są potwierdzone.
1	Oferent/Producent	Podać	
1.1	Nazwa i typ	Podać	
1.2	Kraj pochodzenia	Podać	
1.3	Rok produkcji 2012, fabrycznie nowy	Tak	
2	Defibrylator przeznaczony dla dorosłych	Tak	
2.1	Defibrylacja dwufazowa	Tak	
2.2	Możliwość wykonania kardiowersji	Tak	
2.3	Zasilanie sieciowe z wbudowanym akumulatorem	Tak	
2.4	Samoczynne ładowanie akumulatora podczas pracy z zasilaniem sieciowym	Tak	
2.5	Waga defibrylatora gotowego do pracy, max.10kg	Tak/Podać	
2.6	Zakres wyboru energii w J min. 5-360 J	Tak/Podać	
2.7	Czas ładowania do 200 J max 6 sek	Tak/Podać	
2.8	Dostępne poziomy energii defibrylacji zewnętrznej, min. 15	Tak/Podać	
2.9	Defibrylacja ręczna/półautomatyczna AED	Tak	
2.10	Defibrylacja synchroniczna/asynchroniczna	Tak	
2.11	Stymulacja przezskórna	Tak	
2.12	Regulacja prądu stymulacji w zakresie min. 30 – 140 mA	Tak/Podać	
2.13	Częstotliwość imp/minutę w zakresie min. 40-160	Tak/Podać	
2.14	Monitorowanie EKG min. 3 odprowadzeniowe	Tak/Podać	
2.15	Wyświetlanie częstości tętna	Tak	
2.16	Zakres pomiaru tętna min. 20-300 u/min	Tak/Podać	
2.17	Tryb auto test	Tak	
2.18	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	Tak	
2.19	Przekątna monitora min. 5,5 cala	Tak/Podać	
2.20	Wydruk zapisu na papierze o szerokości min. 50 mm	Tak/Podać	
2.21	Pomiar SpO2 przez czujnik wielorazowy typu klips, odporny na niskie przepływy i zakłócenia ruchowe	Tak/Podać	
2.22	Możliwość obserwacji krzywej pletyzmograficznej na ekranie	Tak	
3	Akcesoria zapasowe: <ul style="list-style-type: none"> • Papier rejestracyjny, min. 3 szt • Żel kontaktowy, min. 1 szt. • Elektrody samoprzylepne do defibrylacji/stymulacji min. 1 komplet 	Tak/Podać	

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

GWARANCJA , SERWIS

(wypełnić oddzielnie dla każdego pakietu – dotyczy pakietu nr 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12)

LP	Wyszczególnienie warunków Gwarancji i Serwisu	Warunki wymagane	Oferowane
1	Okres pełnej gwarancji Min 24 miesiące	Min 24 miesiące Podać	
1.1	Gwarancja liczona od Dnia protokolarnego odbioru przedmiotu przez Zamawiającego	Dnia protokolarnego odbioru przedmiotu przez Zamawiającego Tak	
1.2	Wymiana przedmiotu zamówienia na nowy w przypadku:	Stwierdzenia uszkodzenia zamówienia w trakcie odbioru Tak	
		Wystąpienia max 5 awarii przedmiotu w ciągu pierwszych 12 miesięcy eksploatacji Tak	
1.3	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy w przypadku:	Braku możliwości naprawy elementu/podzespołu Tak	
		Dwukrotnej naprawy tego samego elementu/podzespołu Tak	

1.4	Okres gwarancji w przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy	Tak jak oferowany w ofercie, liczony od momentu wymiany przedmiotu na nowy Tak	
1.6	Sposób zgłoszenia awarii przedmiotu zamówienia	Zamawiający zgłasza awarię telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę potwierdzając zgłoszenie faksem Tak	
1.7	Czas reakcji na zgłoszenie awarii = przyjazd serwisanta do Zamawiającego	Max 48h (w dni robocze) od momentu zgłoszenia Tak - podać	
1.8	Miejsce wykonywania naprawy	W pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy Tak	
1.9	Termin zakończenia naprawy wykonywanej w siedzibie Zamawiającego	Max 96h (w dni robocze) od momentu zgłoszenia Tak - podać	
1.10	Termin zakończenia naprawy wykonywanej w serwisie autoryzowanym Wykonawcy	Max 14 dni od momentu zgłoszenia Tak - podać	
1.11	Na czas naprawy przedmiotu zamówienia w autoryzowanym serwisie Wykonawcy	Wykonawca zobowiązuje się do wstawienia urządzenia zastępczego – tego samego typu Tak	
1.12	Przedłużenie gwarancji	O czas napraw wykonywanych w autoryzowanym serwisie Wykonawcy	

		Tak	
1.13	W okresie gwarancji, w przypadku konieczności naprawy w autoryzowanym serwisie Wykonawcy	Koszt transportu do i z serwisu pokrywa Wykonawca Tak	
1.14	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Min 10 lat Tak - podać	
1.15	Lokalizacja gwarancyjnego serwisu Wykonawcy (adres, nr telefonu)	Podać	
1.16	Lokalizacja pogwarancyjnego serwisu Wykonawcy (adres, nr telefonu)	Podać	
1.17	Ilość serwisów na terenie Polski, , ilość serwisantów	Podać	
1.18	Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń awarii	Podać	
1.19	Przeglądy techniczne bezpłatne w okresie gwarancji – ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta, nie mniej niż jeden w roku	Tak-Podać	
1.20	Urządzenie zastępcze na czas przeglądu gwarancyjnego i pogwarancyjnego w przypadku: konieczności wykonania przeglądu technicznego w serwisie, trwającego dłużej niż 48 h	Tak	

1.21	Założenie Paszportu Technicznego do urzędu	Tak	
------	--	-----	--

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

.....
(pieczęć firmowa)

Formularz oferty

Nazwa i adres Wykonawcy:

siedziba/adres:

Regon: NIP:

telefon:.....fax:

e-mail:.....

1. Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na **DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO – WYPOSAŻENIE ODDZIAŁU DERMATOLOGII, ODDZIAŁU GERIATRII , ZOL, OTOLARYNGOLOGII, FIZJOTERAPII I UDAROWEGO**, oferuję wykonanie przedmiotowego zamówienia na warunkach określonych w SIWZ:

Pakiet 1 - Inhalatory tłokowe do pracy ciągłej na wózkach

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 2 – Wózek-wanna

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 3 - Aparat EKG

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 4 – Materace przeciwoleżynowe

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 5 - Zestaw Holtera

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 6 – Urządzenie do krioterapii

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 7 – Mikroskop zabiegowy

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 8 – Optyki laryngologiczne

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 9 – Kabina audiometryczna

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 10 – Zestaw do bezdechu

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 11 – Kardiomonitoring i centrala

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Pakiet 12 - Defibrylator

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

2. Warunki płatności:

Oferujemy płatność w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury wystawionej po dostawie zamówionej części przedmiotu zamówienia.

3. Termin wykonania zamówienia :

Dostawy przedmiotu zamówienia odbywać się będą sukcesywnie w terminie:

- do 14 dni od daty zawarcia umowy (pakiet 1, 3, 4, 6),
- do 28 dni od daty zawarcia umowy (pakiet 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12),
jednak nie później niż do dnia 21.12.2012r.

4. Oświadczam, że następująca część zamówienia :

..... będzie powierzona podwykonawcom.

5. Oświadczam, że:

1. Projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany.
2. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na określonych w niej warunkach, miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Jestem związany niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
4. *Proponowany asortyment posiada dokumenty potwierdzające dopuszczenie oferowanych produktów do obrotu zgodnie z wymaganiami ustawy dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107 poz. 679) oraz z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie, które składamy wraz z ofertą.*

Data:

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 3
ZZP-2200-104/12

UMOWA NR - wzór

zawarta w dniu pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Szpitalem Miejskim w Sosnowcu,
41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w Katowicach,
Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000298176
posiadającym NIP: 644 337 38 32, Regon 240837054, będącego płatnikiem VAT,
reprezentowanym przez:

Dyrektora – Artura Nowaka

zwanym w dalszej części umowy „Zamawiającym”

a

firmą z siedzibą w, zarejestrowaną w /
wpisaną do pod nr
posiadającą NIP:, Regon nr,
kapitał zakładowy.....
reprezentowaną przez:

.....

zwaną w dalszej części umowy „Wykonawcą”.

W rezultacie przeprowadzenia przez Zamawiającego – zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004r. (tj. Dz.U. z 2010r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.) przetargu nieograniczonego znak **ZZP-2200-104/12** została zawarta umowa o następującej treści:

§1

PRZEDMIOT UMOWY

Przedmiotem umowy jest zakup wraz z **dostawą sprzętu medycznego – wyposażenie oddziału dermatologii, oddziału geriatry, zol, otolaryngologii, fizjoterapii i udarowego**, zwanego w dalszej części przedmiotu umowy urządzeniem, o parametrach technicznych i użytkowych szczegółowo określonych w Załączniku nr 1 do umowy, sporządzonym zgodnie z ofertą Wykonawcy.

§2

WYNAGRODZENIE

1. Całkowitą wartość przedmiotu umowy ustala się w oparciu o przedstawiony do przetargu nieograniczonego formularz oferty oraz formularz asortymentowo - cenowy na kwotę w wysokości :
Pakiet nr
netto: VATbrutto,
(słownie:00/100 zł), zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszej umowy.
2. Wartość brutto przedmiotu umowy zawiera koszt przedmiotu umowy oraz wszelkie koszty związane z dostarczeniem urządzenia do siedziby Zamawiającego, uruchomieniem, przeszkoleniem użytkowników urządzenia, zakładany zysk, należne podatki, koszt ubezpieczenia obowiązkowego, opakowania i inne koszty jeśli występują.

§ 3

SPOSÓB PŁATNOŚCI

1. Należność za zrealizowaną dostawę płatna będzie w złotych polskich na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT (opisanej numerem umowy i zawierającej opis

- zgodny z opisem pakietu), dostarczonej Zamawiającemu wraz z urządzeniem oraz podpisanym przez obie strony protokołem zdawczo-odbiorczym.
2. Zapłata za przedmiot umowy nastąpi po dokonaniu czynności, o których mowa w § 4 umowy, po podpisaniu protokołu zdawczo – odbiorczego w terminie do **30 dni** od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionego oryginału faktury.
 3. Faktura winna być wystawiona na sprzęt medyczny, który jest przedmiotem zamówienia, zgodnie z tabelą zawierającą ceny zawartą w załączniku nr 3 – formularz asortymentowo-cenowy.
 4. Za datę zapłaty strony przyjmują datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
 5. Upoważnia się Wykonawcę do wystawienia faktury VAT bez podpisu Zamawiającego.

§4

TERMINY I SPOSÓB REALIZACJI

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć urządzenie określone w § 1 w terminie:
 - do 14 dni od daty zawarcia umowy (pakiet 1, 3, 4, 6),
 - do 28 dni od daty zawarcia umowy (pakiet 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12),
jednak nie później niż do dnia 21.12.2012r.
2. Miejsce dostawy: Samodzielny Publiczny Szpital Miejski w Sosnowcu, ul. Szpitalna 1.
3. Termin dostawy sprzętu winien być uprzednio uzgodniony telefonicznie z Zamawiającym (z osobami sprawującymi nadzór nad prawidłową realizacją umowy).
4. Wraz ze sprzętem Wykonawca dostarczy Zamawiającemu:
 - instrukcje obsługi w języku polskim,
 - karty gwarancyjne.Brak wymienionych powyżej dokumentów spowoduje, że Zamawiający nie podpisze protokołu zdawczo-odbiorczego, nie przyjmie dostawy oraz dokona jej zwrotu na koszt Wykonawcy.
5. Dostawa, montaż i uruchomienie sprzętu nastąpi na koszt i ryzyko Wykonawcy.
6. Odpowiedzialność za sprzęt spoczywa na Wykonawcy do czasu zakończenia jego prawidłowego zamontowania, uruchomienia i sprawdzenia działania.
7. Wykonawca oświadcza, że dostarczone urządzenie jest fabrycznie nowe (rok produkcji 2012), kompletne i gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.
8. Ze strony Zamawiającego nadzór na prawidłową realizacją umowy łącznie z podpisaniem protokołu zdawczo-odbiorczego pełni:
 - Kierownik Działu Aparatury Medycznej, tel. nr 32 4130135.
9. Ze strony Wykonawcy nadzór na prawidłową realizacją umowy łącznie z podpisaniem protokołu zdawczo-odbiorczego pełni:
....., tel. nr.....

§5

GWARANCJA

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu pełnej bezpłatnej gwarancji na okres (minimum 24 miesiące dla pakietu nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, minimum 12 miesięcy dla pakietu nr 8) – licząc od dnia uruchomienia sprzętu i podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego.
2. Wykonawca ustala, że w okresie gwarancji, w przypadku wystąpienia jakichkolwiek awarii i usterek w urządzeniu, osobami reprezentującymi Wykonawcę odpowiedzialnymi za prawidłową reakcję na zgłoszenie awarii są:
 - a) w zakresiep.....tel.....

tel. kom.....

b) w zakresiep.....tel.....

tel. kom.....

3. Warunki gwarancji oraz serwisu określa **Formularz warunków gwarancji i serwisu – w Załączniku nr 2-** do umowy (pakiet 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12), zestawienie wymaganych parametrów technicznych – Załącznik nr 1 do umowy (pakiet 1, 2, 3, 8).
4. W przypadku wystąpienia różnic w zapisach pomiędzy kartą gwarancyjną, a zapisami dotyczącymi gwarancji i serwisu, przedłożonymi w ofercie, jako obowiązujące uznaje się zapisy znajdujące się w ofercie przedstawionej do postępowania przetargowego.

§ 6

KARY UMOWNE

1. Strony zastrzegają sobie prawo do naliczania kar umownych w przypadkach i wysokościach określonych umową.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną:
 - a) z tytułu odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi Wykonawca - w wysokości 30% wynagrodzenia umownego brutto, określonego w § 2 pkt.1,
 - b) z tytułu odstąpienia od umowy przez Wykonawcę z przyczyn, niezależnych od Zamawiającego - w wysokości 30% wynagrodzenia umownego brutto, określonego w § 2 pkt.1,
 - c) za zwłokę w terminie wykonania przedmiotu umowy - w wysokości 0,5% wynagrodzenia umownego brutto, określonego w § 2 pkt.1, za każdy dzień zwłoki,
 - d) za zwłokę w usunięciu wad lub braków stwierdzonych przy odbiorze - w wysokości 1,5 % wynagrodzenia umownego brutto, określonego w § 2 pkt.1, za każdy dzień zwłoki, liczonej od dnia wyznaczonego na usunięcie wad.
 - e) za zwłokę w usunięciu usterek w okresie gwarancyjnym, zgodnie z zapisami w **warunków gwarancji i serwisu – Załącznik nr 1 lub 2** - do umowy w wysokości 0,5% wynagrodzenia umownego brutto, określonego w § 2 pkt.1, za każdy dzień zwłoki.
3. Kary umowne, dotyczące zwłoki w oddaniu przedmiotu umowy oraz za zwłokę w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze, naliczone zgodnie z postanowieniami umowy są płatne na podstawie noty obciążeniowej, w terminie 7 dni od daty doręczenia noty stronie zobowiązanej. Zamawiający ma prawo potrącić kwoty kar umownych z należności wobec Wykonawcy.
4. W przypadku, gdy szkoda spowodowana niewykonaniem obowiązku wynikającego z niniejszej umowy przekracza wysokość kar umownych, poszkodowana tym strona może, niezależnie od kar umownych, dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych Kodeksu Cywilnego.
5. Zamawiający zapłaci Wykonawcy karę umowną:
 - z tytułu odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi Zamawiający - w wysokości 30% wynagrodzenia umownego brutto, określonego w § 2 pkt.1.

§ 7

SPORY

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych i Kodeksu cywilnego
2. Spory, mogące wynikać przy wykonywaniu niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie. W razie braku możliwości polubownego załatwienia sporów, będą one rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

3. W przypadku podjęcia rokowań w celu wyjaśnienia kwestii spornych lub zawarcia ugody strona kierująca rozstrzygnięcie sporu na drogę sądową zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia drugiej strony wraz z dokładnym określeniem warunków, od których spełnienia uzależnia odstąpienie od wniesienia pozwu.

§ 8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego przenosić wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiegokolwiek 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 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) ma zastosowanie.
2. Za naruszenie zobowiązania określonego w ust. 1, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5% wartości sprzedanej wierzytelności.
3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy mogą być dokonywane wyłącznie w formie pisemnego aneksu, podpisanego przez obie strony pod rygorem nieważności i będą dopuszczalne w granicach unormowania artykułu 144 powołanej ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający dopuszcza zmianę siedziby i adresu Wykonawcy.
4. W przypadku wystąpienia trudności z interpretacją postanowień niniejszej umowy Zamawiający i Wykonawca będą się posilkować postanowieniami SIWZ.
5. Umowa została sporządzona w 3-ch jednobrzmiących egzemplarzach: 2 egzemplarze dla Zamawiającego i 1 dla Wykonawcy.

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:

Załącznik nr 1 – Zestawienie wymaganych parametrów technicznych,
Załącznik nr 2 – Formularz warunki gwarancji i serwisu.
Załącznik nr 3 – Formularz asortymentowo – cenowy,

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 1

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto kol.7 + VAT
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Inhalatory pneumatyczne	szt.	4				
2.	Wózek do inhalatora	szt.	4				
	Razem:						

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 2

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Wózek transportowo-kąpielowy z zestawem magnetycznych pasów bezpieczeństwa	szt.	1				

Data:

.....
(podpis i pieczętka imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.3
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 3

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparat EKG	szt.	1				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.4
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 4

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Materace przeciwoleżynowe	szt.	10				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.5
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 5

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Zestaw Holter	zestaw	1				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.6
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 6

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Urządzenie do krioterapii zasilane ciekłym azotem	szt.	1				
2.	Zbiornik	szt.	1				
3.	Zbiornik	szt.	1				
4.	Wózek do zbiornika	szt.	1				
	Razem:						

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.7
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 7

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Mikroskop zabiegowy	szt.	1				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.8
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 8

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Optyki laryngologiczne	szt.	3				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.9
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 9

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Kabina audiometryczna modułowa	szt.	1				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.10
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 10

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Zestaw do diagnostyki i chirurgicznego leczenia zespołu bezdechów sennych	zestaw	1				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Załącznik nr 4.11
ZZP-2200-104/12

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 11

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Kardiomonitor	szt.	5				
2.	Centrala monitorująca	szt.	1				
	Razem:						

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

PAKIET NR 12

l.p	Asortyment	Jedn. miary	Ilość Jedn. miary	Cena jedn. netto	VAT w %	Wartość netto kol.4 x kol.5	Wartość brutto
	2	3	4	5	6	7	8
1.	Defibrylator	szt.	1				

Data:

.....
(podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
i o niepodleganiu wykluczeniu**

Przystępując do przedmiotowego postępowania
oświadczamy, że:

1. Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych spełniam warunki dotyczące:
 1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności,
 2. posiadania wiedzy i doświadczenia,
 3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
 4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.
2. Nie podlegam wykluczeniu o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Data:

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)