**Załącznik nr 1 otrzymuje nowe brzmienie:**

* + 1. **Załącznik nr 1 do SIWZ - Zestawienie asortymentowo - ilościowe i wymagania.**

1. **ZESTAWIENIE ASORTYMENTOWO - ILOŚCIOWE**

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWE**

**PAKIET 1**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Pododdział Onkologii - 5 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | Pompa infuzyjna objętościowa | 5 szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

**Parametry wymagane poz. 1 - Pompa infuzyjna objętościowa**

**POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagania Zamawiającego** | **Wymagania** | * + 1. **Parametr oceniany** | * + 1. **Wartość oferowana/ podać stronę z oferty na potwierdzenie oferowanego para**  1. **metru** |
|  | Spełnia wymagania „CE”, nr certyfikatu | TAK |  |  |
|  | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V 50 Hz | TAK |  |  |
|  | Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min IP 22 | TAK |  |  |
|  | Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1 : Klasa II, typ CF | TAK |  |  |
|  | **Wymagania podstawowe** |  |  |  |
|  | Pompa objętościowa do podawania dożylnego i dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | TAK |  |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min.8 godz. przy przepływie 125 ml/godz. | TAK |  |  |
|  | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny | TAK |  |  |
|  | Masa pompy wraz z uchwytem mocującym oraz transportowym ≤2 kg | TAK |  |  |
|  | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy | TAK |  |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę. | TAK |  |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do szyny poziomej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę. | TAK |  |  |
|  | Ręczne (nieautomatyczne) zamykanie drzwiczek | TAK |  |  |
|  | Funkcja programowania infuzji bez założonego drenu – przygotowanie pompy na przyjście pacjenta | TAK |  |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | TAK |  |  |
|  | Zakres szybkości infuzji 0,1 do 1500 ml/godz. | TAK |  |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |  |
|  | Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji. | TAK |  |  |
|  | Regulacja szybkości podaży bolusa 50 – 1500 ml/h | TAK |  |  |
|  | Dokładność pompy +/- 5% | TAK |  |  |
|  | Auto-test uruchamiany automatycznie po założeniu drenu sprawdzający prawidłową pracę pompy w połączeniu z weryfikacją założenia zestawu infuzyjnego – eliminacja ryzyka niekontrolowanego przepływu | TAK/NIE | **Tak -10 PKT.**  **Nie - 0 pkt.** |  |
|  | Praca w oparciu o dedykowane linie infuzyjne wyposażone w zastawkę silikonową, nie posiadające w swoim składzie lateksu oraz DEHP | TAK |  |  |
|  | Wszystkie zestawy współpracujące z pompą wyposażone są w automatycznie blokowany zacisk, zapobiegający swobodnemu przepływowi po otwarciu drzwiczek pompy oraz zacisk rolkowy na drenie | TAK |  |  |
|  | Mechanizm nie wywołujący hemolizy – dedykowane dreny do transfuzji oraz podaży leków krwiopochodnych | TAK |  |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml | TAK |  |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 168 godzin. | TAK |  |  |
|  | Ostrzeżenie przekroczenia czasu pracy założonego zestawu może być aktywowane i nastawione w zakresie od 1 minuty do 96 godzin | TAK |  |  |
|  | Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii za pomocą piktogramu | TAK |  |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – przynajmniej 16 poziomów | TAK |  |  |
|  | Funkcja KVO | TAK |  |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO programowana przez użytkownika w zakresie od 1 do 20 ml/h | TAK |  |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godziny. | TAK |  |  |
|  | Automatyczne wznowienie infuzji po pauzie – opóźniony start | TAK |  |  |
|  | Ciśnienie okluzji programowane w zakresie od 50 – 750 mmHg | TAK |  |  |
|  | Wskaźnik pracy pompy widoczny z min. 4 metrów | TAK |  |  |
|  | Rejestr zdarzeń min. 1500 – zdarzenia zapisywane w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Biblioteka leków, min. 100 leków wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.) | TAK |  |  |
|  | Funkcja wykrywania powietrza w linii z możliwością programowania rozmiaru wykrywanego pęcherzyka lub skumulowanego powietrza zmierzonego w ciągu 15 minut | TAK |  |  |
|  | Specjalny sposób wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu (tzw. Tryb nocny) | TAK |  |  |
|  | **Alarmy i ostrzeżenia** |  |  |  |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | TAK |  |  |
|  | Alarm przypominający –zatrzymana infuzja | TAK |  |  |
|  | Alarm okluzji z sygnalizacją miejsca wystąpienia okluzji (przed lub za pompą) | TAK |  |  |
|  | Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia | TAK |  |  |
|  | Alarm rozładowanego akumulatora | TAK |  |  |
|  | Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | TAK |  |  |
|  | Alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego | TAK |  |  |
|  | Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu. | TAK |  |  |
|  | Alarm wstępny przed końcem infuzji z możliwością zaprogramowania czasu przed końcem infuzji, w którym pojawi się alarm | TAK |  |  |
|  | Alarm powietrza w linii | TAK |  |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |  |
|  | * + 1. Możliwość transmisji danych     2. z pompy, możliwość połączenia w sieć     3. z komputerem centralnym samodzielnie lub przez stację dokującą | TAK |  |  |
|  | * + 1. Możliwość łączenia pomp w moduły po 2 lub 3 sztuki bez użycia dodatkowych elementów | TAK |  |  |
|  | **zestaw do cytostatyków**  - nie zawierający cząsteczek PCV.DEHP i lateksu  - długość zestawu- 290 cm, objętość napełniania- 26 ml  - przezroczysta komora kroplowa- długość 65 mm  - igła biorcza z odpowietrznikiem  - wlot powietrza z filtrem antybakteryjnym i zatyczką  - rolkowy regulator przepływu  - filtr 0,2 mikro milimetra antybakteryjny i blokujący powietrze z portem bezigłowym  - kompatybilny z oferowaną pompą przepływową  pakowany pojedynczo. **Ilość 10 opakowań** | TAK |  |  |
|  | * + 1. Gwarancja min.36 miesięcy. | TAK |  |  |

**PAKIET 2**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Rehabilitacyjny - 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | Parapodium dynamiczne | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

Parametry wymagane poz. 1 – Parapodium dynamiczne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana i  nr stron oferty potwierdzające spełnienie parametrów |
| 1 | Urządzenie ma umożliwiać lokomocję pacjenta (poprzez balans tułowiem). | **TAK** |  |
| 2 | Dobra stabilizacja przednia i boczna tułowia, | **TAK** |  |
| 3 | Elementy płozowe z platformami przyśrodkowymi dla umieszczenia stóp i z pasami stabilizującymi (dolny tylny punkt podparcia). | **TAK** |  |
| 4 | Obejmy kolanowe przednie zapewniające stabilizację kończyn dolnych z możliwością ustawienia wysokości (środkowy punkt podparcia), | **TAK** |  |
| 5 | Otwierany od tyłu pas biodrowy z bezawaryjnym zapięciem, łatwym i prostym do obsługi (górny tylny i przedni punkt podparcia), | **TAK** |  |
| 6 | Dodatkowe poduszki boczne. | **TAK** |  |
| 7 | Dodatkowy pas stabilizujący tułów. | **TAK** |  |
| 8 | Regulacja wysokości, szerokości i środka ciężkości urządzenia, możliwość dostosowania urządzenia do potrzeb i stanu funkcjonalnego pacjenta, | **TAK** |  |
| 9 | Uchwyty do rąk regulowaną wysokością ( możliwość ustabilizowania nadgarstków np. uchwytami rzepowymi). | **TAK** |  |
| 10 | Wzrost pacjenta do 185 cm. | **TAK, podać** |  |
| 11 | Waga pacjenta do 90 kg. | **TAK** |  |
| 12 | Obicie wykonane z materiału umożliwiającego łatwą i szybką dezynfekcję. | **TAK** |  |
| 13 | Okres gwarancji 36 miesięcy | **TAK** |  |

**PAKIET 3**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Rehabilitacyjny - 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | Aparat do masażu uciskowego 12 komorowy z mankietami | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

Parametry wymagane poz. 1 - Aparat do masażu pneumatycznego 12 – sto sekwencyjnego (12 - kanałowy aparat do masażu uciskowego)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana i  nr stron oferty potwierdzające spełnienie parametrów |
| 1. | Obsługiwana liczba komór: 12 w pojedynczym mankiecie na kończyny górne i dolne (prawy i lewy), 2 mankiety na kończyny górne i 4 mankiety na kończyny dolne | tak |  |
| 2. | Aparat umożliwiający drenaż limfatyczny, masaż klasyczny i rewersyjny, opcja masażu pulsacyjnego. | tak |  |
| 3. | Algorytm przeznaczony do drenażu limfatycznego, którego przebieg jest zgodny z techniką manualnego drenażu limfatycznego (MDL) wg E.Voddera. | tak |  |
| 4. | Gotowe sekwencje programów zabiegowych, możliwość ustawienia i zapisywania parametrów indywidualnych (własnych) terapii. | tak |  |
| 5. | Łatwa obsługa w języku polskim, czytelny panel sterowania.. | tak |  |
| 6. | Regulowane ciśnienie w komorach mankietu. | tak |  |
| 7. | Stały pomiar i niezależna, regulacja ciśnienia w poszczególnych komorach mankietu uciskowego z regulacją tempa masażu, ilości cykli. | tak |  |
| 8. | Automatyczne opróżnianie mankietu po zakończeniu zabiegu z opcją awaryjnego odsysania ze wszystkich komór mankietu uciskowego. | tak |  |
| 9. | Wysokiej jakości - dwa mankiety uciskowe na kończyny górne oraz cztery na kończyny dolne (obejmujące całe kończyny). | tak |  |
| 10. | Zegar zabiegowy z pomiarem czasu pozostałego do zakończenia zabiegu. | tak |  |
| 11. | Cicha praca kompresora. | tak |  |
| 12. | Parametry aktywności komór aplikatora widoczne na ekranie. | tak |  |
| 13. | Pasy poszerzające na kończyny dolne (cztery sztuki) i górne (dwie sztuki). | tak |  |
| 14. | Zamek błyskawiczny na całej długości aplikatora ułatwiający zakładanie. | tak |  |
| 15. | Złącze ułatwiające szybką wymianę aplikatora. | tak |  |
| 16. | Praca z jednym lub dwoma mankietami uciskowymi jednocześnie. | tak |  |
| 17. | Okres gwarancji 36 miesięcy. | tak |  |

**PAKIET 4**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Noworodków i Wcześniaków z Pododdziałem Patologii Noworodka i Intensywnej Opieki - 2 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent/Model/Kraj pochodzenia/Numer katalogowy |
| 1. | Lampy do fototerapii statywowe | 2 szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lampy do fototerapii statywowe – 2 sztuki** | | | |
| **Producent (Należy podać)**  **Model Lampa do fototerapii statywowa (Należy podać)**  **Numer katalogowy (Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia (Należy podać)**  **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2017 r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany oceniany (podać str. oferty)** |
|  | Lampa do fototerapii statywowa, jezdna | TAK |  |
|  | Niska podstawa jezdna wyposażona w min 3 koła z czego min 2 z blokadą | TAK |  |
|  | Możliwość odłączenia czaszy lampy od statywu i umieszczenia na kopule inkubatora | TAK |  |
|  | Źródło światła - niebieskie diody LED o  długości fali w zakresie max. 450 - 475 nm | TAK, podać |  |
|  | Lampa nie emitująca światła w zakresie UV i podczerwieni | TAK |  |
|  | Minimum dwa poziomy natężenia naświetlania  - niski min 12 µW/cm2/nm  - wysoki min. 30 µW/cm2/nm | TAK, podać |  |
|  | Odchylenie natężenia po 6h nie większe niż 10% | TAK, podać |  |
|  | Trwałość modułów LED min. 40 tyś godzin | TAK, podać | Wartość największa - 10pkt  40 000h - 0 pkt  pozostałe proporcjonalnie |
|  | Pole skutecznego naświetlania min.50cm x25 cm | TAK, podać |  |
|  | Wysokość lampy w zakresie 170-185cm | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości lampy w zakresie min. 40cm | TAK, podać |  |
|  | Regulowany kąt nachylenia czaszy lampy  od 0º (poziomo) do min 40º | TAK, podać |  |
|  | Regulowana odległość punktu centralnego czaszy od osi stojaka (regulacja pozioma) w zakresie min.10cm | TAK/NIE | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Ciężar czaszy lampy < 3,6 kg | TAK, podać |  |
|  | Całkowity ciężar lampy (statyw wraz z czaszą) max. 18 kg | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalny poziom hałasu < 60 dB | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie 230 V / 50 Hz | TAK |  |
|  | **Wyposażenie dla każdej lampy** | | |
|  | Okularki ochronne w rozmiarach (mikro, wcześniak i noworodek) | TAK, po 20 sztuk każdego rozmiaru |  |
|  | Gwarancja | Wymagane **min 36 m-cy** | Wartość największa - 5 pkt  36 m-cy - 0 pkt  pozostałe proporcjonalnie |

***Przyjmujemy do wiadomości, że niewypełnienie pozycji określonych w kolumnie 4 „Parametry oferowane oceniane” lub udzielenie odpowiedzi negatywnej „Nie” może spowodować odrzucenie oferty, o ile z treści innych dokumentów stanowiących załączniki do oferty nie będzie wynikało, iż oferowane urządzenie spełnia wymagania określone w ww. tabeli***

* 1. **PAKIET 5**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym - 1 szt.;**

- **Oddział Obserwacyjno – Zakaźny z Pododdziałem Obserwacyjno – Zakaźnym Dziecięcym** **- 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **VAT %** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Model/typ, Producent,**  **rok produkcji** |
| **1.** | **Kardiomonitor stacjonarno-przenośny** | **2 szt.** |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO** | | | | |  | | |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO)** | | | | |  | | |

**Parametry określone jako "TAK", są warunkami wymaganymi. Nie spełnienie nawet jednego z n/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Parametry Techniczne** | **Parametry wymagane/parametry oceniane** | | **TAK / podać stronę z oferty na potwierdzenie oferowanego parametru** |
| **Kardiomonitor** | | | | | |
| **1.** | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 3,6 kg z akumulatorem | | **Tak** |  | |
| **2.** | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia. | | **Tak** |  | |
| **3.** | Kardiomonitor z kolorowym ekranem LCD, podświetlenie LED, z aktywna matrycą TFT, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 800 x 600 pikseli. | | **Tak** |  | |
| **4.** | Dotykowe sterowanie monitorem oraz poprzez pokrętło i przyciski funkcyjne | | **Tak** |  | |
| **5.** | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych. | | **Tak** |  | |
| **6.** | Monitor wyposażony w co najmniej jedne gniazdo USB służące między innymi do przenoszenia konfiguracji pacjenta oraz w gniazdo VGA umożliwiające podłączenie dodatkowego monitora kopiującego | | **Tak** |  | |
| **7.** | Rejestrator termiczny | | **Tak** |  | |
| **8.** | Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów: co najmniej 120-godzinne. | | **Tak** |  | |
| **9.** | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:   1. EKG; 2. Odchylenie odcinka ST; 3. Liczba oddechów (RESP); 4. Saturacja (Spo2); 5. Ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP); 6. Temperatura (T1,T2,TD). | | **Tak** |  | |
| **10.** | Pomiar EKG | | **Tak** |  | |
|  | 1. Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3. i 5. Końcówkowego. Na wyposażeniu każdego kardiomonitora 100 szt. jednorazowych elektrod EKG do długotrwałego monitorowania, opakowanie nie większe jak 25 szt., średnica nie mniejsza niż 55mm, złącze przesunięte względem środka elektrody. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż+/- 1%. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Wzmocnienie do wyboru co najmniej 0,25 cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2 cm/mV; 4,0 cm/mV; auto. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie | | **Tak** |  | |
|  | 1. Analiza arytmii z rozpoznawaniem co najmniej 20 zaburzeń rytmu | | **Tak** |  | |
| **11.** | Pomiar oddechów (RESP). | | **Tak** |  | |
|  | 1. Impedencyjna metoda pomiaru. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Zakres pomiaru: minimum 5-120 oddechów /min | | **Tak** |  | |
|  | Dokładność pomiaru: nie gorsze niż +/-2 oddech /min | | **Tak** |  | |
|  | 1. Prędkość kreślenia: co najmniej 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s | | **Tak** |  | |
| **12.** | Pomiar saturacji (SpO2). | | **Tak** |  | |
|  | 1. Zakres pomiaru saturacji: 0÷100% | | **Tak** |  | |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 30÷250/min. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik. | | **Tak** |  | |
| **13.** | Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP). | | **Tak** |  | |
|  | 1. Oscylometryczna metoda pomiaru. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷250 mmHg. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 40÷200 bpm. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Tryb pomiaru: 2. AUTO (programowanie interwałów co najmniej w zakresie 1÷480 minut); 3. Ręczny. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Funkcja ułatwiająca nakłucie żyły – pompowanie mankietu i trzymanie ciśnienia przez żądany czas | | **Tak** |  | |
| **14.** | Pomiar temperatury (TEMP) | | **Tak** |  | |
|  | 1. Zakres pomiarowy: co najmniej 25÷42˚C. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1˚C. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości : 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa | | **Tak** |  | |
| **15.** | Wyposażenie każdego kardiomonitora w akcesoria pomiarowe. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Kabel główny EKG oraz przewód pacjenta 5-odprowadzeniowy (2 komplety na każdy monitor) | | **Tak** |  | |
|  | 2. Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP (2 komplety na każdy monitor) | | **Tak** |  | |
|  | 3. Mankiet do pomiaru NIBP (na każdy monitor 2 mankiety średnie, 2 duże oraz 2 bardzo duże) | | **Tak** |  | |
|  | 4. Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych SpO2 wraz z przewodem połączeniowym (2 komplety na każdy monitor) | | **Tak** |  | |
|  | 5. Czujnik temperatury powierzchniowy i centralny | | **Tak** |  | |
| **16.** | Łatwa intuicyjna obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła, przycisków oraz poprzez ekran dotykowy | | **Tak** |  | |
|  | 1. 3-stopniowy system alarmów wszystkich parametrów. | | **Tak** |  | |
|  | 2. Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów . | | **Tak** |  | |
|  | 3. Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów. | | **Tak** |  | |
|  | 4. Wybór czasowego zawieszenia alarmów. | | **Tak** |  | |
| **17.** | Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta. | | **Tak** |  | |
| **18.** | Monitor wyposażony w funkcję obliczeń lekowych, hemodynamicznych, wentylacyjnych, nerkowych | | **Tak** |  | |
| **19.** | Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50Hz i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej), przy monitorowaniu wszystkich mierzonych parametrów (pomiar NIBP co 15 min. ): nie krótszy niż 3,5 godziny. | | **Tak** |  | |
|  | 1. Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 8 godzin. | | **Tak** |  | |
| **20.** | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci standard IEEE 802.3 | | **Tak** |  | |
| **21.** | Cicha praca urządzenia – chłodzenie konwekcyjne bez wentylatora | | **Tak** |  | |
| **22.** | Monitor zabezpieczony przez zalaniem wodą – stopień ochrony co najmniej IPX1 | | **Tak** |  | |
| **23.** | W ofercie z każdym monitorem statyw na kółkach. Statyw z jednoetapowym mechanizmem zwalniającym umożliwiającym szybkie zdjęcie kardiomonitora bez użycia jakichkolwiek narzędzi.  Dodatkowo do każdego kardiomonitora uchwyt umożliwiający zawieszenie kardiomonitora na łóżku | | **Tak** |  | |
| **24.** | Kompatybilność kardiomonitora z posiadanymi przez zamawiającego kardiomonitorami IMEC 12 | | **Tak** |  | |
| **25.** | Kardiomonitor wyposażony we wbudowaną drukarką | | **Tak** |  | |
| **26.** | Gwarancja min 36 mies. | | **Tak ,podać.**  **36 mies. – 0 pkt; najwyższa – 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie** |  | |

**PAKIET 6**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Laryngologiczny - 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. Netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | Laryngofiberoskop z kanałem roboczym | 1szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

**Fiberoskop z kanałem roboczym**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis Parametru | Parametr Wymagany | Parametr Oferowany |
|  | **Urządzenie.** |  |  |
| 1 | Fabrycznie nowe rok produkcji 2017. | Tak |  |
| 2 | Fiberoskop o długości części roboczej od 250 do 400 mm, średnicy od 3,5 do 5,0 mm, z kanałem roboczym o średnicy min. 1,5 mm i światłowodem z możliwością podłączenia do źródeł światła xenonowych lub LED będących w posiadaniu zamawiającego | Tak |  |
| 3 | Końcówka odginana w górę i w dół w zakresie min. 100 stopni. | 100 stopni - 0 pkt,  wartość największa 40 pkt  pozostałe proporcjonalnie |  |
| 4 | Podłączenie dokamery kompaktowej XION. | Tak |  |
| 5 | Tester szczelności do endoskopów giętkich – 1 szt. | Tak |  |
| 6 | Kontener jako bariera ostateczna (bez konieczności dodatkowego opakowania) do sterylizacji niskotemperaturowej fiberoskopu zalecanej przez producenta | Tak, podać, załączyć dokumenty potwierdzające |  |
| 7 | Mycie i dezynfekcja w posiadanych przez zamawiającego myjniach przy użyciu dostępnych środków kompatybilnych z endoskopami wiodących producentów | Tak, podać |  |
|  | **Akcesoria** |  |  |
| 1 | Szczypce biopsyjne wielokrotnego użytku z łyżeczkami owalnymi o średnicy dostosowanej do pracy w kanale roboczym i długości min. 60 cm. - 2 szt | Tak |  |
| 2 | Szczypce chwytające do usuwania ciał obcych wielokrotnego użytku o średnicy dostosowanej do pracy w kanale roboczym. i długości min. 60 cm. - 2 szt. | Tak |  |
| 3. | Szczoteczki do czyszczenia kanału roboczego – 1 kpl. | Tak |  |
| 4. | Adaptery do podłączenia kanałów endoskopu w myjni | Tak |  |

**PAKIET 7**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Laryngologiczny - 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | | | Ilość | Cena jedn. Netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | | Wartość brutto | Producent | |  |
| 1. | Fotel obrotowy do diagnostyki i rehabilitacji narządu przedsionkowego | | | 1szt. |  |  |  | |  |  | |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | | | |  | | | | | |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | | | |  | | | | | |  |
|  | |  | **System fotela obrotowego do diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń równowagi - parametry wymagane** | | | | | **Podać str. oferty** | | |  | |
|  | | **Lp.** | **Parametry wymagane** | | | | | **Parametry oferowane\*oceniane** | | | **Parametry wymagane** | |
|  | |  | **Sprzęt fabrycznie nowy - rok produkcji 2017 lub 2016** | | | | |  | | |  | |
|  | | **I.** | **Fotel obrotowy z napędem ręcznym z czujnikiem prędkości i położenia wraz z systemem rejestracji i analizy oczopląsu** | | | | |  | | |  | |
|  | | **1.** | Wbudowany w fotel elektroniczny czujnik rejestrujący prędkość i kąt obrotu fotela, zsynchronizowany z oprogramowaniem do rejestracji oczopląsu | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **2.** | System rejestracji oczopląsu dwukanałowy, jednooczny | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **3.** | Możliwość szybkiej zmiany badanej strony (oka) | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **4.** | Videogogle bezprzewodowe z kamerą pracującą w zaciemnieniu | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **5.** | Wbudowany w gogle ekran LCD o przekątnej co najmniej 2,5" do obserwacji oczopląsu | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **6.** | Waga kompletnej maski wraz z kamerą maksymalnie 400 gram | | | | | 400 gram - 0 pkt. Najniższa waga - 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie | | | TAK - podać | |
|  | | **7.** | Zasilanie kamery z wbudowanego akumulatora - minimum 2,5h pracy na akumulatorze bez konieczności doładowania, bądź wymiany akumulatora | | | | | 2,5h - 0 pkt. Wartośc najwyższa - 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie | | | TAK - podać | |
|  | | **8.** | Oświetlenie podczerwone diodami IR | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **9.** | Transmisja bezprzewodowa sygnału video z videogogli do komputera w standardzie 5,8GHz | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **10.** | Fotel wyposażony w pas bezpieczeństwa oraz blokadę obrotu | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **11.** | Pełna integracja fotela obrotowego z oprogramowaniem VNG, rejestracja bodźca kinetycznego bezpośrednio na podstawie prędkości i kąta obrotu fotela względem podstawy | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **12.** | Oparcie fotela odchylane | | | | | TAK - 10 pkt. NIE - 0 pkt. | | | TAK / NIE | |
|  | | **13.** | Oprogramowanie do nagrywania oczopląsu w formie pliku video | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **14.** | Oprogramowanie do analizy oczopląsu pracujące w środowisku Windows | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **15.** | Analiza położenia kątowego źrenicy i prędkości fazy wolnej oczopląsu | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **16.** | Automatyczne centrowanie i kalibracja | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **17.** | Rejestracja oczopląsu samoistnego | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **18.** | Test HST (potrząsania głową) | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **19.** | Próba swobodna (możliwość rejestracji oczopląsu przy próbach położeniowych i dowolnych manewrach) | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **20.** | Próba obrotowa NIR | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **21.** | Próba obrotowa wahadłowa BURST | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **22.** | Próby kaloryczne | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **23.** | Próby okulomotoryczne: próba wahadła (śledzenie sinusoidalne), śledzenie liniowe, sakady | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **24.** | Rejestracja i analiza odruchów: przedsionkowo-ocznego (VOR), przedsionkowo-okoruchowego(VVOR), szyjno-ocznego(COR) | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **25.** | Archiwizacja danych w formacie PDF | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **26.** | Oprogramowanie do treningu analizujące parametry ruchu fotela | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **27.** | W komplecie komputer PC z zainstalowanym oprogramowaniem, system gotowy do pracy | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **28.** | W komplecie projektor LCD do stymulacji optokinetycznej | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **29.** | Bezpłatne aktualizacje oprogramowania | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **II.** | **Moduł do badania dynamicznej ostrości widzenia** | | | | |  | | |  | |
|  | | **30.** | Moduł kompatybilny z systemem fotela obrotowego, pracujący na wspólnej bazie danych pacjentów | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **31.** | Kask na głowę z elektronicznym czujnikiem prędkości obrotowej | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **32.** | Podłączenie do komputera za pomoca interfejsu USB | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **33.** | Automatyczne obliczanie dynamicznej ostrości widzenia w odniesieniu do statycznej ostrości widzenia | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **34.** | Możliwość wykonywania badania w płaszczyznach kanałów półkolistych lub płaszczyznach naturalnych | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **35.** | Mozliwośc wyboru rodzaju wyświetlanego celu | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **36.** | Wyświetlanie prędkości ruchu głowy na ekranie komputera | | | | | TAK - 10 pkt. NIE - 0 pkt. | | | TAK / NIE | |
|  | | **37.** | Program do rehabilitacji oscylopsji | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **III.** | **Komputer PC** | | | | |  | | |  | |
|  | | **38.** | Komputer typu all-in-one, wbudowany ekran LCD o przekątnej min 21" | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **39.** | Pamięć RAM min 4GB | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **40.** | Procesor core i5 lub lepszy | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **41.** | Dysk twardy min 500GB | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **42.** | System operacyjny Windows10 | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **43.** | Porty USB - min 4 szt. | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **44.** | Wbudowana karta sieciowa WiFi | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **45.** | Wejście/wyjście HDMI | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **IV.** | **Projektor LCD** | | | | |  | | |  | |
|  | | **46.** | Rozdzielczość: co najmniej 800x600 pixeli | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **47.** | Korekcja kąta obrazu: pionowo +/- 30° i poziomo +/- 30° | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **48.** | Natężenie światła min. 3000 lumenów | | | | |  | | | TAK | |
|  | | **49.** | Wejście HDMI oraz VGA | | | | |  | | | TAK | |
|  | |  |  | | | | |  | | |  | |
|  | |  | *\*podać parametry oferowane* | | | | |  | | |  | |

**Pakiet 8**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Ortopedyczno - Urazowy - 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | Dermatom z akcesoriami (akumulator w komplecie, ostrza – 2 opakowania, kaseta lub kontener – 1 szt.) oraz siatkownica – 1 szt. | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

Parametry wymagane - Dermatom Elektryczny (Akumulatorowy) z siatkownicą

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis Parametru | Parametr Wymagany | Parametr Oferowany  **Podać str. oferty** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2017. |  |  |
| 2. | Dermatom Elektryczny (Akumulatorowy) – 1 sz. | TAK |  |
| 3. | Zasilanie przewodowe z modułu zasilającego (14.5 V, 4.3 A) lub akumulatorowe, NiMH 1.05Ah. | TAK |  |
| 4. | Prędkość cięcia min 4500 do 5500 cykli na minutę. | TAK |  |
| 5. | Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem | TAK |  |
| 6. | Grubość cięcia w zakresie min od 0.2mm do 0.7mm | zakresy wymagane 0 pkt wartość największa 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie |  |
| 7. | Szerokość min 3.0 cm max 6cm | zakresy wymagane 0 pkt wartość największa 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie |  |
| 8. | Metalowa obudowa. | TAK |  |
| 9. | Mycie ręczne lub mechaniczne. | TAK |  |
| 10. | Sterylizacja w autoklawie. | TAK |  |
| 11. | Ostrza do dermatomu pakowane po 10 szt. – 2 opakowania | TAK |  |
| 12. | Siatkownica – 1 szt. | TAK |  |
| 13. | Siatki do siatkownicy min 1.5:1, 3:1, 6:1. – po 10 sztuk każdego typu | TAK |  |
| 14. | Metalowa kaseta lub kontener do przechowywania i sterylizacji dermatomu – 1 szt. | TAK |  |
| 15. | Metalowa kaseta lub kontener do przechowywania i sterylizacji siatkownicy – 1 szt. | TAK |  |

**PAKIET 9**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Ortopedyczno - Urazowy - 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. Netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | **Stabilizator typu Ilizarowa do stabilizacji.** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

Parametry wymagane Pakiet 9 poz. 1 – **Stabilizator** typu Ilizarowa do stabilizacji.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis Parametru | Ilość | Parametr Wymagany | Parametr Oferowany **podać str. oferty** |
| 1. | Pierścienie aluminiowe 200 lub 220 mm | 8 szt. | TAK |  |
| 2. | pręt gwintowany 8 cm | 8 szt. | TAK |  |
| 3. | pręt gwintowany 25 cm | 8 szt. | TAK |  |
| 4. | pręt gwintowany 15 cm | 8 szt. | TAK |  |
| 5. | uchwyt do grotów Steimana | 4 szt. | TAK |  |
| 6. | wspornik żeński z otworem | 4 szt. | TAK |  |
| 7. | przegub żeński jednopłaszczyznowy | 2 szt. | TAK |  |
| 8. | łącznik męski 4 otw. | 4 szt. | TAK |  |
| 9. | łuk do stopy 140x160 | 2 szt. | TAK |  |
| 10. | nakrętka | 120 szt. | TAK |  |
| 11. | śruba z otworem | 50 szt. | TAK |  |
| 12. | śruba z nacięciem | 50 szt. | TAK |  |

**PAKIET 10**

**Przeznaczenie, miejsce montażu i uruchomienia:**

**- Oddział Ortopedyczno - Urazowy - 1 szt.;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. Netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | **Stabilizator zewnętrzny duży – zestaw standardowy.** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

Parametry wymagane Pakiet 9 poz. 1 – **1. Stabilizator zewnętrzny duży – zestaw standardowy.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis Parametru | Ilość | Parametr Wymagany | Parametr Oferowany  **Podać str. oferty** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2017. |  | Tak |  |
| 2 | Stabilizator zewnętrzny duży złożony z klamer uniwersalnych, pojedynczych oraz prętów łączących. Klamry wykonane z lekkiego stopu tytanu, bezpieczne dla rezonansu magnetycznego (z oznaczeniami na klamrach), samozatrzaskowe. Klamry uniwersalne stabilizatorów dwu-funkcyjne umożliwiające łączenie grot-grot oraz grot-pręt. Klamry pojedyncze stabilizatorów umożliwiające łączenie grot-pręt. Możliwość użycia klamer wielorzędowych - umożliwiające łączenie kilka grotów- jeden/dwa pręty. Pręty bezpieczne dla rezonansu magnetycznego, wykonane z włókna węglowego średnicy 11 mm. |  | Tak |  |
| 3 | Klamry pojedyncze dwu funkcyjne ( grot-grot, grot-pręt, pręt-pręt ) | 14 szt | Tak. |  |
| 4 | Pręty węglowe o długości 100mm do 400 mm i średnicy 11 mm | 10 szt | Tak |  |
| 5 | Pręty przegubowy stawowy ( sterylny ) | 1 szt | Tak |  |
| 6 | Zestaw grotowkrętów Schanza samogwintujących oraz samotnących – 20szt. śr. 2,5-6mm dł. 100-250 mm | 10 szt | Tak |  |
| 7 | Zestaw grotowkrętów Schanza samogwintujących oraz samotnących – 20szt. śr. 2,5-6mm 100-190 mm | 10 szt | Tak |  |
| 8 | Aparat do naciągania otwarty ( możliwość robienia kompresji ) | 2 szt | Tak |  |
|  | Kompletny zestaw do zakładania stabilizatora – zestaw narzędzi do zakładania stabilizatora wraz z szybkozłączkami magnetycznymi do wkręcania grotowkrętów na wiertarce oraz pojemnik / kontener/ na przechowywanie |  | Tak |  |
|  | Tuleja wiertarska 6,0/5,0 krótka z gwintem | 1 szt | Tak |  |
|  | Tuleja wiertarska 5,0/3,5 krótka | 1 szt | Tak |  |
|  | Trokar 3,5 mm | 1 szt | Tak |  |
|  | Tuleja wiertarska 6,0/5,0 długa z gwintem | 1 szt | Tak |  |
|  | Tuleja wiertarska 5,0/3,5 długa | 1 szt | Tak |  |
|  | Trokar 3,5 mm długi | 1 szt | Tak |  |
|  | Rękojeść do tuleji wiertarskiej | 1 szt | Tak |  |
|  | Równoległa prowadnica wiertła, 6 pozycji | 1 szt | Tak |  |
|  | Klucz kombinowany 11,00 mm | 1 szt | Tak |  |
|  | Adaptor na grotowkrety Schanza 5,0 mm | 1 szt | Tak |  |
|  | Adaptor na grotowkrety Schanza 6,0 mm | 1 szt | Tak |  |

Załącznik nr 3 do SIWZ otrzymuje nowe brzmienie:

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców przypadku oferty wspólnej\*\*\*:

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

Adres: ………………………………….……….……….…………………………………………

REGON ………………………………………………………………………………………….…

NIP ……………………………………………………………….………………….……………

Tel. …………………………………………….……….……………..……………………………

FAX, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję ………………………….……………

internet http://......................................................………………………………………………….   
e-mail: ......................................................…………………………………………………………

Osoba do kontaktów :.....................................................……………………………….…………

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do ogłoszenia w trybie przetargu nieograniczonego na **ZAKUP, DOSTAWĘ, MONTAŻ   
I URUCHUMIENIE APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W ŁOMŻY znak: ZT-SZP-226/01/14/2017**

składamy niniejszą ofertę **na cenę brutto:**

**PAKIET 1 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 2 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 3 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 4 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 5 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 6 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 7 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 8 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 9 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**PAKIET 10 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum 36 m-cy od dnia dostawy)***

***Termin dostawy …………….. (max. 6 tygodni od daty podpisania umowy*)**

**Zamawiający dopuszcza, aby oferta zawierała tylko te formularze cenowe, na które Wykonawca składa ofertę.**

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.  
2.  Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentami przetargowymi.  
3. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 3 Pzp. i art. 5-17 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. Nr 47, poz. 211, z 1996 r. Nr 106, poz. 496 z 1997 r. Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 29, poz. 356 i Nr 93, poz. 1027).  
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj.  przez  okres  60  dni  od upływu terminu składania  ofert, a w przypadku wyboru naszej oferty przez cały okres trwania umowy.  
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami umowy, treścią SIWZ i nie wnosimy w sto­sunku do nich żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do pod­pisania umowy na warunkach zawartych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego nie później jednak niż do końca okresu związania ofertą,

6.**\* Oświadczamy**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy sami.

6.**\*Oświadczamy**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy z udziałem podwykonawcy, **a który nie jest podmiotem, na którego zdolnościach lub sytuacji polegamy na zasadach określonych w art. 22a Pzp i**

wskazujemy części zamówienia powierzone do wykonania przez podwykonawcę oraz nazwy firm podwykonawców:  
............................................................................................................................................ .....  
Części zamówienia oraz nazwy firm podwykonawców wymienione na niniejszym formularzu oferty należy wskazać w **Załączniku nr 5 do SIWZ.**

**Uwaga:** W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza powierzyć do wykonania części zamówienia podwykonawcom, a wykona go siłami własnymi to **nie ma** wymogu dołączenia do oferty ,,**Załącznika nr 5 do SIWZ”**.

**7\*. Oświadczamy**, że **polegamy** na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22 a ust.2 ustawy Pzp w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu w następującym zakresie:.............................................................................................................................................. **Uwaga:** Zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia należy przedstawić **w oryginale**.

**7\*. Oświadczamy**, że **nie polegamy** na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22 a ust. 2 ustawy Pzp w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.

**8.** **Oświadczamy**, że wyrażamy zgodę na termin płatności **– 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT i otrzymania zamówionej całości dostawy cząstkowej.**

**9. Oświadczamy**, że niniejsza oferta:

a)\* **nie zawiera** informacji stanowiących tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji ;

b)\* **zawiera** na stronach od .............. do............. informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji .

**10. Oświadczamy**, że przedmiot zamówienia wykonamy w oparciu o wymagania zawarte w SIWZ i umowie wraz z załącznikami do umowy.

**11**. **Wadium w kwocie** .................... zł\*\* zostało wniesione **dnia ................ r.** \*\*w formie ............................... \*\* ( **wadium wnosi się przed upływem terminu składania ofert,** przy czym za termin wniesienia wadium w formie przelewu pieniężnego przyjmuje się termin uznania na rachunku Zamawiającego).

**Wadium należy zwrócić na konto Wykonawcy**: **nr…………………………………………………………………………………………\*\*** (*proszę podać nr konta na które należy zwrócić wadium w przypadku gdy wadium zostało wniesione w formie przelewu pieniężnego).*

**12**. **Oświadczamy**, że w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

**13**. **Oświadczamy**, że wybór oferty **prowadzi\*/ nie prowadzi\*1** do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego :

a) \*nazwa towaru lub robot, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:.........................................................

b)\* wartość towaru lub robót bez kwoty podatku VAT:..................................

Na .........\*\* kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.  
 1.................................................................................

.............................................   
 (pieczątka Wykonawcy)      .............................................................................

data (podpis upoważnionego przedstawiciela firmy**)**

**\* - niepotrzebne skreślić**

**\*\* - wypełnić**

Załącznik nr 4 do SIWZ otrzymuje nowe brzmienie:

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**pieczęć Wykonawcy**

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **zakup, dostawę, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży znak sprawy: ZT-SZP-226/ 01/14/2017**

**przedstawiam/y**\*

**Wykaz dostaw**

Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych dostaw, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

W celu potwierdzenia spełniania warunku zdolności technicznej lub zawodowej: Wykonawcy, w wykazie dostaw należy wskazać **co najmniej 1 dostawę aparatury medycznej określonej grupą/klasą/kategorią nomenklatury CPV na kwotę min.:**

**PAKIET 1 – 16.000,00 zł;**

**PAKIET 2 – 4.000,00 zł;**

**PAKIET 3 – 12.000,00 zł;**

**PAKIET 4 – 18.000,00 zł;**

**PAKIET 5 – 12.000,00 zł;**

**PAKIET 6 – 20.000,00 zł;**

**PAKIET 7 – 40.000,00 zł;**

**PAKIET 8 – 26.000,00 zł;**

**PAKIET 9 – 2.700,00 zł;**

**PAKIET 10 – 21.000,00zł;**

**Zamawiający nie wymaga przedstawienia informacji o dostawach niewykonanych lub wykonanych nienależycie.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot (rodzaj dostaw)** | **Wartość dostaw brutto** | **Daty wykonania dostaw**  ***(m-c rok do m-c rok)*** | **Podmiot na rzecz którego dostawy zostały wykonane** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Załączyć dowody potwierdzające, czy dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.***

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

*data*  *pieczątka i podpis Wykonawcy*

**Dowody potwierdzające, czy dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**

**Załącznik nr 7 do SIWZ – wzór umowy otrzymuje nowe brzmienie:**

**projekt umowy**

**nr ...….. /ZT-SZP-226/01/14/2017**

Zawarta w dniu **..............................** r. Łomży pomiędzy :

**Szpitalem Wojewódzkim *im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego***, Al. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża

**NIP 718-16-89-321, Regon 450665024, KRS 0000024716**

reprezentowanym przez :

**.............................................................................................**

zwanym dalej ***Kupującym***

a

**............................................................................................**

**............................................................................................**

adres....................................................................................................................................................

wpisanym(ą) do KRS/EDG prowadzonego(ej) przez.......................................................................

pod numerem.....................................................................................................................................

NIP........................................................... Regon................................................................................

reprezentowanym przez...................................................................................................................

zwanym dalej ***Sprzedającym***

Zawarcie umowy następuje zgodnie z wyborem oferty Wykonawcy na podstawie przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z ustawą z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zmianami) zwanej dalej „Ustawą PZP” lub „Pzp” w trybie przetargu nieograniczonego, znak sprawy: **ZT-SZP-226/01/14/2017**

**§ 1**

Przedmiotem niniejszej umowy jest **zakup, dostawa, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży znak sprawy: ZT-SZP-226/ 01/14/2017** na podstawie złożonej oferty, która była najkorzystniejsza w rozstrzygniętym **postępowaniu przetargowym, w trybie przetargu nieograniczonego powyżej 209 000 Euro opublikowanego w Dz. U. S** numer **...................** z dnia **................ r.,** pod nazwą: **Zakup, dostawa, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży** zgodnie asortymentowo i cenowo z  załącznikiem nr 1 do umowy (załącznik nr 1 do SIWZ w zakresie asortymentu i ilości określonych w SIWZ) **/ pakiet nr\* .........** stanowiącym integralną część umowy, za cenę netto............................, VAT (%....).....................................,brutto **............................. zł** \* (słownie............................................).

**§ 2**

1. Sprzedający zobowiązuje się dostarczyć zamówiony sprzęt medyczny/aparaturę medyczną na własny koszt w odpowiednim opakowaniu transportem zapewniającym należyte zabezpieczenie jakościowe dostarczonego towaru przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp., **do** **magazynu Szpitala**. Montaż i uruchomienie aparatury medycznej/sprzętu medycznego nastąpi **na Pododdziale Onkologii\*\*, Oddziale Rehabilitacyjnym\*\*, Oddziale Noworodków i Wcześniaków z Pododdziałem Patologii Noworodka i Intensywnej Opieki\*\*, Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym\*\*, Oddziale Laryngologicznym\*\*, Oddziale Ortopedyczno – Urazowym\*\*** Szpitala Wojewódzkiego*im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego***,** Al. Piłsudskiego 11, 18 – 404 Łomża, fabrycznie nowego, kompletnego, nieużywanego (rok produkcji 2017 r.)   
i wolnego od wad, będącego przedmiotem postępowania tj.:

**\*\*PAKIET 1 – Pompa infuzyjna objętościowa – 5 szt.**

**\*\*PAKIET 2 – Parapodium dynamiczne – 1 szt.**

**\*\*PAKIET 3 – Aparat do masażu uciskowego 12 komorowy z mankietami – 1 szt.**

**\*\*PAKIET 4 – Lampy do fototerapii statywowe – 2 szt.**

**\*\*PAKIET 5 – Kardiomonitor – 2 szt.**

**\*\*PAKIET 6 – Laryngofiberoskop z kanałem roboczym – 1 szt.**

**\*\*PAKIET 7 – Fotel obrotowy do diagnostyki i rehabilitacji narządu przedsionkowego – 1 szt.**

**\*\* PAKIET 8 – Dermatom elektryczny z akcesoriami – 1 szt.** (akumulator w komplecie, ostrza – 2 opakowania, kaseta lub kontener – 1 szt.) oraz siatkownica – 1 szt.

**\*\*PAKIET 9 – Stabilizator ILIZAROWA – 1 szt.**

**\*\*PAKIET 10 – Stabilizator zewnętrzny pourazowy do zaopatrzenia złamań wielomiejscowych – 1 szt.**

2. Odbiór i uruchomienie aparatury medycznej/ sprzętu medycznego zostanie potwierdzony protokołem zdawczo-odbiorczym – **4 egzemplarze.**

3. Wraz z dostarczoną aparaturą medyczną/sprzętem medycznym będącą/ym przedmiotem umowy Sprzedający przedłoży aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu i używania w jednostkach służby zdrowia. **Okres gwarancji dostarczonego sprzętu medycznego/ aparatury medycznej........................ \*zgodnie z ofertą, wg Załącznika nr 2** **do umowy (**Załącznik ten jest odpowiednikiem Załącznika nr 2 do SIWZ). Sprzedający w ramach udzielonej gwarancji odpowiada za braki ilościowe i jakościowe stwierdzone bezpośrednio po rozpakowaniu fabrycznym opakowań u bezpośredniego odbiorcy.

4. Przed podpisaniem końcowego protokołu zdawczo – odbiorczego Sprzedający dostarczy Kupującemu w odniesieniu do uruchomionego sprzętu medycznego/aparatury medycznej będącego/cej przedmiotem umowy:

1) instrukcje obsługi w języku polskim,  
2) karty gwarancyjne w języku polskim,  
3) dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie państw Unii Europejskiej i na terenie Polski: Deklaracje Zgodności, Certyfikaty CE, wpisy do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenia/powiadomienia do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,

4) paszporty techniczne **i inne dokumenty wymagane prawem i przepisami.**

5. Sprzedający przedłoży Kupującemu fakturę przy dostawie przedmiotu umowy, uruchomieniu i podpisaniu protokołu zdawczo – odbiorczego**.** Treść faktury odnośnie nazewnictwa przedmiotu zamówienia powinna być tożsama z wymogami SIWZ.

6. Sprzedający przeprowadzi szkolenia personelu Kupującego w zakresie prawidłowej eksploatacji przedmiotu umowy zgodnie **z Załącznikiem nr 2** do umowy **(**Załącznik ten jest odpowiednikiem Załącznika n**r 2 do SIWZ)**.

7. Sprzedający oświadcza, że dostarczony sprzęt medyczny/ aparatura medyczna jest fabrycznie nowy/a, kompletny/a, nieużywany/a i gotowy/a do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

8. W okresie gwarancji Sprzedający zobowiązany jest do naprawy lub wymiany dostarczonego sprzętu/aparatury na sprawny.

9. Sprzedający bez zgody Kupującego nie może dokonać zmiany wymogów technicznych dostarczonego sprzętu/aparatury jak również producenta, jaki wykazał w złożonej ofercie.

**§ 3**

**Termin wykonania zamówienia: od daty podpisania umowy do …... tygodni.**

**§ 4**

1. Za wykonanie przedmiotu umowy ustala się wynagrodzenie ryczałtowe, zgodnie z wynagrodzeniem podanym w złożonej ofercie, na kwotę:  
 **PAKIET nr ............** \*

**ogółem netto: ……………………………………………………….zł \***

(słownie: ………………………………………………………………………………………….)\*

**podatek VAT ..............% \***

**ogółem brutto: ………………………………………………………. zł \***

(słownie:……………………………………………………………………………….)\*

**itd. \*\*.**

**2. Płatność realizowana będzie:**

**Faktura będzie wystawiona po podpisaniu protokołu zdawczo-odbiorczego. Termin zapłaty za fakturę do 60 dni od daty otrzymania przez Kupującego prawidłowo wystawionej**  przez Sprzedającego faktury VAT**.**

3. Za datę zapłaty strony uznają datę złożenia przez Kupującego polecenia przelewu bankowego.  
4. Należność za wykonanie przedmiotu umowy zostanie przekazana  **na konto** Sprzedającego o **nr ....................................................................................................\*.**

5. Ustalone wynagrodzenie obejmuje całość przedmiotu zamówienia i Sprzedający nie może żądać  
jego podwyższenia. Wartość całkowita przedmiotu umowy ani ceny nie będą waloryzowane w okresie realizacji umowy.

6. Wynagrodzenie Sprzedającego ustalone zostało w oparciu o złożoną ofertę przetargową.

7. W kwocie wymienionej w ust. 1 zawarte są wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy i odpowiadające wymaganiom określonym w SIWZ.

**§ 5**

1.Wszelkie zmiany i uzupełnienia treści umowy winny zostać dokonane wyłącznie w formie aneksu  
podpisanego przez obie strony, pod rygorem nieważności. Zmiany nie mogą naruszać postanowień zawartych w art. 144 ust. 1 Prawa zamówień publicznych.

2.Nie przewiduje się zmian postanowień umowy w stosunku do treści oferty (art. 144 ust 1 ustawy Pzp) z wyjątkiem:

* **zmiany nazwy, siedziby stron umowy, nr-ów kont bankowych oraz innych danych identyfikacyjnych;**
* **zmian wynikających z przepisów ustawy Pzp;**
* **wystąpienia oczywistych omyłek pisarskich i rachunkowych w treści umowy.**

**§ 6**

**1**. Sprzedający zapłaci Kupującemu karę umowną:

a) za odstąpienie od umowy przez Kupującego z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Sprzedający w wysokości 10% wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy,

b) za zwłokę w oddaniu określonego w umowie przedmiotu umowy w wysokości 0,5 % wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy, za każdy dzień zwłoki,

c) za zwłokę w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze w wysokości 0,5 % wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy, za każdy dzień zwłoki, liczony od dnia wyznaczonego na usunięcie wad.

d) za niedotrzymanie terminu usunięcia usterek w okresie gwarancji i rękojmi w wysokości 0,5 % wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy za każdy dzień zwłoki, liczony od dnia poinformowania przez Kupującego. Kary nie nalicza się w przypadku dostarczenia Kupującemu na czas naprawy urządzenia zastępczego o parametrach i funkcjach równych lub lepszych.

2. Kary umowne podlegają sumowaniu.

3. Kwoty kar umownych Kupujący potrąci z faktury Sprzedającego na co Sprzedający wyraża zgodę bez potrzeby składania dodatkowego oświadczenia.

4. Strony zastrzegają sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

5. Sprzedający nie może odmówić usunięcia wad bez względu na wysokość związanych z tym kosztów.

6. W przypadku, gdyby się okazało, że zakupiony sprzęt medyczny/aparatura medyczna jest wadliwy/a i podlega wymianie, wszystkie koszty i ewentualne następstwa z tego tytułu, obciążają Sprzedającego.

7. Kupujący może usunąć, w zastępstwie Sprzedającego i na jego koszt, wady nieusunięte w wyznaczonym terminie.

8. Sprzedający ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobom fizycznym i prawnym w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.

**§ 7**

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, Kupujący może odstąpić od umowy w terminie 30 dnia od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

2. Kupującemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia następujących okoliczności:

1) 2 – krotne opóźnienie w reklamacji przedmiotu umowy

2) jednorazowe opóźnienie w reklamacji przedmiotu umowy – przekraczające 4 dni,

3) 2 – krotna reklamacja jakości przedmiotu Zamówienia,

4) ogłoszenia upadłości lub likwidacji Sprzedającego,

5) wydania nakazu zajęcia majątku Sprzedającego,

6) innego rażącego naruszenia warunków umowy lub przepisów prawa.

3. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie z podaniem podstaw prawnych i faktycznych odstąpienia.

4. Kupujący może rozwiązać umowę, jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:

1) zmiana umowy została dokonana z naruszeniem art. 144 ust. 1-1b, 1d i 1e Pzp;

2) Sprzedający w chwili zawarcia umowy podlegał wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust.1 Pzp;

3) Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej stwierdził, w ramach procedury przewidzianej w art. 258 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, że państwo polskie uchybiło zobowiązaniom, które ciążą na nim na mocy Traktatów, dyrektywy 2014/24/UE i dyrektywy 2014/25/UE, z uwagi na to, że Kupujący udzielił zamówienia z naruszeniem przepisów prawa Unii Europejskiej.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 i 2 ust. 4, Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego   
z tytułu wykonania części umowy.

**§ 8**

Sprzedający może dokonać przelewu wierzytelności z zawartej umowy na osobę trzecią, jedynie za pisemną **zgodą Urzędu Marszałkowskiego w Białymstoku (**art. 54 ust.5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz.U.2015. poz. 618 ze zm.).

**§ 9**

Wszelkie zawiadomienia, korespondencja oraz dokumentacja przekazywana w związku z niniejszą  
umową między Stronami będzie sporządzana na piśmie i podpisana przez Stronę zawiadamiającą.  
Zawiadomienia mogą być przesyłane telefaksem, doręczane osobiście, przesyłane kurierem lub listem.

**§ 10**

1\*\*. Sprzedający zgodnie ze złożoną ofertą wykona własnymi siłami cały zakres przedmiotu umowy.

1**\*\*.** Sprzedający zleci podwykonawcy następujący zakres dostaw:  
**.........................................................................................................................................**

2\*\*. Kupujący dokonuje bezpośredniej zapłaty wymagalnego wynagrodzenia przysługującego podwykonawcy lub dalszemu podwykonawcy, który zawarł przedłożoną Kupującemu umowę o podwykonawstwo, której przedmiotem są dostawy lub usługi, w przypadku uchylenia się od obowiązku zapłaty odpowiednio przez Sprzedającego, podwykonawcę (Kupujący żąda od Sprzedającego przedstawienia **oświadczenia** podwykonawcy, złożone w formie pisemnej wg wzoru stanowiącego załącznik do umowy)**.**

3\*\*. Sprzedający ponosi odpowiedzialność za działania podwykonawców jak za swoje.

**§ 11**

**1.** Sprzedający uzgodni /tel, faxem, e-mailem/ z 3 dniowym wyprzedzeniem z upoważnionym pracownikiem Kupującego termin dostawy, szkolenia, montażu i uruchomienia sprzętu medycznego/aparatury medycznej będącego/ej przedmiotem umowy.

**2.** Kupujący zastrzega sobie prawo niepodpisania protokołu zdawczo - odbiorczego w przypadku braku lub niezgodności treści dokumentu wymaganego w niniejszej umowie bądź w obowiązującej w tym postępowaniu SIWZ.

**3**. Upoważnionym pracownikiem Kupującego do realizacji przedmiotu umowy jest ......................................................\* tel. ................................................ **w godz. 7.30 - 15.05 w dni robocze oraz w pakiecie .............. - .............................................**.

**4.** Upoważnionym pracownikiem Sprzedającego do realizacji przedmiotu umowy jest ......................................................\* tel. ........................................ **w godz. ..............................** w dniach ................................................... \*.

5. Sprzedający zobowiązuje się dostarczyć zamówiony sprzęt/aparaturę wraz z wymaganymi dokumentami na własny koszt w odpowiednim opakowaniu transportem zapewniającym należyte zabezpieczenie jakościowe dostarczonego towaru przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp. do magazynu Zamawiającego, a w wyjątkowej sytuacji po uzgodnieniu z upoważnionym pracownikiem Działu Zaopatrzenia Transportu i Magazynów bezpośrednio do wskazanego miejsca użytkowania.

**§ 12**

**UBEZPIECZENIE**

1. Sprzedający jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia , przy czym ubezpieczenie to powinno zachować ciągłość przez cały okres trwania umowy.

2. Sprzedający dostarczy Kupującemu kopię w/w dokumentu OC, a także dokumenty świadczące o ciągłości w/w ubezpieczenia w trakcie trwania umowy.

3. W przypadku gdy załączona polisa traci ważność przed wymaganym terminem zakończenia realizacji przedmiotu zamówienia, Sprzedający zobowiązuje się, że dokona przedłożenia jej ważności do terminu nie krótszego od wymaganego terminu zakończenia.

**§ 13**

Niniejszą umowę wraz z załącznikami sporządzono w 3 (trzech) jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa otrzymuje **Kupujący**, a jeden **Sprzedający.**

**§ 14**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawa Prawo zamówień publicznych, a ewentualne spory rozstrzygać będzie właściwy rzeczowo sąd dla Siedziby Kupującego.

**SPRZEDAJĄCY: KUPUJĄCY:**

**Załączniki do umowy:**

1. Zestawienie asortymentowo - ilościowe i parametry techniczne i wymagane dotyczące oferowanej aparatury medycznej i sprzętu medycznego.

2. Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, szkolenia.

3. Poświadczoną za zgodność z oryginałem przez sprzedającego polisę potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

4. Pełnomocnictwo, jeżeli umowę podpisuje pełnomocnik \*\*.

5. Umowa regulująca współpracę wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, jeżeli oferta tych wykonawców zostanie wybrana \*\*\*.

6. Oświadczenie podwykonawcy \*\*

\* - należy wypełnić

\*\* - jeżeli dotyczy

**\*\*\* -** dotyczy Wykonawców składających ofertę w ramach konsorcjum

**Załącznik do umowy - Oświadczenie podwykonawcy \***

\*- jeżeli dotyczy

Zadanie

**.....................................................................................**

**wykonane zgodnie z umową: .................................... z dnia .............................**

**Nazwa podwykonawcy ........................................................................................**

**Oświadczenie podwykonawcy , który uczestniczył w wykonaniu zadania**

**w okresie od daty rozpoczęcia zadania do .............................**

**W okresie rozliczeniowym wystawiono niżej wymienione faktury:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres wykonanych zadań** | **Nr faktury** | **Wartość faktury brutto/PLN/** | **Data wystawienia** | **Termin płatności** | **Fakturę zapłacono/nie zapłacono** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Oświadczamy, że**

**do dnia ...................................... otrzymaliśmy wynagrodzenie za prace przez nas wykonane**

**w ramach przedmiotowego zadania co wyczerpuje w pełni nasze roszczenie do Kupującego** \*\*

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

czytelny podpis lub podpisy i imienne pieczęcie osoby lub

osób upoważnionych do reprezentowania Podwykonawcy

\*\*- **Uwaga:**

Kolejne oświadczenia podwykonawcy mają uwzględniać wszystkie faktury dotychczas wystawione.

**Załącznik nr 8 do SIWZ – wzór protokołu zdawczo - odbiorczego**

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY z dnia ……………… r.**

do Umowy Nr………/ZT-SZP-226/01/14/2017 z dnia ………………r.

dotyczącej: **Zakupu, dostawy, montażu i uruchomienia aparatury medycznej i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży”,** znak sprawy: ZT-SZP-226/01/14/2017

**Kupujący :**

**Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego z siedzibą w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża**

**Bezpośredni Odbiorca/Użytkownik:**

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

**Sprzedający :**

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

Niniejszym Bezpośredni Odbiorcapotwierdza **przyjęcie do eksploatacji** od Sprzedającego następującego sprzętu medycznego/ aparatury medycznej :

1. producent …………………………………………………………

2. nazwa ……………………………………………………………..

3.typ …………………………………………………………….…

4. rok produkcji …………………………………………………….

5. numer seryjny/numer katalogowy ………………………….…….

6. ilość szt. / kpl.\* ……………………………………………………………….

**Uwaga !**

*W przypadku zakupów określonych jako „Zestaw” lub „Komplet” należy wymienić wszystkie poszczególne elementy zestawu/kompletu z informacjami określonymi w pkt 1-6 powyżej lub dołączyć w formie załącznika do protokołu.*

**Bezpośredni Odbiorca potwierdza, że otrzymał wraz z dostarczonym sprzętem medycznym/aparaturą medyczną następujące dokumenty zgodnie z § 2 ust 4 umowy i zapisami SIWZ, tj. :**

**1…………………………………………………………**

**2…………………………………………………………**

**3………………………………………………………….**

**Okres gwarancji** na ww. sprzęt medyczny/aparaturę medyczną wynosi : …………… **miesięcy. \***

**Szkolenie :**

w dniu ………………r. przedstawiciel sprzedającego przeprowadził szkolenie personelu w zakresie prawidłowej obsługi, podstaw eksploatacji i konserwacji dostarczonego sprzętu medycznego/aparatury medycznej. \*

**Lista osób, które uczestniczyły w szkoleniu stanowi załącznik do protokołu. \***

**Uwagi/ Zastrzeżenia:**

**………………………………………………………………………………………………**

**Protokół sporządzono w 4 egzemplarzach, z których 3 egzemplarze otrzymuje Bezpośredni Odbiorca i 1 egzemplarz Sprzedający.**

**Bezpośredni Odbiorca: Sprzedający:**