

SZPITAL WOJEWÓDZKI
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Al. Piłsudskiego 11, 18 – 404 Łomża
DZIAŁ ZAOPATRZENIA TRANSPORTU I MAGAZYNÓW
NIP 718-16-89-321 REGON 450665024
tel. 86 47 33 610 fax 86 47 33 210 tel. centr. 86 47 33 900
wew. 266 – Sekcja zamówień publicznych
e – mail: przetargi@szpital-lomza.pl www.szpital-lomza.pl

ZT-SZP-226/01/14/2017

12.04.2017r.

Do wszystkich zainteresowanych

Dotyczy: przetargu nieograniczonego **na zakup, dostawę, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.**

Na podstawie art. 38 ust. 2 z dnia 29 stycznia 2004r. ustawy Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2015r. poz. 2164) Szpital Wojewódzki w Łomży przesyła treść zapytania dotyczącego zapisów Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wyjaśnieniami. W przedmiotowym postępowaniu wpłynęło następujące zapytanie:

Pyt. 1. Zwracamy się z prośbą o wyodrębnienie z Pakietu nr 9 poz. 1 (Stabilizator zewnętrzny duży –zestaw standardowy) w odrębny pakiet, celem dopuszczenia do udziału w postępowaniu większą liczbę wykonawców oraz umożliwienia Zamawiającemu uzyskania konkurencyjnych ofert.

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na wydzielenie z Pakietu 9 pozycji 1 tworząc z tej pozycji odrębny pakiet nr 10.

Jednocześnie Zamawiający informuje, że na pozostałe pytania odpowiedź zostanie udzielona w późniejszym terminie.

Zamawiający na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych modyfikuje treść SIWZ dotyczącą:

- opisu przedmiotu zamówienia,
- warunków udziału w postępowaniu dotyczących zdolności technicznej i zawodowej,
- wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć wykonawcy w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw wykluczenia
- kryterium oceny ofert,
- wymagania dotyczące wadium,
- załączników nr 1,3,4 i 7,
- terminu składania i otwarcia ofert.

Część III SIWZ – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – pkt 1 otrzymuje nowe brzmienie:

1. Przedmiotem zamówienia jest **zakup, dostawa, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży** zwanego dalej Zamawiającym w ilościach, asortymencie i o wymaganiach wg załącznika nr 1 do SIWZ (zestawienie asortymentowo-ilościowe). **Ilość pakietów – 10**

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 typu Ilizarowa do stabilizacji – 1 szt.

PAKIET 10 - Stabilizator zewnętrzny duży – zestaw standardowy – 1 szt.

Część V SIWZ WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW pkt. 5.1.3 otrzymuje nowe brzmienie:

5.1.3 zdolność techniczna lub zawodowa:

warunek ten zostanie spełniony, jeśli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonał lub wykonuje co najmniej 1 dostawę aparatury medycznej określonej grupą/klasą/kategorią nomenklatury CPV na kwotę brutto 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;**

Część VI SIWZ - WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA pkt. 6.1.2 otrzymuje nowe brzmienie:

6.1.2 Wykazu 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 wg wzoru na zał. nr 4 do SIWZ.

W celu potwierdzenia spełnienia 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;**

Część X SIWZ - WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM I ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY pkt. 10.2 i 10.3 otrzymują nowe brzmienie:

10.2 Zamawiający żąda od Wykonawców wniesienia wadium dla poszczególnych pakietów:

**PAKIET 1 – 590,00 zł;
PAKIET 2 – 140,00 zł;
PAKIET 3 – 400,00 zł;
PAKIET 4 – 600,00 zł;
PAKIET 5 – 430,00 zł;
PAKIET 6 – 720,00 zł;
PAKIET 7 – 1400,00 zł;
PAKIET 8 – 960,00 zł;
PAKIET 9 – 100,00 zł;
PAKIET 10 – 770,00 zł;**

10.3 Ustala się wadium dla całości przedmiotu zamówienia w wysokości: **6.110,00 zł** (słownie: sześć tysięcy sto dziesięć złotych 00/100).

Część XV SIWZ pkt. 3 lit. b otrzymuje nowe brzmienie:

b) dotyczy Pakietu nr: 2 i 3 oraz nr 9 i 10 – zgodnie z warunkami SIWZ maksymalny graniczny termin dostawy wynosi 6 tygodni od dnia podpisania umowy.

Zamawiający dokonuje zmiany ogłoszenia o zamówieniu Numer 2017/S 051-093712 z dnia 14.03.2017 w zakresie informacji zawartych w punktach II.1.4, II.1.5, II.2, II.2.6, III.1.3, IV.1.1, IV 2.2.

Załącznik nr 1 otrzymuje nowe brzmienie:

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

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	Parametr oceny	Wartość oferowana/ podać stronę z oferty na potwierdzenie oferowanego para metru
1.	Spełnia wymagania „CE”, nr certyfikatu	TAK		
2.	Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V 50 Hz	TAK		
3.	Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min IP 22	TAK		

4.	Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1 : Klasa II, typ CF	TAK		
	Wymagania podstawowe			
5.	Pompa objętościowa do podawania dożylnego i dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiającą współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi	TAK		
6.	Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min.8 godz. przy przepływie 125 ml/godz.	TAK		
7.	Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny	TAK		
8.	Masa pompy wraz z uchwytem mocującym oraz transportowym ≤ 2 kg	TAK		
9.	Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy	TAK		
10.	Możliwość mocowania pompy do rury pionowej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę.	TAK		
11.	Możliwość mocowania pompy do szyny poziomej przy pomocy elementu na stałe wbudowanego w pompę.	TAK		
12.	Ręczne (nieautomatyczne) zamykanie drzwiczek	TAK		
13.	Funkcja programowania infuzji bez założonego drenu – przygotowanie pompy na przyjscie pacjenta	TAK		
14.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji	TAK		
15.	Zakres szybkości infuzji 0,1 do 1500 ml/godz.	TAK		
16.	Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu	TAK		
17.	Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji.	TAK		
18.	Regulacja szybkości podaży bolusa 50 – 1500 ml/h	TAK		
19.	Dokładność pompy +/- 5%	TAK		
20.	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.	
21.	Praca w oparciu o dedykowane linie infuzyjne wyposażone w zastawkę silikonową, nie posiadające w swoim składzie lateksu oraz DEHP	TAK		
22.	Wszystkie zestawy współpracujące z pompą wyposażone są w automatycznie blokowany zacisk, zapobiegający swobodnemu przepływowi po otwarciu drzwiczek pompy oraz zacisk rolkowy na drenie	TAK		
23.	Mechanizm nie wywołujący hemolizy – dedykowane dreny do transfuzji oraz podaży leków krwiopochodnych	TAK		
24.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml	TAK		
25.	Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 168 godzin.	TAK		
26.	Ostrzeżenie przekroczenia czasu pracy założonego zestawu może być aktywowane i nastawione w zakresie od 1 minuty do 96 godzin	TAK		
27.	Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii za pomocą piktogramu	TAK		

28.	Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – przynajmniej 16 poziomów	TAK		
29.	Funkcja KVO	TAK		
30.	Zróznicowana prędkość KVO programowana przez użytkownika w zakresie od 1 do 20 ml/h	TAK		
31.	Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godziny.	TAK		
32.	Automatyczne wznowienie infuzji po pauzie – opóźniony start	TAK		
33.	Ciśnienie okluzji programowane w zakresie od 50 – 750 mmHg	TAK		
34.	Wskaźnik pracy pompy widoczny z min. 4 metrów	TAK		
35.	Rejestr zdarzeń min. 1500 – zdarzenia zapisywane w czasie rzeczywistym	TAK		
36.	Biblioteka leków, min. 100 leków wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.)	TAK		
37.	Funkcja wykrywania powietrza w linii z możliwością programowania rozmiaru wykrywanego pęcherzyka lub skumulowanego powietrza zmierzonego w ciągu 15 minut	TAK		
38.	Specjalny sposób wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu (tzw. Tryb nocny)	TAK		
	Alarmy i ostrzeżenia			
39.	Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń	TAK		
40.	Alarm przypominający – zatrzymana infuzja	TAK		
41.	Alarm okluzji z sygnalizacją miejsca wystąpienia okluzji (przed lub za pompą)	TAK		
42.	Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia	TAK		
43.	Alarm rozładowanego akumulatora	TAK		
	Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora	TAK		
44.	Alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego	TAK		
45.	Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu.	TAK		
46.	Alarm wstępny przed końcem infuzji z możliwością zaprogramowania czasu przed końcem infuzji, w którym pojawi się alarm	TAK		
47.	Alarm powietrza w linii	TAK		
	Pozostałe			
48.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		
49.	Możliwość transmisji danych z pompy, możliwość połączenia w sieć z komputerem centralnym samodzielnie lub przez stację dokującą	TAK		
50.	Możliwość łączenia pomp w moduły po 2 lub 3 sztuki bez użycia dodatkowych elementów	TAK		
51.	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	TAK		

	- filtr 0,2 mikro milimetra antybakteryjny i blokujący powietrze z portem bezigłowym - kompatybilny z oferowaną pompą przepływową pakowany pojedynczo. Ilość 10 opakowań			
52.	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 kończynie górne i dolne (prawy i lewy), 2 mankiety na kończynie górne i 4 mankiety na kończynie 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 Wcześnieaków 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)
1.	Lampa do fototerapii statywowa, jezdna	TAK	
2.	Niska podstawa jezdna wyposażona w min 3 koła z czego min 2 z blokadą	TAK	
3.	Możliwość odłączenia czaszy lampy od statywu i umieszczenia na kopule inkubatora	TAK	
4.	Źródło światła - niebieskie diody LED o długości fali w zakresie max. 450 - 475 nm	TAK, podać	
5.	Lampa nie emitująca światła w zakresie UV i podczerwieni	TAK	
6.	Minimum dwa poziomy natężenia naświetlania - niski min 12 $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$ - wysoki min. 30 $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$	TAK, podać	
7.	Odchylenie natężenia po 6h nie większe niż 10%	TAK, podać	
8.	Trwałość modułów LED min. 40 tys godzin	TAK, podać	Wartość największa - 10pkt 40 000h - 0 pkt pozostałe proporcjonalnie
9.	Pole skutecznego naświetlania min. 50cm x 25 cm	TAK, podać	
10.	Wysokość lampy w zakresie 170-185cm	TAK, podać	
11.	Regulacja wysokości lampy w zakresie min. 40cm	TAK, podać	
12.	Regulowany kąt nachylenia czaszy lampy od 0° (poziomo) do min 40°	TAK, podać	
13.	Regulowana odległość punktu centralnego czaszy od osi stojaka (regulacja pozioma) w zakresie min. 10cm	TAK/NIE	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt
14.	Ciężar czaszy lampy < 3,6 kg	TAK, podać	
15.	Całkowity ciężar lampy (statyw wraz z czaszą) max. 18 kg	TAK, podać	
16.	Dopuszczalny poziom hałasu < 60 dB	TAK, podać	
17.	Zasilanie 230 V / 50 Hz	TAK	
Wyposażenie dla każdej lampy			
18.	Okularki ochronne w rozmiarach (mikro, wcześniak i noworodek)	TAK, po 20 sztuk każdego rozmiaru	

19.	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

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/parametr y 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 aktywną matrycą TFT, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 800 x 600 pikseli.	Tak	
4.	Dotykowe sterowanie monitorem oraz poprzez pokrętkę i przyciski funkcyjne	Tak	
5.	Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych.	Tak	
6.	Monitor wyposażony w co najmniej jedno	Tak	

	gniazdo USB służące między innymi do przenoszenia konfiguracji pacjenta oraz w gniazdo VGA umożliwiające podłączenie dodatkowego monitora kopiującego		
7.	Rejestrator termiczny	Tak	
8.	Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów: co najmniej 120-godzinne.	Tak	
9.	Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów: a) EKG; b) Odchylenie odcinka ST; c) Liczba oddechów (RESP); d) Saturacja (SpO2); e) Ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP); f) Temperatura (T1, T2, TD).	Tak	
10.	Pomiar EKG	Tak	
	1. Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm.	Tak	
	2. 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	
	3. Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż +/- 1%.	Tak	
	4. Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s.	Tak	
	5. 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	
	6. Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie	Tak	
	7. Analiza arytmii z rozpoznawaniem co najmniej 20 zaburzeń rytmu	Tak	
11.	Pomiar oddechów (RESP).	Tak	
	1. Impedencyjna metoda pomiaru.	Tak	
	2. Zakres pomiaru: minimum 5-120 oddechów /min	Tak	
	Dokładność pomiaru: nie gorsze niż +/-2 oddech /min	Tak	
	3. 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	
	2. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 30÷250/min.	Tak	

	3. Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%.	Tak	
	4. 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	
	2. Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷250 mmHg.	Tak	
	3. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 40÷200 bpm.	Tak	
	4. Tryb pomiaru: a) AUTO (programowanie interwałów co najmniej w zakresie 1÷480 minut); b) Ręczny.	Tak	
	5. 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	
	2. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1°C.	Tak	
	3. 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 mankiętów 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, pokręteł, 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	
	2. 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	1 szt.					
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 do kamery 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.	Adaptory 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. Wartość 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 kąтового 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: przedmiotowo-ocznego (VOR), przedmiotowo-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 pomocą 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.	Możliwość 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, kasetka 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 szt.	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 kasetka lub kontener do przechowywania i sterylizacji dermatomu – 1 szt.	TAK	
15.	Metalowa kasetka 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), samozatraskowe. Klamry uniwersalne stabilizatorów dwufunkcyjne 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 (sterylne)	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	
	Kłucz 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 częściowej.

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.....

.....
(pieczęć 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

.....
pieczętka 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 :

Szpitałem 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(a) 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 Wcześnieaków 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 przedśionkowego – 1 szt.**

**** PAKIET 8 – Dermatometr 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 nr 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 ciążyą 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 **zgoda 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 dniar.

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. Pilsudskiego 11, 18-400 Łomża

Bezpośredni Odbiorca/Użytkownik:

.....

Sprzedający :

.....

Niniejszym Bezpośredni Odbiorca potwierdza **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 : **miesiące**. *

Szkolenie :

w dniur. 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:

Zamawiający informuje o zmianie **Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zw. dalej SIWZ w zakresie miejsca oraz terminu składania i otwarcia ofert (Część 13 SIWZ):**

Pkt 1 otrzymuje brzmienie: „Ofertę należy złożyć w zaklejonej nieprzeźroczystej kopercie, w kancelarii Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego (pokój 235), Al. Piłsudskiego 11, 18 – 404 Łomża do dnia: **28.04.2017r. do godz. 10.00. Godziny pracy kancelarii: od poniedziałku do piątku w godz. 7.30-15.05.** Decyduje data otrzymania oferty przez Zamawiającego.”

Pkt.2 otrzymuje brzmienie: „**Publiczne** otwarcie ofert odbędzie się tego samego dnia tj. **28.04.2017r. o godz. 10:30 w Sali konferencyjnej (pokój 242) Szpitala Wojewódzkiego** im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Al. Piłsudskiego 11, 18 – 404 Łomża.”

W związku z powyższą zmianą treści SIWZ zapis na stronie tytułowej SIWZ otrzymuje brzmienie:

„TERMIN SKŁADANIA OFERT: 28 KWIETNIA 2017 r. godz. 10.00

TERMIN OTWARCIA OFERT: 28 KWIETNIA 2017 r. godz. 10.30”

DYREKTOR

SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego

mgr inż. Krzysztof Bałata