|  |  |
| --- | --- |
| C:\Documents and Settings\Grzesiek\Pulpit\Bez nazwy-1.png | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny  im. Wojskowej Akademii Medycznej  Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  Centralny Szpital Weteranów  ul. Żeromskiego 113  90-549 Łódź |

**~~MODYFIKACJA NR 1~~**

**MODYFIKACJA NR 2**

**Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie

**przetargu nieograniczonego**

numer sprawy: 29/PN/ZP/D/2020, na:

**dostawa wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**Wartość szacunkowa zamówienia przekracza wyrażoną w złotych

równowartość kwoty 139 000 EURO

**Specyfikacja zatwierdzona przez:** .........................................................

dr n. med. Konrad Walczak

Dyrektor ds. Organizacyjno-Medycznych

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

im. Wojskowej Akademii Medycznej

- Centralnego Szpitala Weteranów

**~~Łódź, dnia 10.04.2020 r.~~**

**Łódź, dnia 22.04.2020 r.**

*W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów   
wdrożono Zintegrowany System Zarządzania który obejmuje:   
System zarządzania jakością – ISO 9001:2008,(QMS)   
System zarządzania bezpieczeństwem informacji – ISO/IEC 27000:2013 (ISMS)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| www.usk.umed.lodz.pl |  |  |
| ul. Żeromskiego 113  90-549 Łódź | tel.: +48 42 639 34 52  fax: +48 42 639 35 47  e-mail: w.kaczmarek@skwam.lodz.pl | REGON: 471208164  NIP: 7272392503  KRS: 0000016979  BDO: 000025243 |

**I. INFORMACJE OGÓLNE**

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów zaprasza do składania ofert w postępowaniu prowadzonym **w trybie przetargu nieograniczonego**.
2. Postępowanie zostanie przeprowadzone na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, przepisów wykonawczych wydanych na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych oraz niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Postępowanie przeprowadzone jest na zasadach ogólnych. W sprawach nieuregulowanych ustawą zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny.
3. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może przed upływem terminu do składania ofert zmienić treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. W przypadku wprowadzenia takiej zmiany, informacja o tym zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim Wykonawcom, którym przekazano SIWZ oraz zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego. Zmiana ta będzie wiążąca dla wszystkich Wykonawców.
4. Użyte w Specyfikacji terminy mają następujące znaczenie:
5. „USK im. WAM-CSW” lub „Zamawiający” – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów.
6. „Postępowanie” – postępowanie prowadzone przez Zamawiającego na podstawie niniejszej Specyfikacji.
7. „SIWZ” – niniejsza Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia.
8. „Ustawa” - ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2019 r., poz. 1843, j.t. ze zm.).
9. „Zamówienie” – należy przez to rozumieć zamówienie publiczne, którego przedmiot został w sposób szczegółowy opisany w punkcie II SIWZ.
10. ”Wykonawca” – podmiot, który ubiega się o wykonanie Zamówienia, złoży ofertę na wykonanie Zamówienia albo zawrze z Zamawiającym umowę w sprawie wykonania Zamówienia.
11. Dane Zamawiającego:
12. Konto bankowe: **Bank Gospodarstwa Krajowego**
13. Nr konta bankowego: **70 1130 1163 0014 7049 0920 0012**
14. NIP: **727-23-92-503**
15. REGON: **471208164**
16. KRS: **0000016979**
17. BDO: **000025243**
18. Dokładny adres do korespondencji: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, ul. Żeromskiego 113, 90 – 549 Łódź, **z dopiskiem Dział Zamówień Publicznych**
19. Adres internetowy Zamawiającego: [**www.usk.umed.lodz.pl**](http://www.usk.umed.lodz.pl)
20. **Sposób komunikacji elektronicznej został szczegółowo opisany w rozdziale VII i XI**
21. Dokumentacja z postępowania dostępna jest na stronie platformy zakupowej pod adresem:

https://platformazakupowa.pl/pn/uskwam\_umedlodz

1. Znak Postępowania: **29/PN/ZP/D/2020, Uwaga:** w korespondencji kierowanej do Zamawiającego należy posługiwać się tym znakiem.
2. Finansowanie zamówienia:

**Dostawa Towaru, stanowiąca przedmiot zamówienia jest współfinansowana:**

**6.1. ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego *Infrastruktura i Środowisko* na lata 2014-2020 oraz budżetu państwa -** Projekt nr POIS.09.01.00-00-0118/16-00 pn. „Rozbudowa, przebudowa i doposażenie USK im. WAM- CSW w Łodzi celem utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z lądowiskiem dla helikopterów” – zadanie nr 3 – zakup sprzętu

**6.2. ze** **środków własnych Zamawiającego;**

**6.3. z innych źródeł finansowania, w tym np. z dotacji z budżetu państwa.**

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia niniejszego postępowania przetargowego jest: **dostawa wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego** (zwanego dalej towarem), zgodnie z rodzajem asortymentu i ilościami określonymi w „Formularzu asortymentowo-cenowym” stanowiącym załącznik nr 2 do SIWZ i zgodnie z „Formularzem Oferty”, stanowiącym załącznik nr 1 do SIWZ i spełniającego parametry graniczne sprecyzowane w załączniku „Parametry techniczne” (załącznik 1a do „Formularza Oferty”) - zamówienie podzielone **na 26 pakietów.**
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 2 do SIWZ („Formularz asortymentowo-cenowy”) i w załączniku nr 1a do SIWZ („Parametry techniczne”).
3. **Numer CPV** dotyczący przedmiotu zamówienia:
   * + **33.10.00.00-0** (urządzenia medyczne)
     + **39.00.00.00-2** Meble (włącznie z biurowymi), wyposażenie, urządzenia domowe (z wyłączeniem oświetlenia) i środki czyszczące
     + **33.19.20.00-2** - Meble medyczne
4. Oferowany przez Wykonawcę towar **we wszystkich pakietach** musi:
   * + być dopuszczony do obrotu i do używania na rynek polski, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 175 – j.t. ze zm.) – jeżeli dotyczy;
     + spełniać wymagania określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Niespełnienie choćby jednego z warunków granicznych określonych w SIWZ spowoduje odrzucenie oferty;
     + być fabrycznie nowy, musi odpowiadać standardom jakościowym i technicznym, wynikającym z funkcji i przeznaczenia, musi być wolny od wad materiałowych i prawnych, musi spełniać wymagania określone przez Zamawiającego w SIWZ oraz nie może być obciążony żadnymi prawami na rzecz osób trzecich, nie może być prototypem.

Ocena spełnienia warunków określonych powyżej nastąpi na podstawie przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, o których mowa w rozdz. XI w punkcie 15.1 SIWZ oraz w rozdz. VI w punkcie 9.

1. Ewentualne użycie w dokumentacji określeń i nazw własnych ma jedynie charakter przykładowy i służy określeniu klasy i jakości materiałów. Jeżeli w opisie przedmiotu zamówienia znajdują się wskazania znaków towarowych, patentów lub pochodzenia źródła lub szczególnego procesu, który charakteryzuje produkty lub usługi dostarczane przez konkretnego wykonawcę, jeżeli mogłoby to doprowadzić do uprzywilejowania lub wyeliminowania niektórych wykonawców lub produktów, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia i zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń, a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważny”., Wykonawca może zaoferować przedmioty równoważne. Zamawiający wymaga, aby użyte materiały, o ile są inne, posiadały parametry jakościowe i techniczne nie gorsze niż określone w przedmiocie zamówienia. Wykazanie równoważności zaoferowanego przedmiotu spoczywa na Wykonawcy.
2. Zamawiający nie przewiduje zamówień o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 7 ustawy
3. **Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne pakiety. W ramach pakietów Zamawiający wymaga złożenia oferty pełnej, tj.: oferta musi obejmować całość przedmiotu zamówienia pod względem asortymentu jak i ilości. W przeciwnym wypadku oferta zostanie odrzucona jako nie odpowiadająca treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**
4. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
5. Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej
6. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia oferty wariantowej.

**III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

1. **Zamówienie będzie zrealizowane (zakończone podpisanym protokołem zdawczo-odbiorczym bez zastrzeżeń): w terminie do 4 tygodni od dnia złożenia pisemnego zamówienia.**

**Zamawiający zobowiązuje się, że zamówienie zostanie złożone nie wcześniej niż 03.06.2020 r. i nie później niż do dnia 30.11.2020 r. włącznie.**

**Zamówienie zostanie w całości zrealizowane w maksymalnym terminie do 28.12.2020 r.**

**Za pisemne złożenie zamówienia uważa się również zamówienie złożone drogą mailową.**

1. Wszystkie dostawy muszą być ustalone pisemnie z Zamawiającym z co najmniej 7 dniowym wyprzedzeniem,
2. Dostawa, montaż, uruchomienie i szkolenie muszą być potwierdzone protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez Zamawiającego i Wykonawcę bez zastrzeżeń, z jednoczesnym przekazaniem faktur.

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca przekazał dwie oddzielne faktury. Jedna faktura obejmująca cenę towaru, koszty dostawy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru, serwisowanie towaru, druga faktura obejmująca przeszkolenie personelu.

1. Miejscem wykonania Zamówienia jest siedziba Zamawiającego, tj.: **Łódź, ul. Żeromskiego 113.**

**IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

* + - 1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

1.1. nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 i ust. 5 pkt 1 ustawy PZP

1.2. spełniają warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

1.2.1 zdolności technicznej lub zawodowej w zakresie doświadczenia

By warunki zostały spełnione wymagane jest wykazanie przez Wykonawcę:

1. w ramach warunku określonego w punkcie 1.2.1, Wykonawca zobowiązany jest do wykazania wykonania, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywania, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie:

**- dotyczy pakietów 1-25: przynajmniej 1 dostawy sprzętu medycznego**

**- dotyczy pakietu 26: przynajmniej 1 dostawy mebli medycznych**

* + - 1. Wykonawca może w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, w stosownych sytuacjach oraz w odniesieniu do konkretnego zamówienia, lub jego części, polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków prawnych.
      2. Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów, musi udowodnić Zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.
      3. Zamawiający ocenia, czy udostępniane Wykonawcy przez inne podmioty zdolności techniczne lub zawodowe, pozwalają na wykazanie przez wykonawcę spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz bada, czy nie zachodzą wobec tego podmiotu podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 13–22 i ust. 5 pkt 1.
      4. Jeżeli zdolności techniczne lub zawodowe, podmiotu, o którym mowa w ust. 1, nie potwierdzają spełnienia przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu lub zachodzą wobec tych podmiotów podstawy wykluczenia, Zamawiający żąda, aby Wykonawca w terminie określonym przez Zamawiającego:

1) zastąpił ten podmiot innym podmiotem lub podmiotami lub

2) zobowiązał się do osobistego wykonania odpowiedniej części zamówienia, jeżeli wykaże zdolności techniczne lub zawodowe, o których mowa w ust. 1.

* + - 1. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że Wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych Wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia.
      2. Nie spełnienie ww. warunku skutkować będzie wykluczeniem Wykonawcy z postępowania o udzielenie zamówienia w oparciu o przesłanki zawarte w art. 24 ust. 1 pkt. 12 ustawy PZP.
      3. Zgodnie z art. 24 aa Ustawy, Zamawiający najpierw dokona oceny ofert, a następnie zbada, czy Wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, zgodnie z kryteriami oceny ofert określonymi w SIWZ, nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.

**V. PODSTAWY WYKLUCZENIA, O KTÓRYCH MOWA ART. 24 UST. 5 USTAWY PZP**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy PZP.

Zamawiający działając na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy wykluczy z postępowania Wykonawcę:

* 1. W stosunku do którego otwarto likwidację, w zatwierdzonym przez sąd układzie w postępowaniu restrukturyzacyjnym jest przewidziane zaspokojenie wierzycieli przez likwidację jego majątku lub sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 332 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. z 2019 r., poz. 243 t.j., ze zm.) lub którego upadłość ogłoszono, z wyjątkiem Wykonawcy, który po ogłoszeniu upadłości zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego, chyba że sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 366 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz.U. z 2019 r., poz. 498 t.j. ze zm.)

**VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA**

1. W celu wykazania spełnienia warunków udziału w Postępowaniu określonych w rozdziale IV pkt. 1, każdy z Wykonawców jest zobowiązany do oferty załączyć:

* 1. aktualne na dzień składania ofert oświadczenie w zakresie wskazanym w załączniku nr 3 do SIWZ stanowiące wstępne potwierdzenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu i spełnia warunki udziału w postępowaniu. Oświadczenie to Wykonawca składa w formie jednolitego dokumentu sporządzonego zgodnie z wzorem standardowego formularza określonego w rozporządzeniu wykonawczym Komisji Europejskiej wydanym na podstawie art. 59 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE*.*

**UWAGA! W części IV Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia (załącznik nr 3 do SIWZ) Wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji α: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji (A-D) w części IV.**

W Jednolitym Europejskim Dokumencie Zamówienia Wykonawca nie wypełnia części / sekcji, które nie dotyczą niniejszego postępowania i zostały skreślone.

Informujemy, że na stronie Urzędu Zamówień Publicznych znajduje się Instrukcja wypełniania Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia pod adresem:

<https://www.uzp.gov.pl/baza-wiedzy/jednolity-europejski-dokument-zamowienia>

* Wykonawca, który powołuje się na zasoby innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia oraz spełniania, w zakresie, w jakim powołuje się na ich zasoby, warunków udziału w postępowaniu: składa także jednolite dokumenty dotyczące tych podmiotów.
* Na żądanie Zamawiającego, Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu składa jednolite dokumenty dotyczące podwykonawców – nie jest wymagane w przedmiotowym postępowaniu.
* W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców, jednolity dokument składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokumenty te potwierdzają spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia.
* Wykonawca może wykorzystać w jednolitym dokumencie nadal aktualne informacje zawarte w innym jednolitym dokumencie złożonym w odrębnym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

A. W postępowaniu oświadczenie JEDZ należy przesłać przy użyciu środków komunikacji elektronicznej. JEDZ sporządza się pod rygorem nieważności w postaci elektronicznej i opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Oświadczenia podmiotów składających ofertę wspólnie (art. 25a ust. 6 pzp) oraz podmiotów udostępniających potencjał (art. 25a ust. 3 p. 1 pzp) składane na formularzu JEDZ powinny mieć formę dokumentu elektronicznego, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez każdego z nich w zakresie w jakim potwierdzają okoliczności, o których mowa w treści art. 22 ust. 1 ustawy Pzp. Analogiczny wymóg dotyczy JEDZ składanego przez podwykonawcę, na podstawie art. 25a ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp.

A.1.Zamawiający dopuszcza w szczególności następujący format przesyłanych danych: .pdf, .doc, .docx, .rtf, .odt.

A.2. Wykonawca wypełnia JEDZ, tworząc dokument elektroniczny. Może korzystać z narzędzia ESPD lub innych dostępnych narzędzi lub oprogramowania, które umożliwiają wypełnienie JEDZ i utworzenie dokumentu elektronicznego, w szczególności w jednym z ww. formatów. Zamawiający zaleca wypełnienie dokumentu JEDZ który jest załącznikiem nr 3 do SIWZ.

A.3. Po stworzeniu lub wygenerowaniu przez wykonawcę dokumentu elektronicznego JEDZ, wykonawca podpisuje ww. dokument kwalifikowanym podpisem elektronicznym, wystawionym przez dostawcę kwalifikowanej usługi zaufania, będącego podmiotem świadczącym usługi certyfikacyjne - podpis elektroniczny, spełniające wymogi bezpieczeństwa określone w ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 162, ze zm.).

1. Zamawiający przed udzieleniem zamówienia, wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni, terminie aktualnych na dzień złożenia poniższych dokumentów:

2.1. W celu wykazania potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w rozdziale IV pkt. 1.2.:

2.1.1 wykazu dostaw wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, 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 określających czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

*Podane w wykazie dostawy winny spełniać szczegółowe warunki udziału w Postępowaniu określone w rozdz. IV pkt 1 a).*

2.2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia określonych w rozdziale IV pkt. 1.1.:

* + 1. informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14, 21, ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert
    2. oświadczenia Wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności
    3. oświadczenia Wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne
    4. odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy

Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a ustawy, jest zobowiązany do przedstawienia w odniesieniu do tych podmiotów dokumentów wymienionych w punkcie 2.2.

1. **W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 23 PZP,** Wykonawca w terminie **3 dni** od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 3 ustawy PZP, przekaże Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej **grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP. Wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 5 do SIWZ
2. Jeżeli Wykonawca nie złoży oświadczenia, o którym mowa w rozdz. VI 1. niniejszej SIWZ, oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy PZP, lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez zamawiającego wątpliwości, Zamawiający wezwie do ich złożenia, uzupełnienia, poprawienia w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia oferta Wykonawcy podlegałaby odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
3. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w:

5.1. pkt 2.2.1 – składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy;

5.2. pkt 2.2.4 – składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.

1. Dokumenty, o których mowa w pkt. 5.1. i 5.2., powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt. 5.1 i 5.2., zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania Wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Przepis pkt. 6 stosuje się.
3. Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy dokument wskazany w pkt 2.2.1, składa dokument, o którym mowa w pkt 5.1., w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 i 21 ustawy. Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Przepis pkt. 6 stosuje się.
4. Zamawiający przed udzieleniem zamówienia, wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie, dokumentów dotyczących spełniania warunków wymaganych przez zamawiającego:
   1. **dotyczy wszystkich pakietów:** Szczegółowe informacje na temat każdego oferowanego Towaru (np. opisy, fotografie, katalogi, prospekty, dane techniczne lub inne podobne materiały, których autentyczność musi zostać poświadczona przez wykonawcę na żądanie zamawiającego) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych Załącznika 1a (Parametry techniczne) do SIWZ

Jeżeli załączone do oferty ilustrowane foldery/prospekty/instrukcja obsługi nie będą potwierdzały wszystkich wymaganych parametrów, Wykonawca jest zobowiązany złożyć oświadczenie, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagane parametry techniczne,

***Prosimy o zaznaczenie na poszczególnych dokumentach, którego pakietu one dotyczą***.

**VII. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, JEŻELI ZAMAWIAJĄCY, W SYTUACJACH OKREŚLONYCH W ART. 10C – 10E USTAWY PZP, PRZEWIDUJE INNY SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ NIŻ PRZY UŻYCIU ŚRODKÓW KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.**

1. Postępowanie prowadzone jest w języku polskim w formie elektronicznej za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/) (dalej jako „Platforma”) pod adresem: https://platformazakupowa.pl/pn/uskwam\_umedlodz
2. W celu skrócenia udzielenia odpowiedzi na pytania preferuje się, aby komunikacja między zamawiającym a wykonawcami, w tym wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje, przekazywane są w formie elektronicznej za pośrednictwem Platformy i formularza „Wyślij wiadomość” znajdującego się na stronie danego postępowania. Za datę przekazania (wpływu) oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji przyjmuje się datę ich przesłania za pośrednictwem Platformy poprzez kliknięcie przycisku „Wyślij wiadomość” po których pojawi się komunikat, że wiadomość została wysłana do zamawiającego.
3. Zamawiający będzie przekazywał wykonawcom informacje w formie elektronicznej za pośrednictwem Platformy. Informacje dotyczące odpowiedzi na pytania, zmiany specyfikacji, zmiany terminu składania i otwarcia ofert Zamawiający będzie zamieszczał na platformie w sekcji “Komunikaty”. Korespondencja, której zgodnie z obowiązującymi przepisami adresatem jest konkretny wykonawca, będzie przekazywana w formie elektronicznej za pośrednictwem Platformy do konkretnego wykonawcy.
4. Zamawiający, zgodnie z § 3 ust. 3 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępnienia i przechowywania dokumentów elektronicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1320; dalej: “Rozporządzenie w sprawie środków komunikacji”), określa niezbędne wymagania sprzętowo - aplikacyjne umożliwiające pracę na [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/), tj.:
   1. stały dostęp do sieci Internet o gwarantowanej przepustowości nie mniejszej niż 512 kb/s,
   2. komputer klasy PC lub MAC o następującej konfiguracji: pamięć min. 2 GB Ram, procesor Intel IV 2 GHZ lub jego nowsza wersja, jeden z systemów operacyjnych - MS Windows 7, Mac Os x 10 4, Linux, lub ich nowsze wersje,
   3. zainstalowana dowolna przeglądarka internetowa, w przypadku Internet Explorer minimalnie wersja 10 0.,
   4. włączona obsługa JavaScript,
   5. zainstalowany program Adobe Acrobat Reader lub inny obsługujący format plików .pdf,
   6. Platforma działa według standardu przyjętego w komunikacji sieciowej - kodowanie UTF8,
   7. Oznaczenie czasu odbioru danych przez platformę zakupową stanowi datę oraz dokładny czas (hh:mm:ss) generowany wg. czasu lokalnego serwera synchronizowanego z zegarem Głównego Urzędu Miar.
5. Wykonawca, przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:
   1. akceptuje warunki korzystania z [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl/) określone w Regulaminie zamieszczonym na stronie internetowej [pod linkiem](https://platformazakupowa.pl/strona/1-regulamin) w zakładce „Regulamin" oraz uznaje go za wiążący,
   2. zapoznał i stosuje się do Instrukcji składania ofert/wniosków dostępnej [pod linkiem](https://drive.google.com/file/d/1Kd1DttbBeiNWt4q4slS4t76lZVKPbkyD/view).
6. Zamawiający informuje, że instrukcje korzystania z Platformy dotyczące w szczególności logowania, składania wniosków o wyjaśnienie treści SIWZ, składania ofert oraz innych czynności podejmowanych w niniejszym postępowaniu przy użyciu Platformy znajdują się w zakładce „Instrukcje dla Wykonawców" na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>
7. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności z tytułu:
   * + 1. okoliczności wynikających z niewłaściwego zabezpieczenia przez Wykonawcę informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2019 r. poz. 1010, t.j. ze zm.),
       2. nieotrzymania przez Wykonawcę informacji związanych z prowadzonym postępowaniem w przypadku wskazania przez Wykonawcę w ofercie błędnego adresu, błędnego adresu skrzynki ePUAP, numeru telefonu, adresu e-mail lub numeru sprawy,
       3. okoliczności wynikających z błędnego wskazania przez Wykonawcę w ofercie informacji dotyczących „rachunku prowadzonego w banku” oraz „numeru konta”, na który należy zwrócić wadium wniesione w pieniądzu.
8. W korespondencji kierowanej do Zamawiającego Wykonawca winien posługiwać się numerem sprawy określonym w SIWZ.
9. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ.
10. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynie do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa terminu składania ofert, Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na **6 dni** przed upływem terminu składania ofert. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynie po upływie terminu, o którym mowa powyżej, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Zamawiający zamieści wyjaśnienia na stronie internetowej, na której udostępniono SIWZ.

**!!! *Zamawiający zwraca się z prośbą, aby zapytania zostały również przesłane drogą elektroniczną w dokumencie edytowalnym (np. word)* !!!**

1. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w rozdz. VII.10 niniejszej SIWZ.
2. W przypadku rozbieżności pomiędzy treścią niniejszej SIWZ, a treścią udzielonych odpowiedzi, jako obowiązującą należy przyjąć treść pisma zawierającego późniejsze oświadczenie Zamawiającego.
3. Zamawiający nie przewiduje zwołania zebrania Wykonawców.
4. Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do porozumiewania się z Wykonawcami jest:

**W sprawach proceduralnych:**

1. Wioleta Kaczmarek - Dział Zamówień Publicznych

**W sprawach merytorycznych:**

1. Joanna Trzcinka-Kuśmierczyk – Sekcja Zaopatrzenia Medycznego

**VIII. DODATKOWE ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY**

1. Oferowana dostawa powinna spełniać warunki szczegółowo określone w formularzu asortymentowo-cenowym – Załącznik nr 2 do SIWZ. Ocena spełnienia tego warunku nastąpi na podstawie przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, o których mowa w punkcie VI.9, i XI.15.
2. Wymagany przez Zamawiającego termin płatności - **minimum 45 dni – maksimum 60 dni**, od dnia otrzymania przez Zamawiającego każdej z dwóch prawidłowo wystawionych faktur, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy. Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy podany w Formularzu Oferty. W przypadku podatników VAT należy podać numer rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista, a w przypadku innych podatników należy podać numer rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgodny ze zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością.
3. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca przekazał dwie oddzielne faktury. Jedna faktura obejmująca cenę towaru, koszty dostawy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru, serwisowanie towaru, druga faktura obejmująca przeszkolenie personelu.
4. Zamawiający wymaga, aby dostarczony towar wraz z wyposażeniem miał, **co najmniej 36-miesięczną (maksimum 60 miesięcy)** gwarancję oraz rękojmię za wady przedmiotu umowy od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń, po dokonaniu dostawy (dostarczenie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego) całości przedmiotu umowy, zainstalowaniu (montaż i uruchomienie) towaru i przeszkoleniu personelu. Okres rękojmi i okres gwarancji muszą być takie same.
5. Wykonawca zapewni obsługę serwisową towaru w okresie trwania gwarancji bez dodatkowych kosztów dla Zamawiającego
6. Zamawiający wymaga wskazania przez Wykonawcę w Formularzu oferty części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom.

Ocena spełnienia ww. warunków nastąpi na podstawie złożonego przez Wykonawcę potwierdzenia ich spełnienia zamieszczonego w „Formularzu oferty” (załącznik nr 1).

**IX. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

1. Oferta powinna być zabezpieczona wadium w wysokości: **36 187,00 złotych**, słownie: trzydzieści sześć tysięcy sto osiemdziesiąt siedem zł 00/100 (dotyczy wszystkich pakietów). Wadium należy wnieść w wysokości uzależnionej od części zamówienia, tj.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr Pakietu: | Wadium w PLN: | Nr Pakietu: | Wadium w PLN: |
| Pakiet 1 | 2 220,00 | Pakiet 14 | 1 600,00 |
| Pakiet 2 | 5 125,00 | Pakiet 15 | 140,00 |
| Pakiet 3 | 1 926,00 | Pakiet 16 | 117,00 |
| Pakiet 4 | 3 871,00 | Pakiet 17 | 88,00 |
| Pakiet 5 | 6 296,00 | Pakiet 18 | 719,00 |
| Pakiet 6 | 494,00 | Pakiet 19 | 1 470,00 |
| Pakiet 7 | 375,00 | Pakiet 20 | 713,00 |
| Pakiet 8 | 134,00 | Pakiet 21 | 636,00 |
| Pakiet 9 | 1 333,00 | Pakiet 22 | 982,00 |
| Pakiet 10 | 1 537,00 | Pakiet 23 | 982,00 |
| Pakiet 11 | 122,00 | Pakiet 24 | 459,00 |
| Pakiet 12 | 139,00 | Pakiet 25 | 672,00 |
| Pakiet 13 | 622,00 | Pakiet 26 | 3 415,00 |

W przypadku składania oferty na kilka pakietów należy wnieść wadium w kwocie równej sumie kwot właściwych dla poszczególnych części zamówienia (pakietów).

1. **Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert.**
2. Wadium może być wniesione w jednej lub kilku następujących formach:

* pieniądzu - przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego wskazany w punkcie I.5 SIWZ z zaznaczeniem „**wadium – 29/PN/ZP/D/2020 – wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, pakiet nr …**”.
* poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo - kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym – gwarantowane na okres minimum 60 dni licząc od ostatecznego terminu składania ofert,
* gwarancjach bankowych – gwarantowane na okres minimum 60 dni licząc od ostatecznego terminu składania ofert,
* gwarancjach ubezpieczeniowych – gwarantowane na okres minimum 60 dni licząc od ostatecznego terminu składania ofert,
* poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt. 2 ustawy z dnia 09.11.2000r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz.U. z 2019 r. poz.310).

1. W przypadku wnoszenia wadium w gwarancjach bankowych, ubezpieczeniowych lub poręczeniach. Dokument wniesienia wadium w formie gwarancji/poręczenia winien zawierać nieodwołalne i bezwarunkowe zobowiązanie gwaranta/poręczyciela zapłaty wymaganej kwoty wadium, gdy wystąpią przesłanki art. 46 ust. 4a oraz art. 46 ust. 5 ustawy PZP.
2. W przypadku wnoszenia wadium przelewem na rachunek bankowy, o jego wniesieniu w terminie decydować będzie data i godzina wpływu środków na rachunek bankowy Zamawiającego wskazany w punkcie I.5 SIWZ.
3. Skuteczne wniesienie wadium w pieniądzu następuje z chwilą uznania środków pieniężnych na rachunku bankowym Zamawiającego, o którym mowa w rozdz. I.5 niniejszej SIWZ, przed upływem terminu składania ofert (tj. przed upływem dnia i godziny wyznaczonej jako ostateczny termin składania ofert).
4. UWAGA!

**Wadium w formie innej niż pieniądz winno być wniesione w formie elektronicznego oryginału tj. dokumentu opatrzonego kwalifikowanymi podpisami elektronicznymi przez osoby do tego uprawnione ze strony gwaranta (np. banku, ubezpieczyciela).**

1. **Oferta Wykonawcy, który nie wniesie wadium lub wniesie w sposób nieprawidłowy zostanie odrzucona.**
2. Okoliczności i zasady zwrotu wadium, jego przepadku oraz zasady jego zaliczenia na poczet zabezpieczenia należytego wykonania umowy określa ustawa PZP.

**X. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

1. Wykonawca związany jest złożoną ofertą przez okres **60 dni**. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert, o którym mowa w punkcie XII SIWZ.
2. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.
3. Przedłużenie terminu związania ofertą jest dopuszczalne tylko z jednoczesnym przedłużeniem okresu ważności wadium albo, jeżeli nie jest to możliwe, z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą. Jeżeli przedłużenie terminu związania ofertą dokonywane jest po wyborze oferty najkorzystniejszej, obowiązek wniesienia nowego wadium lub jego przedłużenia dotyczy jedynie wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza.
4. Odmowa wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 2 nie powoduje utraty wadium.

**XI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Wykonawcy zobowiązani są zapoznać się dokładnie z informacjami zawartymi w SIWZ, w modyfikacjach SIWZ i przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w tym dokumencie.
2. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty własne związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku Postępowania. Zamawiający w żadnym przypadku nie odpowiada za koszty poniesione przez Wykonawców w związku z przygotowaniem i złożeniem oferty. Wykonawcy zobowiązują się nie podnosić jakichkolwiek roszczeń z tego tytułu względem Zamawiającego, z zastrzeżeniem art. 93 ust. 4 Ustawy.
3. Oferta winna być sporządzona wg wzoru FORMULARZA OFERTY (załącznik nr 1) i podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę (osoby) uprawnioną do występowania w imieniu Wykonawcy (dalej „Osoby Uprawnione”).
4. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, komputerze lub inną trwałą, czytelną techniką.
5. Ofertę należy złożyć w formie elektronicznej za pośrednictwem platformazakupowa.pl
6. Zgodnie z definicją dokumentu elektronicznego z art.3 ustęp 2 Ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, opatrzenie pliku zawierającego skompresowane dane kwalifikowanym podpisem elektronicznym jest jednoznaczne z podpisaniem oryginału dokumentu, z wyjątkiem kopii poświadczonych odpowiednio przez innego wykonawcę ubiegającego się wspólnie z nim o udzielenie zamówienia, przez podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, albo przez podwykonawcę.
7. Maksymalny rozmiar jednego pliku przesyłanego za pośrednictwem dedykowanych formularzy do: złożenia, zmiany, wycofania oferty oraz do komunikacji wynosi: 100 MB.
8. Ze względu na niskie ryzyko naruszenia integralności pliku oraz łatwiejszą weryfikację podpisu, zamawiający zaleca, w miarę możliwości, przekonwertowanie plików składających się na ofertę na format PDF i opatrzenie ich podpisem kwalifikowanym PAdES.
9. Pliki w innych formatach niż PDF zaleca się opatrzyć zewnętrznym podpisem XAdES. Wykonawca powinien pamiętać, aby plik z podpisem przekazywać łącznie z dokumentem podpisywanym.
10. **Zaleca się, aby komunikacja z wykonawcami odbywała się tylko na Platformie za pośrednictwem formularza “Wyślij wiadomość”, nie za pośrednictwem adresu email.**
11. Ofertę należy przygotować z należytą starannością i zachowaniem odpowiedniego odstępu czasu do zakończenia przyjmowania ofert/wniosków. Sugerujemy złożenie oferty na 24 godziny przed terminem składania ofert/wniosków.
12. Podczas podpisywania plików zaleca się stosowanie algorytmu skrótu SHA2 zamiast SHA1.
13. Jeśli wykonawca pakuje dokumenty np. w plik ZIP zalecamy wcześniejsze podpisanie każdego ze skompresowanych plików.
14. **Wszelkie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2019 r., poz. 1010 – j.t. ze zm.), które Wykonawca zastrzeże jako tajemnicę przedsiębiorstwa, powinny zostać **złożone (umieszczone) na platformie w formularzu składania oferty w miejscu wyznaczonym do dołączenia części oferty stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa**.
15. **Na ofertę składają się następujące dokumenty:**
    1. **„Formularz Oferty”** przygotowany zgodnie ze wzorem podanym w Załączniku nr 1 (zawierający m.in. oświadczenie o zaakceptowaniu dodatkowych zobowiązań określonych w pkt. VIII)

15.1.1 Wypełniony i podpisany załącznik nr 1a) do Formularza Oferty **„Parametry techniczne”.** Załącznik nr1 a) do Formularza Oferty należy złożyć w odniesieniu do pakietu, na który Wykonawca składa ofertę*.*

15.1.2 Wypełniony (lub sporządzony wg wzoru) załącznik nr 1b) do Formularza Oferty – **Warunki gwarancji i serwisu** – przygotowany oddzielnie dla każdego pakietu (jeśli jest taka potrzeba w kilku egzemplarzach, oddzielnie dla każdego kompletu/towaru wchodzącego w skład zestawu/pakietu)

* 1. **„Formularz Asortymentowo-Cenowy”** przygotowany zgodnie ze wzorem podanym w Załączniku nr 2 do SIWZ;
  2. **Jednolity Europejski Dokument Zamówienia** przygotowany zgodnie ze wzorem podanym w Załączniku nr 3 do SIWZ;
  3. **Zobowiązanie innych podmiotów** do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia (o ile dotyczy);
  4. **Dowód wniesienia wadium**. W przypadku wniesienia wadium w formie gwarancji lub poręczenia oryginał dokumentu należy złożyć:

- *w formie elektronicznej i ma on być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez*

*Gwaranta, tj. wystawcę gwarancji / poręczenia,*

- razem z ofertą przed upływem terminu składania ofert,

UWAGA: oryginał dokumentu należy złożyć jako osobny plik (w sposób pozwalający na jego zwrot bez dekompletowania oferty) obok innych plików stanowiących ofertę i skompresować do jednego pliku archiwum (ZIP), o którym mowa w pkt VII.2.3 SIWZ.

* 1. **Pełnomocnictwo** do podpisania oferty, oświadczeń i dokumentów składających się na ofertę, o ile upoważnienie to nie wynika z innych dokumentów dołączonych do oferty *- należy sporządzić w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym oraz przekazać w oryginale lub w elektronicznej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza.*
  2. W przypadku oferty składanej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (np. konsorcjum), do oferty powinno zostać załączone **pełnomocnictwo** dla Osoby Uprawnionej do reprezentowania ich w postępowaniu albo do reprezentowania ich w postępowaniu i zawarcia umowy *- należy sporządzić w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym oraz przekazać w oryginale lub w elektronicznej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza.*

1. Dokumenty lub oświadczenia, o których mowa w SIWZ, składane są w oryginale w postaci dokumentu elektronicznego lub w elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia poświadczonej za zgodność z oryginałem.
2. Poświadczenie za zgodność z oryginałem elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia następuje przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione.
3. Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio Wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega Wykonawca, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów lub oświadczeń, które każdego z nich dotyczą.
4. Jeżeli oryginały dokumentów lub oświadczeń lub inne dokumenty lub oświadczenia składane w postępowaniu o udzielenie zamówienia, nie zostały sporządzone w postaci dokumentu elektronicznego, Wykonawca może sporządzić i przekazać elektroniczną kopię posiadanego dokumentu lub oświadczenia. W tym celu należy wykonać skan postaci papierowej oświadczenia / dokumentu podpisanego własnoręcznie przez Wykonawcę / podwykonawcę / podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega Wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ustawy PZP i opatrzyć go kwalifikowanym podpisem elektronicznym (w ślad za UZP: „… *w praktyce będzie to elektroniczne odwzorowanie oryginalnego oświadczenia lub dokumentu sporządzonego pierwotnie w postaci papierowej, czyli skan oświadczenia lub dokumentu papierowego, a następnie potwierdzenie za zgodność z oryginałem przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego“.).*
5. W przypadku przekazywania przez Wykonawcę elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia, opatrzenie jej kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez Wykonawcę albo odpowiednio przez podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega Wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ustawy PZP, albo przez podwykonawcę, jest równoznaczne z poświadczeniem elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia za zgodność z oryginałem.
6. Dokumenty lub oświadczenia sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.
7. W przypadku, o którym mowa w rozdziale VI pkt 2-3 i 5-8 SIWZ, zamawiający może żądać od wykonawcy przedstawienia tłumaczenia na język polski wskazanych przez wykonawcę i pobranych samodzielnie przez zamawiającego dokumentów
8. W przypadku oferty składanej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (np. konsorcjum), Zamawiający, dokonując oceny, czy Wykonawcy spełniają wymagania określone w SIWZ, uwzględni posiadaną wiedzę i doświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (np. członków konsorcjum).
9. **Oferta oraz wszelkie oświadczenia i zaświadczenia dołączone do niej są jawne i podlegają udostępnieniu od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2019 r., poz. 1010, t.j. ze zm.),** **o ile Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa**. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy. Informacje powinny zostać przekazane w taki sposób, by Zamawiający mógł z łatwością określić zakres informacji objętych tajemnicą. Wskazane jest, aby informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa Wykonawcy były przygotowane i przekazane przez Wykonawcę w formie odrębnego załącznika do oferty opatrzonego klauzulą „TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA”. W przypadku JEDZ-a osobny plik.
10. Zamawiający informuje, iż zgodnie z art. 8 w zw. z art. 96 ust. 3 ustawy PZP oferty składane w postępowaniu o zamówienie publiczne są jawne i podlegają udostępnieniu od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, których się nie ujawnia jeśli Wykonawca nie później niż w terminie składania ofert zastrzegł, że nie mogą one być udostępniane i jednocześnie wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
11. Brak jednoznacznego wskazania, które informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oznaczać będzie, że wszelkie oświadczenia i zaświadczenia składane w trakcie niniejszego postępowania są jawne bez zastrzeżeń.
12. Zastrzeżenie informacji, które nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji będzie traktowane, jako bezskuteczne i skutkować będzie ich odtajnieniem.
13. Zamawiający informuje, że w przypadku kiedy Wykonawca otrzyma od niego wezwanie w trybie art. 90 ustawy PZP, a złożone przez niego wyjaśnienia i/lub dowody stanowić będą tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji Wykonawcy będzie przysługiwało prawo zastrzeżenia ich jako tajemnica przedsiębiorstwa. Przedmiotowe zastrzeżenie zamawiający uzna za skuteczne wyłącznie w sytuacji kiedy Wykonawca oprócz samego zastrzeżenia, jednocześnie wykaże, iż dane informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
14. Jeden Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert lub złożenie ofert wariantowych / alternatywnych spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę.
15. Wykonawca, za pośrednictwem platformazakupowa.pl może przed upływem terminu do składania ofert zmienić lub wycofać ofertę. Sposób dokonywania zmiany lub wycofania oferty zamieszczono w instrukcji zamieszczonej na stronie internetowej pod adresem: https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje

Wykonawca po upływie terminu do składania ofert nie może skutecznie dokonać zmiany, ani wycofać złożonej oferty.

**XII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA ORAZ OTWARCIA OFERT**

1. **Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami należy złożyć (umieścić) na Platformie pod adresem: https://platformazakupowa.pl/pn/uskwam\_umedlodz na stronie dotyczącej odpowiedniego postępowania do dnia 29.04.2020 r., do godz. 08:30**.
2. **Publiczne otwarcie ofert nastąpi w dniu 29.04.2020 r. o godz. 09:30** za pośrednictwem platformazakupowa.pl w siedzibie Zamawiającego – Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralnym Szpitalu Weteranów, ul. Żeromskiego 113 – Dział Zamówień Publicznych. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający podaje kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
3. Po wypełnieniu Formularza składania oferty lub wniosku i załadowaniu wszystkich wymaganych załączników należy kliknąć przycisk „Przejdź do podsumowania”.
4. Oferta lub wniosek składana elektronicznie musi zostać podpisana elektronicznym podpisem kwalifikowanym. W procesie składania oferty za pośrednictwem platformy wykonawca powinien złożyć podpis bezpośrednio na dokumencie przesłanym za pośrednictwem Platformy. Złożenie podpisu na platformie na etapie podsumowania ma charakter nieobowiązkowy, jednak pozwala zweryfikować ważność podpisu przed złożeniem oferty.
5. Za datę przekazania oferty przyjmuje się datę jej przekazania w systemie (platformie) w drugim kroku składania oferty poprzez kliknięcie przycisku “Złóż ofertę” i wyświetlenie się komunikatu, że oferta została zaszyfrowana i złożona.
6. Szczegółowa instrukcja dla Wykonawców dotycząca złożenia, zmiany i wycofania oferty znajduje się na stronie internetowej pod adresem: https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje
7. Otwarcie ofert jest jawne.
8. Podczas otwarcia ofert Zamawiający odczyta informacje, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy PZP.
9. Niezwłocznie po otwarciu ofert zamawiający zamieści na platformazakupowa.pl w sekcji „Komunikaty” na stronie danego postępowania informacje dotyczące:
10. kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;
11. firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie;
12. ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

**XIII. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY**

1. Wykonawca określi cenę netto i brutto (zawierającą należny podatek VAT) w złotych polskich wg załączonego Formularza asortymentowo-cenowego (załącznik nr 2 do SIWZ).
2. Towar dostarczony będzie do Zamawiającego w opakowaniu producenta na koszt i ryzyko Wykonawcy.
3. Opłata za opakowanie powinna być wliczona w cenę towaru. Cena powinna obejmować: koszty transportu krajowego i zagranicznego loco Zamawiający, rozładunku, załadunku, koszty ubezpieczenia w kraju i za granicą, opłaty celne i graniczne, wszelkie rabaty, upusty, podatki oraz wszelkie inne koszty niewymienione, a konieczne do wykonania zamówienia.
4. Cena winna być określona przez Wykonawcę z uwzględnieniem wszystkich upustów cenowych (rabatów), jakie Wykonawca oferuje.
5. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone w złotych polskich.
6. **Do obliczenia ceny oferty należy zastosować następujący sposób:**

* Podać jednostkową cenę netto dla każdej pozycji z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
* Podać jednostkową cenę brutto (zawierającą należny podatek VAT) dla każdej pozycji z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
* Podać stawkę VAT (w %) dla każdej pozycji.
* Obliczyć wartość netto każdej pozycji, mnożąc podaną cenę jednostkową netto przez ilość.
* Obliczyć wartość brutto każdej pozycji dodając do wyliczonej wartości netto iloczyn wyliczonej wartości netto i stawki VAT (w %). Tak wyliczoną wartość brutto należy zaokrąglić do dwóch miejsc po przecinku, stosując zasadę, że jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest równa lub większa od 5 to należy zaokrąglić w górę, jeżeli mniejsza to nic nie zmieniać a pozostałe cyfry po przecinku należy „odciąć”.
* Obliczyć wartość brutto oferty poprzez zsumowanie wartości brutto poszczególnych pozycji (o ile dotyczy).

1. Określenie właściwej stawki VAT należy do Wykonawcy. Należy podać stawkę VAT obowiązującą na dzień otwarcia ofert.
2. W przypadku omyłki rachunkowej w wyliczeniu wartości netto/brutto zostanie ona poprawiona zgodnie z zasadami określonymi w pkt. 6 powyżej, przy założeniu, że cena jednostkowa netto została określona przez Wykonawcę prawidłowo.
3. Udostępniony na stronie internetowej Zamawiającego Załącznik nr 2 – Formularz asortymentowo-cenowy, sporządzony  
   w programie Excel, zawiera formuły wyliczeń. Pomimo zastosowania formuł Zamawiający zaleca sprawdzenie poprawności wyliczeń zgodnie z zasadami określonymi w pkt. 5. Formuły wpisane w Formularzu mają jedynie charakter pomocniczy – Wykonawca jest w pełni odpowiedzialny za prawidłowe wypełnienie Formularza asortymentowo-cenowego.

**XIV. OPIS KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT**

1. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami (odrębnie dla każdego z pakietów):

**kryterium ranga**

* **Cena - 60%**
* **Gwarancja (na zasadach określonych w Formularzu Oferty i warunkach gwarancji i serwisu) - 40%**

Sposób obliczania kryteriów

**Cena** – obliczana jest wg wzoru:

C=(C min / C n) x 100 x ranga

C min – cena minimalna, C n – cena oferty badanej

Zamawiający przyjmie do oceny podane przez wykonawców ceny brutto.

**Gwarancja (na zasadach określonych w Formularzu Oferty i warunkach gwarancji i serwisu)** na zasadach określonych w Formularzu Oferty i warunkach gwarancji i serwisu:

|  |  |
| --- | --- |
| czas gwarancji | punkty |
| 36 miesięcy | 0 % |
| 48 miesiące | 20 % |
| 60 miesięcy | 40 % |

Zamawiający zastrzega, iż 36-miesieczny okres gwarancji, jako warunek otrzyma 0 pkt.

Zamawiający zastrzega, że brane pod uwagę będą tylko gwarancje 36, 48 i 60- miesięczne. Podanie jakiejkolwiek innej gwarancji w przedziale 36-60 miesięcy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

1. Ocena końcowa jest sumą punktów uzyskanych za powyższe kryteria. Zamawiający udzieli zamówienia wykonawcy, którego oferta została uznana za najkorzystniejsza w oparciu o wyżej wymienione kryteria.
2. Najkorzystniejsza oferta to oferta z najwyższą ilością punktów.
3. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający nie przewiduje zastosowania aukcji elektronicznej.

**XV. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY.**

1. Zamawiający informuje niezwłocznie wszystkich wykonawców o:
2. wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy, którego ofertę wybrano, oraz nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację,
3. wykonawcach, którzy zostali wykluczeni,
4. wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, powodach odrzucenia oferty, a w przypadkach, o których mowa w art. 89 ust. 4 i 5, braku równoważności lub braku spełniania wymagań dotyczących wydajności lub funkcjonalności,
5. unieważnieniu postępowania

– podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

1. Zamawiający zawiera umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminach określonych w art. 94 ust. 1 i 2 Ustawy.
2. Zamawiający może zawrzeć umowę przed upływem terminu, o którym mowa w pkt. 2, jeżeli w postępowaniu o udzielenie zamówienia została złożona tylko jedna oferta.
3. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzenia ich ponownego badania i oceny, chyba że zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 93 ust.1 Ustawy.
4. Dotyczy konsorcjum: Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (konsorcjum), których oferta została wybrana, po otrzymaniu zawiadomienia, o którym mowa w rozdziale XV pkt. 1 zobowiązani będą niezwłocznie do przekazania Zamawiającemu umowy regulującej współpracę tych Wykonawców (umowy konsorcjum)*– należy sporządzić w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym oraz przekazać w oryginale lub elektronicznej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.*

**XVI. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

**XVII. WZÓR UMOWY**

1. Wykonawca, który przedstawił najkorzystniejszą ofertę, będzie zobowiązany do podpisania umowy zgodnej z opracowanym wzorem umowy - załącznik Nr 4 do SIWZ.
2. **Wzór umowy, po upływie terminu do składania ofert, nie podlega negocjacjom i złożenie oferty jest równoznaczne z pełną akceptacją umowy przez Wykonawcę.**

**XVIII. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ**

1. Wykonawcom przysługują środki ochrony prawnej przewidziane w Dziale VI ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
2. Środki ochrony prawnej przewidziane w Dziale VI ustawy Prawo Zamówień Publicznych przysługują Wykonawcy, uczestnikowi konkursu, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów niniejszej ustawy.
3. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 ustawy.

**XIX. KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zamawiający udostępnia dane osobowe, o których mowa w art. 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej "rozporządzeniem 2016/679", w celu umożliwienia korzystania ze środków ochrony prawnej, o których mowa w dziale VI, do upływu terminu do ich wniesienia.

* + - 1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:
* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź,
* w sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralnym Szpitalu Weteranów poczta elektroniczną na adres daneosobowe@skwam.lodz.pl,
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego;
* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, tj. ze zm.), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres minimum 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:

− na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących oraz informacji, o których mowa w art. 15 RODO;\*;

− na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*\*;

− na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;

prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

* nie przysługuje Pani/Panu:

− w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

− prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

− na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

***\* Wyjaśnienie:*** *W przypadku gdy wykonanie obowiązków, o których mowa w art. 15 ust. 1-3 rozporządzenia 2016/679, wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku, zamawiający może żądać od osoby, której dane dotyczą, wskazania dodatkowych informacji mających na celu sprecyzowanie żądania, w szczególności podania nazwy lub daty postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu.*

***\*\* Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania*

*o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*

***\*\*\* Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

*Wystąpienie z żądaniem, o którym mowa w art. 18 ust. 1 rozporządzenia 2016/679, nie ogranicza przetwarzania danych osobowych do czasu zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu.*

* + - 1. Jednocześnie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, ul. Żeromskiego 113 przypomina o ciążącym na Pani/Panu obowiązku informacyjnym wynikającym z art. 14 RODO względem osób fizycznych, których dane zostaną przekazane Zamawiającemu w związku z prowadzonym postępowaniem i które Zamawiający pośrednio pozyska od Wykonawcy biorącego udział w postępowaniu, chyba że ma zastosowanie co najmniej jedno z wyłączeń, o których mowa w art. 14 ust, 5 RODO.

**XIX. ZAŁĄCZNIKI**

Następujące załączniki stanowią integralną część SIWZ:

* Załącznik nr 1 – Formularz oferty;

Załącznik 1a) - Parametry techniczne;

Załącznik 1b) - Warunki gwarancji i serwisu;

* Załącznik nr 2 – Formularz asortymentowo-cenowy;
* Załącznik nr 3 – JEDZ;
* Załącznik nr 4 – Wzór umowy
* Załącznik nr 5 - Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej;

**Załącznik nr 1**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu.................................................................................................................................................................

Regon: .................................................... NIP: .................................................... BDO: ....................................................

Województwo...................................................................... Powiat……................................................................................

Internet: http://................................................................... e-mail:.........................................@.....................................

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do ogłoszenia zamieszczonego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nr **2020/S 053-125556** w dniu **16.03.2020 r.** o przetargu nieograniczonym **na dostawę wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - numer sprawy 29/PN/ZP/D/2020,**:

1. Oferujemy dostarczenie towaru **z pakietu nr ….** posiadającego parametry określone w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty – „Parametry techniczne”, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym - załącznik nr 2 do SIWZ. Załączniki te stanowią integralną część Formularza Oferty.
2. Proponowany termin płatności: **…………. dni** (**minimum 45 dni/maksimum 60 dni)** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy. Należność będzie wpłacana na rachunek Wykonawcy nr **…………………………………………………………….,** który jest zgodny:

• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT\*

• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \*

\*niewłaściwe skreślić.

1. **Zamówienie będzie zrealizowane (zakończone podpisanym protokołem zdawczo-odbiorczym bez zastrzeżeń): w terminie do 4 tygodni od dnia złożenia pisemnego zamówienia.**

**Zamawiający zobowiązuje się, że zamówienie zostanie złożone nie wcześniej niż 03.06.2020 r. i nie później niż do dnia 30.11.2020 r. włącznie.**

**Zamówienie zostanie w całości zrealizowane maksymalnie do 28.12.2020 r.**

**Za pisemne złożenie zamówienia uważa się również zamówienie złożone drogą mailową.**

**Podajemy adres mailowy do złożenia zamówienia przez Zamawiającego: ……………..…………@……………..…..…..**

1. Wszystkie dostawy muszą być ustalone pisemnie z Zamawiającym z co najmniej 7 dniowym wyprzedzeniem,
2. Dostawa (dostarczenie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego z jednoczesnym przekazaniem faktur) całości przedmiotu umowy, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru i przeszkolenie personelu musi być potwierdzone protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez Zamawiającego i Wykonawcę bez zastrzeżeń.

Zobowiązujemy się wystawić dwie oddzielne faktury. Jedna faktura obejmująca cenę towaru, koszty dostawy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru, serwisowanie towaru druga faktura obejmująca przeszkolenie personelu.

1. Proponujemy okres gwarancji oraz przeglądy na towar będący przedmiotem zamówienia, obejmujący pełną obsługę serwisową, naprawy, bez żadnych dodatkowych kosztów na warunkach określonych w załączniku nr 1 B (warunki gwarancji i serwisu) na **okres ……….…….. miesięcy** (**36, 48 lub 60 miesięcy**) licząc od dnia dostawy towaru do Zamawiającego.

!!! **Zgodnie z zapisami w rozdz. . XIV SIWZ termin gwarancji stanowi jedno z kryterium oceny ofert !!!**

**Brak podania okresu gwarancji formularzu oferty będzie skutkować odrzuceniem oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1843 – j.t ze zm.).**

**!!! Zamawiający zastrzega, że brane pod uwagę będą tylko gwarancje: 36, 48 i 60- miesięczne. Podanie jakiejkolwiek innej gwarancji będzie skutkowało odrzuceniem oferty !!!**

Nazwa i adresu zakładu, który będzie świadczył nieodpłatne przeglądy techniczne, serwis (w tym naprawy) i konserwacje dostarczonego towaru w okresie gwarancji:

**………………………………………………………………………………….……… nr tel./faxu…………………..**

1. Potwierdzamy, iż okres rękojmi będzie równy okresowi gwarancji określonemu przez nas w pkt 6 Formularza Oferty.
2. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę **wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,** niniejszym oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas towary, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (załącznik nr 2 do SIWZ), posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu na rynek polski zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 175 – j.t. ze zm.,), o ile dotyczy oraz, że ponosimy pełną odpowiedzialność za wszelkie ewentualne szkody powstałe u Zamawiającego lub osób trzecich w związku z zastosowaniem dostarczonego przez nas towaru nie spełniającego przedmiotowych wymogów
3. Zobowiązujemy się, zgodnie z żądaniem Zamawiającego, do: dostarczenia, montażu, szkolenia i uruchomienia Towaru w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, do wydania Zamawiającemu dokumentu gwarancyjnego wraz z dostarczonym Towarem a dodatkowo zobowiązujemy się do wydania Zamawiającemu instrukcji obsługi w języku polskim, paszportu technicznego oraz innych wymaganych przy dostawie dokumentów określonych we wzorze umowy.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia oraz z załączonym wzorem umowy, a także ewentualnymi modyfikacjami, dopuszczeniami, i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznik Nr 4 do specyfikacji został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
6. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
7. Oferta została złożona w …………….. plikach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr …...… do nr ……. .
8. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od **.................... do ………………..** stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2019 r., poz.1010 t.j., ze zm.) i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.

**Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa znajduje się w pliku pn. …………..**

1. Niniejszym, zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych informujemy, że dostawa towaru, oferowanego w ramach ww. postępowania przetargowego

**prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku

podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

Niżej wymienione towary lub świadczenie usługi, oferowane w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzą w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: ......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. **Wadium** w kwocie ............................................ zostało/zostanie wniesione w dniu ............................ w formie .................................................
2. Jesteśmy świadomi, że wniesione przez nas wadium podlega przepadkowi, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w rozdziale IX ppkt. 8 SIWZ.
3. Numer konta, na które Zamawiający zwróci wadium, jeżeli wniesiono je w postaci gotówkowej:

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

Nazwa banku……………………………………………………………………………………………………………….…………………

1. Dostawy wykonamy **sami / przy udziale podwykonawcy**\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia na dostawę: …........................................................................................................

\**niepotrzebne skreślić. W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca wykona zamówienie sam, bez udziału podwykonawcy*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami** …………………………………………………………………………………………………………………………………….…

b) **w konsorcjum z:** …………………………………………………………………………….………………………………………..

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

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

1. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY\***

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 –należy niepotrzebne skreślić

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

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

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

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

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

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 1**

**ANALIZATOR PARAMETRÓW KRYTYCZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametr / Warunek graniczny** | | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| 2 | Automatyczny analizator do oznaczania parametrów krytycznych: pH, pCO2/pO2’ ctHb, O2Hb, MetHb, COHb, sO2, sód, potas, chlorki, wapń zjonizowany, mleczany, glukoza, bilirubina całkowita, kreatynina |  |
| 3 | Analizator przeznaczony do pracy całodobowej w systemie ciągłym- natychmiastowe przejście z trybu czuwania do trybu pracy |  |
| 4 | Konstrukcja analizatora musi posiadać 2 sposoby podania próbki do wyboru: bezpośrednio ze strzykawki lub z kapilary |  |
| 5 | Konstrukcja analizatora musi zapewnić, aby wszystkie parametry oznaczane były w jednym torze pomiarowym z wykorzystaniem jednej elektrody referencyjnej – dotyczy zarówno materiału badanego od pacjenta jak i materiału kontrolnego |  |
| 6 | Analizator musi posiadać możliwość wykonania badania we krwi pełnej, osoczu, surowicy, powietrzu wydychanym oraz płynach będących kontrolą jakości |  |
| 7 | Analizator musi posiadać możliwość konfigurowania wybranych parametrów pomiarowych oraz ich wydruku wg potrzeb Zamawiającego |  |
| 8 | Czas wymaganych kalibracji łącznie, w ciągu doby nie może być dłuższy niż 1h. Analizator musi posiadać możliwość przerwania kalibracji dla wykonania badania próbki pilnej (uzyskanie pełnego wyniku bez względu na postęp kalibracji) |  |
| 9 | Możliwość oceny wizualnej na ekranie bieżącego stanu wykorzystania odczynników i stanu napełnienia pojemnika ścieków |  |
| 10 | Analizator przystosowany do pracy z odczynnikami konfekcjonowanymi w pojedynczych opakowaniach, co umożliwi wymiany pojedynczych opakowań wykorzystanego już odczynnika (a nie wymiany kilku odczynników będących w zestawie |  |
| 11 | Oprogramowanie system kontroli jakości, możliwość pełnych analiz statystycznych krzywych L-J, zastosowanie reguł Westgarda |  |
| 12 | Moduł automatycznej kontroli jakości. Możliwość oznaczania roztworów kontroli jakości na 4 poziomach |  |
| 13 | Analizator wyposażony w wbudowany moduł umożliwiający wystandaryzowane mieszanie i automatyczne podawanie próbek |  |
| 14 | Aparat wyposażony w kolorowy, dotykowy monitor |  |
| Parametry wymagane dla analizatora markerów kardiologicznych | |  |
| 1 | Ilościowe oznaczenia markera zaburzeń krzepnięcia, tj. zakrzepicy żylnej i tętniczej, zatoru płucnego, zespołu rozsianego wykrzepiania  wewnątrznaczyniowego (DIC) i różnicowaniu hiperfibrynolizy, takich jak D-Dimer z krwi pełnej |  |
| 2 | Ilościowe oznaczenia markerów uszkodzenia mięśnia sercowego, takich jak Troponina T z krwi pełnej |  |
| 3 | Możliwość rozszerzenia o inne parametry: białko C-reaktywne (CRP) i prokalcytonina (PCT) |  |
| 4 | Wykonywania pomiarów parametrów badanych metodą immunologiczną, opartą na analizie ilościowej czasu zaniku fluorescencji – metoda w pełni porównywalna z czułością kliniczną i dokładnością laboratoryjną |  |
| 5 | Dokonywania pomiarów z krwi pełnej pobranej na EDTA, bez potrzeby pipetowania, czy odwirowywania pobranej próbki krwi |  |
| 6 | Wykonania do 3 oznaczeń markerów badanych z tej samej probówki (próżniowo pobranej próbki krwi), a nie konieczność czasochłonnego wykonania odrębnych testów |  |
| 7 | Uzyskania wyniku w czasie nie dłuższym niż 20 minut czas od pobrania próbki |  |
| 8 | Płynny czas ciągłego dodawania kolejnej próbki |  |
| 9 | Przeprowadzenie codziennej wewnętrznej kontroli jakości na trzech poziomach do wyboru, co umożliwia walidację (weryfikację) otrzymywanych wyników i potwierdza wiarygodność parametrów badanych |  |
| 10 | Menu analizatora powinno być w języku polskim |  |
| 11 | Możliwość szybkiego odnalezienia wyniku pacjenta w bazie danych analizatora. Pamięć wyników pacjentów w analizatorze minimum na 1000 pacjentów |  |
| 12 | Żywotności testów w analizatorze dla Troponiny T minimum 10 dni, a dla D-Dimer – minimum 30 dni |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 2**

**Przyłóżkowe RTG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

| ***L.P.*** | ***Parametr*** | ***Wartość wymagana*** | ***Oferowana wartość***  ***(Podać zakresy lub opisać)*** |
| --- | --- | --- | --- |
| **informacje ogólne - APARAT MOBILNY ORAZ detektor ZE STACJĄ** | | | |
|  | Aparat oraz detektor ze stacją | TAK, podać modele i producent-ów |  |
|  | Rok produkcji nie wcześniej niż 2019, nie dopuszcza się powystawowych | TAK, podać |  |
|  | Co najmniej lampa, generator i statyw są od tego samego wytwórcy | TAK |  |
| **I GENERATOR, Lampa RTG** | | | |
|  | Częstotliwość pracy generatora | ≥ 50 kHz |  |
|  | Maksymalna moc generatora | ≥ 30 kW |  |
|  | Max natężenie prądu lampy | ≥ 420 mA |  |
|  | Zakres napięć min: 40 - 125 kV | TAK, podać |  |
|  | Zakres nastaw mAs co najmniej 0,32 -320 mAs | TAK, podać |  |
|  | Najkrótszy czas ekspozycji | ≤ 1 ms |  |
|  | Wielkość największego ogniska lampy RTG (Zgodnie z IEC 60336), dopuszcza się lampy jedno – i dwuogniskowe | ≤ 1,3 |  |
|  | Pojemność cieplna anody | ≥ 120 kHU |  |
|  | Pojemność cieplna kołpaka | ≥ 1100 kHU |  |
|  | Miernik dawki DAP | TAK |  |
|  | Kolimator ze świetlnym symulatorem pola ekspozycji | TAK |  |
|  | Zakres obrotu kolimatora | ≥ +/-90° |  |
|  | ~~Wykonanie ekspozycji przy zasilaniu z akumulatorów aparatu~~  **Wykonanie ekspozycji przy zasilaniu z akumulatorów aparatu lub Wykonanie ekspozycji I zmotoryzowane przemieszczanie się przy zasilaniu z akumulatorów aparatu”.** | TAK |  |
|  | Wykonanie ekspozycji przy zasilaniu z gniazdka sieciowego | TAK |  |
| **II STATYW APARATU, NAPĘD** | | | |
|  | Minimalna wysokość ogniska nad podłogą | ≤ 70 cm |  |
|  | Maksymalna wysokość ogniska nad podłogą | ≥ 202 cm |  |
|  | Szerokość aparatu | ≤ 60 cm |  |
|  | Wysokość aparatu podczas transportu | ≤ 160 cm |  |
|  | Wysięg poziomy ramienia (liczony od kolumny aparatu do ogniska) | ≥ 120 cm |  |
|  | Obrót lampy do położenia umożliwiającego zrobienie zdjęcia promieniem poziomym | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony we własny zespół napędowy zapewniający zmotoryzowane ruchy aparatu | TAK |  |
|  | Masa aparatu (z akumulatorami) | ≤ 300 kg |  |
|  | Zintegrowana z aparatem szuflada | TAK |  |
|  | ~~Wszystkie kable do lampy poprowadzone wewnątrz obudowy – konstrukcja ułatwiająca czyszczenie aparatu (bez kabli karbowanych itp.)~~  **Wszystkie kable do lampy poprowadzone wewnątrz obudowy – konstrukcja ułatwiająca czyszczenie aparatu (bez kabli karbowanych itp.) lub konstrukcja aparatu umożliwiająca jego czyszczenie i dezynfekcję według zaleceń producenta** | TAK |  |
|  | Przycisk ekspozycyjny na kablu, długości min. 5 m | TAK, podać |  |
|  | Pilot do zdalnego wyzwalania ekspozycji, zasięg min 10 m | TAK, podać |  |
| **III DETEKTOR BEZPRZEWODOWY** | | | |
|  | Detektor bezprzewodowy | TAK, podać nazwę i producenta detektora |  |
|  | Wymiary pola aktywnego detektora | ≥ 42 cm x 34 cm |  |
|  | Rozdzielczość detektora (liczba pikseli) | ≥ 6,5 mln |  |
|  | Rozmiary piksela | ≤ 150 µm |  |
|  | Głębokość akwizycji | ≥ 16 bit |  |
|  | Maksymalna waga detektora | ≤ 3,3 kg |  |
|  | Maksymalny udźwig detektora dla pacjenta leżącego na nim (przy wolnej ekspozycji) | ≥ 300 kg |  |
|  | Materiał warstwy scyntylacyjnej – jodek cezu (CsI) | TAK, podać |  |
|  | Klasa ochrony (szczelności) detektora min. IP43 | TAK, podać |  |
|  | Czas do pojawienia się obrazu wstępnego | ≤ 4 s |  |
|  | Czas do pojawienia się pełnego obrazu | ≤ 6 s |  |
|  | W zestawie dodatkowa bateria (2ga) oraz ładowarka umożliwiająca ładowanie min. 2 baterii jednocześnie | TAK |  |
|  | Ilość możliwych do wykonania ekspozycji na jednym ładowaniu baterii | ≥ 500 |  |
|  | System sygnalizacji stanu detektora za pomocą wbudowanych diod typu LED (min. stan naładowania, komunikacji) | TAK |  |
| **IV STACJA TECHNIKA APARATU PRZEWOŹNEGO** | | | |
|  | ~~Mobilna konsola technika w postaci tabletu do zaoferowanego przenośnego detektora ze stacją dokującą, etui ochronnym, klawiatura, mysz, dodatkowy monitor min. 19”~~ **Mobilna konsola technika w postaci tabletu do zaoferowanego przenośnego detektora ze stacją dokującą, etui ochronnym, klawiatura, mysz, dodatkowy monitor min. 19” lub Konsola zintegrowana z aparatem z ekranem dotykowym min. 17cali i interfejsem graficznym dostosowanym do obsługi dotykowej (z możliwością podłączenia klawiatury)”** | TAK, podać |  |
|  | Pamięć obrazów min. 1000 zdjęć w formacie DICOM | TAK, podać |  |
|  | ~~Możliwość obrazowania przy użyciu detektora przenośnego z dowolnym RTG posiadanym przez Zamawiającego (poza stomatologicznym)~~ | TAK |  |
|  | Eksport badań na nośniki zewnętrzne | TAK |  |
|  | Możliwość rejestracji pacjentów | TAK |  |
|  | Podstawowe oprogramowanie do obróbki zeskanowanych obrazów: -zmiana zaczernienia i kontrastu -obracanie obrazu -prezentacja pozytyw-negatyw  -obrót obrazu o dowolny kąt  -pomiary odległości i kątów | TAK |  |
|  | Wyświetlanie sugerowanych parametrów ekspozycji w zależności od wybranego programu anatomicznego i sylwetki pacjenta | TAK |  |
|  | Możliwość edycji programów anatomicznych | TAK |  |
|  | Możliwość obsługi więcej niż jednego detektora przez stację technika, możliwość rozbudowy o kolejne detektory | TAK, opisać |  |
|  | Transmisja obrazów do sieci szpitalnej w formacie DICOM | TAK |  |
|  | Wykonanie testów odbiorczych i pierwszych specjalistycznych (dwa protokoły) zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r.  w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej  (Dz. U. z 2017r.,poz..884 t.j) |  |  |
|  | Dostarczenie jednej licencji na zapis (bez ograniczeń) w serwerze PACS Zamawiającego (NetRAAD firmy CompuGroupMedical Polska S.A.) | TAK |  |
|  | Integracja systemu z oprogramowaniem klasy RIS zainstalowanym w Szpitalu (NetRAAD firmy CompuGroupMedical Polska S.A.) jest po stronie Wykonawcy – w tym wszystkie czynności konieczne do uruchomienia oprogramowania oraz wykonania testów odbiorowych, potwierdzonych w protokole odbioru osobną pozycją. | TAK |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 3**

**Przewoźne USG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymagane parametry techniczne** | | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| **Konstrukcja i konfiguracja** | |  |
| 1. | Aparat wykonany w technologii cyfrowej, fabrycznie nowy |  |
| 2. | Cyfrowy, szerokopasmowy układ formowania wiązki |  |
| 3. | Aparat o konstrukcji tabletowej, ultramobilny, mocowany na dedykowanym wózku transportowym ważącym 28-30 kg oraz wyposażony w uchwyt/rączkę do przenoszenia oraz podstawę do ustawienia go na biurku |  |
| 4. | Zakres stosowanych częstotliwość pracy od 2.0 MHz do 12.0 MHz (określony zakresem częstotliwości głowic pracujących z zestawem) |  |
| 5. | Liczba niezależnych kanałów przetwarzania wynosząca 81 000 |  |
| 6. | Dynamika systemu 258 dB |  |
| 7. | Waga aparatu bez głowic i dedykowanego wózka do 2,5 kg |  |
| 8. | Ekran dotykowy pozwalający na pracę w rękawiczkach o przekątnej 11 cali |  |
| 9. | Czas pracy zestawu przy ciągłej eksploatacji z wbudowanego akumulatora po wyłączeniu urządzenia z prądu min 90 minut |  |
| 10. | Zintegrowany z aparatem system archiwizacji obrazów na wbudowanym dysku twardym o pojemności 128GB z możliwością eksportowania danych na nośniki przenośne w formatach kompatybilnych z systemem Windows oraz DICOM. |  |
| 11. | Czarno-biały videoprinter |  |
| 12. | 2 gniazda USB 2.0 lub 3.0 wbudowane w aparat |  |
| 13. | Panel dotykowy wodoodporny |  |
| **Funkcje użytkowe** | |  |
| 1. | Głębokość penetracji/obrazowania 2D (B-mode) w minimalnym wymaganym zakresie od 1 do 28cm |  |
| 2. | Regulacja jasności (Gain) |  |
| 3. | Częstotliwość odświeżania obrazu („frame rate”) w trybie 2D (B-mode) 300 obrazów/sekundę. |  |
| 4. | Regulacja wzmocnienia głębokościowego (TGC) |  |
| 5. | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu i dopasowanie TGC) |  |
| 6. | Automatyczna optymalizacja obrazu w trybie Color Doppler przy pomocy jednego przycisku (m.in. wzmocnienie koloru, PRF i poziom bazowy) |  |
| 7. | Automatyczna optymalizacja obrazu w trybie dopplera spektralnego przy pomocy jednego przycisku (m.in. wzmocnienie sygnału, skala prędkości i linia bazowa) |  |
| 8. | Funkcja redukująca szumy adaptacyjne i artefakty w obrazowaniu 2D |  |
| 9. | Złożone obrazowanie wielokierunkowe badanych struktur w czasie rzeczywistym (wysyłanie przez te same kryształy głowicy kilku wiązek ultradźwiękowych pod różnymi kątami) |  |
| 10. | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum |  |
| 11. | Opcja obrazowanie w trybie pełnego ekaranu (full screen) |  |
| 12. | Oprogramowanie do eksportu danych i transmisji sieci komputerowej w standardzie DICOM 3.0 |  |
| 13. | Specjalistyczne oprogramowanie do badań: - jamy brzusznej - kardiologicznych - naczyniowych - małych narządów - mięśniowo-szkieletowych - ginekologiczno-położniczych |  |
| 14. | Jednostronicowy raport w formacie pdf lub png |  |
| 15. | Możliwość podłączenia zewnętrznej klawiatury i myszy komputerowej przez Bluetooth |  |
| 16. | Możliwość podłączenia zewnętrznego monitora przez gniazdo DisplayPort i HDMI |  |
| 17. | Łączność poprzez wbudowany moduł Wi-Fi np. z zewnętrzną drukarką laserową |  |
| 18. | Tryb uśpienia z możliwością uruchomienia do pełnej gotowości w czasie do 25 sekund |  |
| 19. | Możliwość personalizacji panelu poprzez pozycjonowanie rozmieszczenia ikon menu i programowanie kafelków funkcyjnych |  |
| **Tryby obrazowania** | |  |
| 1. | Tryby pracy:  - B-mode (2D) - Dual - Doppler Kolorowy (CD) z regulacją wielkości okna - Power Doppler i Power Doppler z oznaczeniem kierunku - PW Doppler - CW Doppler sterowany pod kontrolą głowicy sektorowej - Duplex, Triplex - M-mode  - Anatomiczny M-Mode - Obrazownaie trapezoidalne na głowicy liniowej |  |
| 2. | Obrazowanie harmoniczne |  |
| 3. | Obrazowanie harmoniczne z odwróceniem impulsu (inwersją fazy) |  |
| 4. | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) w zakresie 0,5 mm - 20,0 mm |  |
| 5. | Tryb wizualizacji igły celem ułatwienia wykonywania procedur interwencyjnych np. biopsja dostępny dla oferowanej głowicy liniowej |  |
| 6. | Funkcja automatycznego pomiaru kompleksu Intima – Media |  |
|  | |  |
| 1. | **Szerokopasmowa elektroniczna głowica konweksowa do badań jamy brzusznej i ginekologiczno-położniczych** |  |
| a) | Częstotliwość pracy głowicy w zakresie od 2.0 MHz do 6.0 MHz |  |
| b) | Liczba elementów w głowicy 128 |  |
| c) | Kąt pola skanowania głowicy 70 stopni |  |
| d) | Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej |  |
| e) | Opcjonalnie możliwość stosowania przystawki biopsyjnej |  |
| 2. | **Szerokopasmowa elektroniczna głowica liniowa do badań naczyniowych, mięśniowo-szkieletowych oraz małych narządów** |  |
| a) | Częstotliwość pracy głowicy zakresie od 4.0 MHz do 12.0 MHz |  |
| b) | Liczba elementów w głowicy 128 |  |
| c) | Szerokość pola obrazowania głowicy przy wyłączonym obrazowaniu trapezoidalnym 38mm |  |
| d) | Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej |  |
| e) | Opcjonalnie możliwość stosowania przystawki biopsyjnej |  |
| 3. | **Szerokopasmowa elektroniczna głowica sektorowa do badań kardiologicznych** |  |
| a) | Częstotliwość pracy głowicy w minimalnym zakresie od 2.0 MHz do 4.0 MHz |  |
| b) | Liczba elementów w głowicy 64 |  |
| c) | Kąt pola penetracji głowicy 75 stopni |  |
| d) | Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej |  |
| 4. | **Szerokopasmowa elektroniczna głowica endowaginalna do badań ginekologicznych** |  |
| a) | Częstotliwość pracy głowicy w minimalnym zakresie od 4.0 MHz do 9.0 MHz |  |
| b) | Liczba elementów w głowicy 128 |  |
| c) | Kąt pola skanowania 145 stopni |  |
| **Pomiary i pakiety obliczeniowe/raporty** | |  |
| 1. | Pomiary odległości w trybie 2D, 8 pomiarów |  |
| 2. | Pomiar obwodu, pola powierzchni, objętości, kątów |  |
| 3. | Możliwość archiwizacji sekwencji obrazów ruchomych i statycznych na dysku twardym aparatu |  |
| 4. | Możliwość eksportu obrazów i filmów na nośniki zewnętrzne w formatach jpg, png, bmp oraz mp4 |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 4 poz. 1**

**Stół zabiegowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Stół do operacji ogólnochirurgicznych |  |
|  | Konfiguracja blatu stołu:  – podgłówek płytowy na całą szerokość blatu,  - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe),  - płyta lędźwiowa,  - podnóżki: lewy i prawy.  Blat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podgłówkiem.  Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.  Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem |  |
|  | Napęd stołu elektrohydrauliczny. Stół wyposażony w system antykolizyjny uniemożliwiający (w przypadku funkcji przechyłów bocznych i wzdłużnych przy wszystkich segmentach blatu ustawionych w jednej płaszczyźnie) uderzenie blatu stołu o podłogę i spowodowanie zagrożenia życia pacjenta oraz uszkodzenia stołu |  |
|  | Długość stołu z blatem: 2050 mm (±20 mm ) |  |
|  | Całkowita szerokość blatu: 570 mm ( ± 20 mm ) |  |
|  | Regulacja wysokości: 720 do 1140 mm ( ± 20 mm ) |  |
|  | Regulacja oparcia pleców: - 450 do 850 ( ± 50 ) |  |
|  | Regulacja podgłówka: - 550 do 600 ( ± 50 ) |  |
|  | Przechyły boczne w obie strony: min. po 300 |  |
|  | Przechył Trendelenburga: min. 400 |  |
|  | Przechył anty-Trendelenburga: min. 400 |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 900 do 300 ( ± 50 ) |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu : min. 400 mm realizowany przez napęd elektromechaniczny w celu pełnej współpracy z ramieniem C |  |
|  | Regulacja pilotem następujących pozycji:   * regulacja wysokości * regulacja oparcia pleców/regulacja segmentu siedzenia (w zależności od orientacji blatu) * funkcji flex/reflex (po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego, odpowiedniego dla realizowanej funkcji przycisku) * wypiętrzenie klatki piersiowej/wypiętrzenie lędźwiowe (w zależności od orientacji blatu) * przechyły wzdłużne i boczne * pozycji „0” z jednego przycisku- poziomowanie blatu wraz z segmentem oparcia pleców oraz wypiętrzeniem klatki piersiowej * przesuw wzdłużny blatu |  |
|  | Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD (o szerokich kątach widzenia).  Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji.  Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu.  Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru.  Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa -zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”.  Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów.  Możliwość podłączenia pilota do stołu od strony nóg lub od strony głowy pacjenta. |  |
|  | Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu |  |
|  | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej – powierzchnie matowe |  |
|  | Podstawa w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu |  |
|  | Stół przejezdny - mobilny z mechanicznym systemem blokowania podstawy |  |
|  | Regulacja podgłówka oraz podnóżków wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą |  |
|  | Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 z możliwością elektrohydraulicznego wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego z pilota – zarówno wypiętrzenie jak i ponowne poziomowanie blatu („zerowanie” wypiętrzenia) sterowane z pilota. |  |
|  | Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C (przesuw min. 400 mm)– prowadnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podgłówka, oparcia pleców i siedziska. |  |
|  | Materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, antystatyczne, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie dynamiczne stołu: min. 250 kg |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg |  |
|  | Wyposażenie stołu :  1. Oparcie boczne z korpusem zaciskowym do stabilizacji pacjenta w pozycji bocznej – 2 szt. Składa się z części nośnej wykonanej ze stali nierdzewnej umożliwiajacej regulacje wysokości i odległości od pacjenta oraz materaca o prostokątnym kształcie wygiętym w kształcie nerki  2. Podpórka ręki do podpierania ręki w pozycji leżącej pacjenta, z możliwością obrotu w płaszczyźnie poziomej, z uchwytem mocującym do listwy bocznej stołu – 2 szt. Wyposażona w materac. Konstrukcja metalowa wykonana ze stali nierdzewnej.  3. Ramka ekranu anestezjologicznego z regulacją wysokości, szerokości oraz obrotu wokół osi pionowej, z uchwytem mocującym do listwy bocznej stołu – 1 szt.  4. Pozycjoner głowy i szyi z otworem w postawie, z podporą odcinka szyjnego oraz z dwoma podpórkami bocznymi będący anatomicznym odlewem wykonanym z pianki wiskoelastycznej z bezszwową, membranową powłoką ochronną, umożliwiającym ułożenie i pełną stabilizacji głowy pod różnym kątem, możliwość stabilizacji pozycjonera na stole zabiegowym – antypoślizgowa podstawa pozycjonera, rozmiar:  L – dla pacjentów o obwodzie głowy 55-68 cm, wymiary pozycjonera 282 mm x 237 mm x 131 mm (±10mm), o własnościach przeciwodleżynowych, eliminujący nacisk na kość potyliczną oraz zmniejszający nacisk powierzchniowy na pozostałych obszarach głowy do bezpiecznego poziomu, wyposażony w wyprofilowane uchwyty umożliwiające przekładanie pacjenta razem z pozycjonerem, o konstrukcji zapewniającej swobodny przepływ powietrza, przeznaczony do dezynfekcji środkami na bazie alkoholu, nie zawierający lateksu, nie powodujący zakłóceń podczas badań RTG i CT - 1 kpl. |  |
|  | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 4 poz. 2**

**Stół zabiegowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| 1. | Stół do operacji ogólnochirurgicznych |  |
| 2. | Napęd stołu elektrohydrauliczny |  |
| 3. | Konfiguracja blatu stołu:  – podgłówek płytowy na całą szerokość blatu,  - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe),  - płyta lędźwiowa,  - podnóżki: lewy i prawy.  Blat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podgłówkiem.  Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.  Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem |  |
| 4. | Długość stołu z blatem: 2050 mm ( ± 30 mm ) |  |
| 5. | Całkowita szerokość blatu: 580 mm ( ± 30 mm ) |  |
| 6. | Regulacja wysokości blatu: 720 do 1160 mm ( ± 30 mm ). Wymiary wysokości dotyczą górnej powierzchni materaca |  |
| 7. | Regulacja oparcia pleców: - 400 do +850 ( ± 50 ) |  |
| 8. | Regulacja podgłówka: - 550 do +550 ( ± 50 ) |  |
| 9. | Przechyły boczne w obie strony: min. po 300 |  |
| 10. | Przechył Trendelenburga: min. 400 |  |
| 11. | Przechył anty –Trendelenburga: min. 400 |  |
| 12. | Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 900 do +300 (± 50) |  |
| 13. | Zakres regulacji kata odchylenia podnóżków  w płaszczyźnie poziomej: 00 do 1800 (± 50) |  |
| 14. | Ręczny przesuw wzdłużny blatu : min. 330 mm. Przesuw płynny, bezstopniowy, bezskokowy, zapewniający zablokowanie blatu w dowolnym położeniu (na całym zakresie przesuwu) |  |
| 15. | Układ sterowania z funkcją „stand by” włączającą się po upływie max.15 sekund od ostatniego naciśnięcia przycisku funkcyjnego . Ponowne sterowanie z pilota możliwe po naciśnięciu przycisku aktywacji przycisków funkcyjnych |  |
| 16. | Regulacja pilotem przewodowym przez układ elektro-hydrauliczny następujących pozycji blatu:   * zmiana wysokości * przechyły wzdłużne * przechyły boczne * poziomowanie jednym przyciskiem |  |
| 17. | Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD (o szerokich kątach widzenia).  Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji.  Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu.  Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru.  Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa -zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”.  Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów.  Możliwość podłączenia pilota do stołu od strony nóg lub od strony głowy pacjenta. |  |
| 18. | Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu |  |
| 19. | Regulacja segmentu oparcia pleców, podgłówka oraz nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą uruchamianymi łatwo dostępnymi dla personelu dźwigniami |  |
| 20. | Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem dźwigni zwalniania blokad sprężyn gazowych, służących do regulacji oparcia pleców |  |
| 21. | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej – powierzchnie matowe |  |
| 22. | Podstawa w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu |  |
| 23. | Stół przejezdny z systemem blokowania |  |
| 24. | Stół z zaciskiem wyrównania potencjałów wraz z przewodem do odprowadzania ładunków elektrostatycznych |  |
| 25. | Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 (dłuższy segment od strony głowy pacjenta), z możliwością wykonania wypiętrzenia klatki piersiowej od strony głowy pacjenta przy pomocy odłączanej korby. Wysokość wierzchołka materaca po wypiętrzeniu min. 150 mm |  |
| 26. | Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C – prowadnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podgłówka, oparcia pleców i siedziska |  |
| 27. | Materace bezszwowe, demontowane, antystatyczne, wykonane z poliuretanu spienionego. Grubość materaca min. 50 mm |  |
| 28. | Dopuszczalne obciążenie robocze (dynamiczne): min. 200 kg |  |
| 29. | Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg |  |
| 30. | Wyposażenie stołu :  - podpórka ręki z uchwytem mocującym – 2 kpl  - ramka ekranu anestezjologicznego z uchwytem mocującym – 1 kpl  - Pozycjoner głowy i szyi z otworem w postawie, z podporą odcinka szyjnego oraz z dwoma podpórkami bocznymi będący anatomicznym odlewem wykonanym z pianki wiskoelastycznej z bezszwową, membranową powłoką ochronną, umożliwiającym ułożenie i pełną stabilizacji głowy pod różnym kątem, możliwość stabilizacji pozycjonera na stole zabiegowym – antypoślizgowa podstawa pozycjonera, rozmiar:  L – dla pacjentów o obwodzie głowy 55-68 cm, wymiary pozycjonera 282 mm x 237 mm x 131 mm (±10mm), o własnościach przeciwodleżynowych, eliminujący nacisk na kość potyliczną oraz zmniejszający nacisk powierzchniowy na pozostałych obszarach głowy do bezpiecznego poziomu, wyposażony w wyprofilowane uchwyty umożliwiające przekładanie pacjenta razem z pozycjonerem, o konstrukcji zapewniającej swobodny przepływ powietrza, przeznaczony do dezynfekcji środkami na bazie alkoholu, nie zawierający lateksu, nie powodujący zakłóceń podczas badań RTG i CT - 1 kpl. |  |
| 31. | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 5**

**Aparat do znieczulenia, mobilny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Aparat do znieczulenia ogólnego dla dzieci i dorosłych |  |
|  | Aparat do znieczulania ogólnego jezdny |  |
|  | Parametry ogólne: |  |
|  | masa aparatu do 160 kg |  |
|  | zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz  wbudowane fabrycznie gniazda elektryczne 230 V (minimum 3 gniazda) |  |
|  | bezpieczniki automatyczne gniazd elektrycznych z transformatorem separacyjnym |  |
|  | wyposażony w blat do pisania i minimum dwie szuflady na akcesoria |  |
|  | jedna szuflada zamykana na kluczyk |  |
|  | koła jezdne (z hamulcem centralnym minimum dwóch kół) |  |
|  | koła tylne blokowane indywidualnie |  |
|  | wbudowane oświetlenie blatu typu LED z regulacją natężenia światła |  |
|  | Wymiary aparatu nie większe niż (szer. 85 cm, gł. 75 cm, wys.135 cm) |  |
|  | zasilanie gazowe (N2O, O2, powietrze) z sieci centralnej |  |
|  | awaryjne zasilanie gazowego z 10 l butli (O2 i N2O), Ciśnienia zasilania z butli gazowych wyświetlane na ekranie respiratora |  |
|  | precyzyjne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza, wyświetlanie przepływów gazów na ekranie respiratora aparatu |  |
|  | przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi przepływami |  |
|  | wbudowany przepływomierz tlenowy niezależny od układu okrężnego do stosowania podczas znieczuleń przewodowych z regulowanym przepływem O2 minimum do 10 l/min. |  |
|  | Dodatkowy przepływomierz zbiorczy świeżych gazów - mechaniczny |  |
|  | system automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie z podtlenkiem azotu na poziomie min. 25%.  Automatyczne odcięcie podtlenku azotu przy braku zasilania w tlen |  |
|  | ujście gazów do podłączenia układów bezzastawkowych niezależne od układu okrężnego |  |
|  | Układ oddechowy |  |
|  | kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności |  |
|  | układ oddechowy o prostej budowie, łatwy do wymiany i sterylizacji pozbawiony lateksu o całkowitej pojemności nie większej niż 3,5 L. wraz z pojemnikiem absorbera C02 |  |
|  | możliwość stosowania zamiennego pochłaniaczy wielorazowych i jednorazowych podczas znieczulenia bez rozszczelnienia układu, stosowania dodatkowych elementów i stosowania narzędzi |  |
|  | przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym i półzamkniętym |  |
|  | obejście tlenowe o dużej wydajności minimum 25 l/min. |  |
|  | wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max. 1,5 l. |  |
|  | Pochłaniacz CO2 ze zbiornikiem na skroploną parę wodną |  |
|  | wielorazowe autoklawowalne czujniki przepływu |  |
|  | eliminacja gazów poanestetycznych poza salę operacyjną |  |
|  | Respirator anestetyczny |  |
|  | Tryby wentylacji |  |
|  | możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej natychmiast po przełączeniu z wentylacji mechanicznej przy pomocy dźwigni |  |
|  | tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny VC |  |
|  | tryb wentylacji objętościowo zmienny PC |  |
|  | SIMV – synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona w trybie objętościowym i ciśnieniowym |  |
|  | precyzyjny wyzwalacz przepływowy z precyzyjną regulacją czułości min. od 0, 2 l/min – 10 l/min. |  |
|  | tryb wentylacji PSV z zabezpieczeniem na wypadek bezdechu (automatyczna wentylacja zapasowa) |  |
|  | tryb wentylacji ciśnieniowej z gwarantowaną objętością |  |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb wentylacji CPAP + PSV |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zautomatyzowany wielostopniowy manewr automatycznej cyklicznej rekrutacji pęcherzyków płucnych – wentylacja mechaniczna |  |
|  | zakres PEEP min. od 4 do 25 cm H2O |  |
|  | Na żądanie podanie dodatkowego jednego oddechu pod określonym ciśnieniem przez określony czas bez wykonania zmian w ustawieniach respiratora – wentylacja mechaniczna |  |
|  | Pauza przepływu gazów do 1 min. podczas wentylacji mechanicznej i ręcznej z możliwością natychmiastowego jej wyłączenia |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pomiar szacunkowej oceny zużycia środka wziewnego podczas znieczulenia w ml/godzinę i wyświetlenia jego kosztu w jednostce walutowej |  |
|  | Regulacje |  |
|  | regulacja stosunku wdechu do wydechu – minimum 2: 1 do 1: 8 |  |
|  | regulacja częstości oddechu minimum od 4 do 100 /min wentylacja objętościowa i ciśnieniowa |  |
|  | zakres objętości oddechowej minimum od 5 do 1500 ml - wentylacja objętościowa lub ciśnieniowa |  |
|  | regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 5 do 60 cm H2O |  |
|  | regulowana pauza wdechowa w zakresie minimum 5-60 % |  |
|  | Alarmy |  |
|  | alarm niskiej pojemności minutowej MV i objętości oddechowej TV z regulowanymi progami  (górnym i dolnym)  Możliwość czasowego zawieszenia alarmu TV i CO2 np. podczas indukcji znieczulenia |  |
|  | alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego |  |
|  | alarm braku zasilania w energię elektryczną |  |
|  | alarm braku zasilania w gazy |  |
|  | alarm Apnea |  |
|  | POMIAR I OBRAZOWANIE |  |
|  | stężenie tlenu w gazach oddechowych |  |
|  | pomiar objętości oddechowej TV |  |
|  | pomiar pojemności minutowej MV |  |
|  | pomiar częstości oddechowej f |  |
|  | ciśnienia szczytowego |  |
|  | ciśnienia średniego |  |
|  | ciśnienia PEEP |  |
|  | stężenie wdechowe i wydechowe tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania metoda paramagnetyczna (bez użycia zużywalnych czujników galwanicznych) |  |
|  | pomiar stężenia gazów i środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej dla: podtlenku azotu, sevofluranu, desfluranu, izofluranu w aparacie do znieczulania |  |
|  | automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i pomiar MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta w aparacie do znieczulania |  |
|  | kompatybilność modułu gazowego pomiędzy aparatem i monitorem |  |
|  | pomiar i obrazowanie spirometrii minimum pętli:  ciśnienie – objętość  ciśnienie – przepływ  przepływ – objętość  Możliwość zapisania pętli referencyjnej i zapamiętania minimum 5 wyświetlonych pętli spirometrycznych.  Pomiar z wyświetlaniem podatności dróg oddechowych |  |
|  | Prezentacja graficzna |  |
|  | ekran kolorowy dotykowy do prezentacji parametrów wentylacji i krzywych  o przekątnej minimum 15”. Rozdzielczość minimum 1024x768 pikseli.  Ekran niewbudowany w korpus aparatu do znieczulenia w celu lepszej wizualizacji (dotyczy ekranu głównego nie powielającego) |  |
|  | Ekran respiratora umieszczony na ruchomym wysięgniku ułatwiającym optymalizację jego położenia w poziomie i pod kątem |  |
|  | sterowanie poprzez pokrętło, przyciski i ekran dotykowy dla zwiększenia bezpieczeństwa pracy |  |
|  | możliwość indywidualnego konfigurowania minimum czterech stron ekranu respiratora |  |
|  | prezentacja prężności dwutlenku węgla - CO2 w strumieniu wdechowym i wydechowym w aparacie do znieczulenia wraz z krzywą |  |
|  | obrazowanie krzywej przepływu w drogach oddechowych w aparacie do znieczulenia |  |
|  | obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych w aparacie do znieczulenia |  |
|  | możliwość obrazowania krzywej koncentracji anestetyku wziewnego w aparacie do znieczulenia na wdechu i wydechu |  |
|  | PAROWNIK |  |
|  | możliwość podłączenia parowników do sevofluranu, desfluranu i isofluranu  Uchwyt do dwóch parowników mocowanych jednocześnie typ Selectatec |  |
|  | na wyposażeniu parownik do sevofluranu ze szczelnym wlewem |  |
|  | automatyczny test szczelności parowników z zapisem wyniku testu w dzienniku uwidacznianym na ekranie respiratora aparatu do znieczulenia |  |
|  | wbudowany ssak injectorowy do podłączenia dwóch pojemników 1,0 l z wymiennymi wkładami |  |
|  | Inne |  |
|  | komunikacja z aparatem w języku polskim |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą |  |
|  | Monitor pacjenta do aparatu do znieczulenia |  |
|  | ekran kolorowy dotykowy, typu TFT aktywna matryca, rozdzielczość min.1024 x 768 pikseli |  |
|  | przekątna ekranu min. 15"  Możliwość podłączenia niezależnego ekranu powielającego o przekątnej minimum 19” |  |
|  | do wyboru przez użytkownika  - minimum trzy odprowadzenia EKG  - krzywa oddechowa  - krzywa pletyzmograficzna  - krzywe ciśnienia tętniczego  Minimum 8 wyświetlanych jednoczasowo na ekranie krzywych dynamicznych |  |
|  | zasilanie elektryczne dostosowane do 230V, 50Hz |  |
|  | awaryjne zasilanie elektryczne monitora z wbudowanego akumulatora na min. 60 minut w warunkach standardowych |  |
|  | dowolne konfigurowanie kolejności wyświetlanych krzywych i innych parametrów na ekranie monitora  Możliwość zaprogramowania przez personel min. 30 różnych konfiguracji monitora (ustawiania ekranu i granic alarmowych). |  |
|  | sterowanie poprzez pokrętło, przyciski i ekran dotykowy dla zwiększenia bezpieczeństwa pracy.  Możliwość podłączenia klawiatury i myszki pod port USB oraz skanera kodów kreskowych |  |
|  | pamięć trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 h.  Możliwość rozbudowy o trendy z 72h. |  |
|  | alarmy min.3-stopniowe (wizualne i akustyczne) wszystkich mierzonych parametrów z klasyfikacją priorytetu alarmu.  Rejestracja zdarzeń alarmowych  Możliwość czasowego zawieszenia alarmu dźwiękowego |  |
|  | alarmy techniczne z podaniem przyczyny |  |
|  | pomiar EKG. |  |
|  | w zestawie odpowiednie kable połączeniowe i pomiarowe dla dorosłych i dzieci |  |
|  | ciągła rejestracja i możliwość równoczesnej prezentacji 6 (I, II, III, aVL, aVF, Vx) odprowadzeń EKG |  |
|  | pomiar częstości serca minimalny zakres 30-250/min. |  |
|  | ciągła analiza położenia odcinka ST z możliwością ustawienia alarmów i wyświetlania trendów |  |
|  | podstawowa analiza arytmii pracy serca  Możliwość rozbudowy o zaawansowaną analizę arytmii. |  |
|  | detekcja sygnału stymulatora serca |  |
|  | respiracja impedancyjna (prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie) w zakresie min. 4-100 odd/min |  |
|  | pomiar saturacji i tętna |  |
|  | zakres pomiaru saturacji SpO2 1-100% z prezentacją krzywej pletyzmograficznej z eliminacją artefaktów i zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale,  na ekranie widoczny wskaźnik perfuzji |  |
|  | czujnik wielorazowy do pomiaru dla dorosłych i dzieci na palec |  |
|  | pomiar temperatur |  |
|  | pomiar temperatury obwodowej - powierzchniowej w zestawie kabel do połączenia czujnika |  |
|  | możliwość pomiaru minimum dwóch temperatur  wyświetlanie temperatury T1, T2 i ich różnicy T2-T1 |  |
|  | pomiar ciśnienia |  |
|  | ciśnienie tętnicze krwi metodą nieinwazyjną |  |
|  | pomiar wyzwalany ręcznie, automatycznie w wybranych odstępach czasowych, ciągłe pomiary przez określony czas, czas repetycji pomiarów automatycznych min. 1 – 240 min. |  |
|  | komplet wielorazowych mankietów bez lateksu dla dorosłych wraz z kablem połączeniowym  – (3 różne rozmiary mankietów: duży, średni, mały) oraz mankiet stożkowy na przedramię dla otyłych pacjentów |  |
|  | pomiar ciśnienia krwi metodą bezpośrednią (krwawą) min. 2 kanały: tętnicze i OCŻ  Pomiar ciśnień inwazyjnych w zakresie min. - 25 do 320 mmHg |  |
|  | pomiar głębokości znieczulenia metodą BiS lub Entropii z modułu pomiarowego sterowanego z monitora funkcji życiowych |  |
|  | inne |  |
|  | pomiar zwiotczenia mięśniowego z modułu pomiarowego sterowanego z monitora funkcji życiowych, w komplecie wielorazowy mechanosensor dla dorosłych  Wizualizacja czasu od ostatniego pomiaru TOF na ekranie monitora  Komunikat o ustępowaniu zwiotczenia na ekranie monitora |  |
|  | pomiar bodźców nocyceptywnych poprzez pomiar parametru wykazującego zmiany reakcji hemodynamicznych spowodowanych przez bodźce chirurgiczne i środki przeciwbólowe |  |
|  | wizualizacja graficzna stanu świadomości pacjenta i odczuwania przez niego bodźców nocyceptywnych na ekranie monitora pacjenta |  |
|  | możliwość pracy w sieci centralnego monitorowania. Możliwość podglądu ekranu innego monitora tego samego typu, pracującego w sieci bez konieczności używania dedykowanych serwerów czy centrali |  |
|  | aparat i monitor zgodne z dyrektywą RoHS (produkcja bez użycia materiałów potencjalnie toksycznych) potwierdzenie certyfikatem |  |
|  | ze względów ekonomicznych, serwisowych jak i przyszłej rozbudowy - monitor funkcji życiowych, moduły pomiarowe oraz aparat do znieczulenia ogólnego jednego producenta |  |
|  | polskojęzyczne oprogramowanie aparatu, monitora i modułów |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 6**

**Zestaw do monitorowania czynności życiowych: EKG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Aparat 12-kanałowy (możliwość jednoczesnej akwizycji 12 kanałów: Einthovena (I , II , III), Goldbergera (aVR, aVL, aVF), Wilsona (V1, V2, V3, V4, V5, V6)) |  |
|  | Kolorowy ekran graficzny, dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku, kontakcie każdej elektrody ze skórą, ciągły pomiar częstości akcji serca z prezentacją na wyświetlaczu) |  |
|  | Wymiar ekranu 8,4”, ekran dotykowy o rozdzielczości 640x480, 171x128mm |  |
|  | Menu w języku polskim |  |
|  | Wymiary 407 × 312 × 125 mm (+/-20 mm) |  |
|  | Waga 5,7 kg (+/- 0,5 kg) |  |
|  | Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna, przyciski na ekranie dotykowym |  |
|  | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe |  |
|  | Sygnalizacja naładowania akumulatora |  |
|  | Wydajność akumulatora (bezobsługowego) do 120 min. |  |
|  | Częstotliwość próbkowania do 40 000 Hz |  |
|  | Pasmo Przenoszenia 0,05-170 Hz |  |
|  | Szerokość papieru 210 mm, możliwość stosowania rolki lub składanki (papier termiczny) |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie automatycznym: 3x4, 3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 6x2, 6x2+1, 6x2+2, 12 |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie manualnym po 3, 4, 6, 12 |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50 |  |
|  | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20 |  |
|  | Rejestracja w trybie automatycznym (od 10 do 80 s.): czas rzeczywisty, czas synchro |  |
|  | Zapis wsteczny z możliwością wyboru przez użytkownika czasu opóźnienia -1, -2, -3, -4, -5, -7, -10 sekund |  |
|  | Detekcja kardiostymulatorów |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych (50, 60 Hz), filtr zakłóceń mięśniowych (25, 35 Hz), filtr izolinii Hz (0,05 (3,2s), 0,11 (1,5s), 0,25 90,6s), 0,50 (0,3s), 1,50 (0,1s), splines) |  |
|  | Filtr automatyczny dostosowujący wartości innych filtrów (autoadaptacyjny) |  |
|  | Sygnał dźwiękowy tętna |  |
|  | Baza danych 400 zapisów EKG w pamięci aparatu (z możliwością przeglądania na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości) |  |
|  | Profil automatyczny i manualny (możliwość zaprogramowania nieograniczonej ilości profili) |  |
|  | Profil long (długi zapis EKG), automatyczny zapis do pamięci aparatu do 10 minut z 1 lub 2 odprowadzeń bez jednoczesnego wydruku, wynik wraz z wykresem częstości i z histogramem (np. do wykrywania arytmii) |  |
|  | Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu z możliwością zmiany ilości odprowadzeń |  |
|  | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu |  |
|  | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta, danych lekarza, nazwy oddziału |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zestaw do próby wysiłkowej |  |
|  | Wraz z aparatem dostarczone oprogramowanie do komputerowego EKG pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerową spirometrię i komputerowe EKG z możliwością analizy tzw. długiego QT oraz porównywania badań tego samego pacjenta |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł komunikacji LAN/WIFI |  |
|  | Możliwość wykonania zapisu przy podłączeniu tylko elektrod kończynowych (np. przy urazach czy opatrunku klatki piersiowej |  |
|  | Możliwość rozbudowy o spirometrię (15 lub 49 parametrów spirometrycznych) podłączaną i sterowaną bezpośrednio z aparatu EKG za pomocą ekranu dotykowego i klawiszy funkcyjnych |  |
|  | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce zewnętrznej laserowej (przez port USB, niezależnie od PC, wydruk na papierze biurowym A4) |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł diagnozy (uśrednianie krzywych EKG, analiza, interpretacja słowna) |  |
|  | Wózek jezdny z wysięgnikiem |  |
|  | W zestawie: papier rolka i składanka 210mm, żel EKG, elektrody piersiowe podciśnieniowe, elektrody kończynowe klipsowe, kabel EKG |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 7**

**Zestaw do monitorowania czynności życiowych: temp. powierzchniowa i głęboka ciała**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymagane parametry techniczne** | | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| **Opis urządzenia** | |  |
| **L.p.** | |  |
| 1. | Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych |  |
| 2. | Urządzenie przeznaczone dla pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków |  |
| 3. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 6 cali i rozdzielczości min. 800 x 480 pikseli |  |
| 4. | **Praca minimum w dwóch trybach: pomiar punktowy, monitorowanie ciągłe** |  |
| 5. | Regulowane progi alarmowe NIBP, saturacji i temperatury; regulowana głośność sygnału alarmowego. Alarmy wizualne i dźwiękowe o różnych priorytetach z możliwością czasowego zawieszenia i wyciszenia |  |
| 6. | Wszystkie komunikaty i menu w języku polskim |  |
| 7. | Waga urządzenia z akumulatorem max. 1,7 kg |  |
| **Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną** |  |  |
| 9. | Przewód NIBP dwukanałowy dla mankietów o rozm. pacjentów dziecięcych i dorosły i jednokanałowy dla mankietów noworodkowych z łącznikiem typu leuer |  |
| 11. | Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego zgodna ze standardami ANSI.AAMI SP10:2002 |  |
| 12. | wymóg standardu ANSI/AAMI SP10:2002 w zakresie ciśnienia w mankiecie |  |
| 13. | Zakres pomiaru ciśnienia skurczowego: min. od 30 do 260 mmHg |  |
| 14. | Zakres pomiaru ciśnienia rozkurczowego: 20 do 220 mmHg |  |
| 15. | Zakres pomiaru ciśnienia średniego: min. od 25 do 230 mmHg |  |
| 16. | Zakres pomiaru tętna: min. od 30 do 200 ud./min z dokładnością (± 3 uderzenia/min) |  |
| 17. | W zestawie mankiety w rozmiarach „standard” i „duży”, wykończone powłoką antybakteryjną, z możliwością obrócenia przewodu o 360⁰, z możliwością prania w pralce (w zestawie zatyczki do gniazd mankietów). |  |
| 18. | W trybie monitorowania granice alarmowe oraz wyniki ostatniego pomiaru ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego stale widoczne na ekranie głównym |  |
| 19. | W trybie monitorowania możliwość pomiarów w odstępach automatycznych lub zaprogramowania min. 2 algorytmów interwałowych przez użytkownika |  |
| 21. | Możliwość wprowadzania informacji o pozycji pacjenta w trakcie pomiaru, rozmiarze mankietu i miejscu pomiaru |  |
| 22. | Możliwość wprowadzania modyfikatorów dla pomiaru ciśnienia NIBP. Pozycja ciała pacjenta, rozmiar mankietu, miejsce dokonania pomiaru |  |
| 23. | Możliwość zastosowania mankietów jednorazowych, ok. 100 pomiarów/mankiet dla pacjentów hospitalizowanych poniżej 1 tyg. lub ok. 1000 pomiarów/ mankiet,, dla pacjentów hospitalizowanych powyżej tygodnia, w celu eliminacji zakażeń krzyżowych |  |
| **Pomiar temperatury** |  |  |
| 25. | Pomiar ciepłoty ciała dokonywany bezprzewodowym, elektronicznym termometrem dousznym z podgrzewaną końcówką (eliminuje wychłodzenie kanału słuchowego), pomiar wyświetlany na ekranie monitora Zakres pomiaru temperatury : min. 20°C do 42°C |  |
| 26. | Dokładność kalibracji 0,2°C w trybie bezpośrednim / Najmniejsza jednostka wskazania 0,1°C |  |
| 27. | Jednorazowe osłonki sondy pomiarowej usuwane bezdotykowo (min. 800 szt. w komplecie) |  |
| 29. | Możliwość pomiarów w trybie ciągłym (monitorowanie) do min. 5 minut |  |
| **Pulsoksymetria** |  |  |
| 31. | W komplecie wielorazowy czujnik palcowy dla pacjentów dorosłych |  |
| 32. | Wyświetlanie wartości liczbowej, pletyzmogramu, częstości tętna oraz wykresu słupkowego amplitudy tętna (do wyboru przez użytkownika) |  |
| 33. | Progi alarmowe stale widoczne na ekranie (tryb monitorowania) |  |
| 34. | Pomiar częstości tętna w zakresie min. od 25 do 240 uderzeń na minutę (bpm) ± 3 cyfry |  |
| **Pamięć i zarządzanie danymi pacjenta** |  |  |
| 36. | Możliwość wprowadzania danych pacjenta przez klawiaturę alfanumeryczną na ekranie lub wyboru pacjenta z listy |  |
| 37. | Możliwość ręcznego wpisywania dodatkowych danych pacjenta: wzrost, waga, częstość oddechu, poziom bólu, |  |
| **Zasilanie** |  |  |
| 39. | Akumulator litowo-jonowy o czasie ładowania do pełnej pojemności max. 4 godz., pozwalający na wykonanie min. 45 kompletów pomiarów |  |
| 40. | Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na ekranie |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 8**

**Zestaw do monitorowania czynności życiowych: wysycenie krwi tlenem – pulsoksymetr**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | pomiar SpO2, pulsu i stężenia CO2 |  |
|  | duże, cyfrowe wyświetlacze LED |  |
|  | 3−kolorowy wskaźnik perfuzji |  |
|  | wskaźnik słupkowy stężenia CO2 |  |
|  | sygnalizacja dźwiękowa oddechu |  |
|  | regulowana głośność |  |
|  | zmienna wysokość tonu w zależności od poziomu CO2 |  |
|  | natychmiastowa gotowość do pracy |  |
|  | brak konieczności kalibracji |  |
|  | alarm bezdechu (model 9847) |  |
|  | alarm niskiego i wysokiego poziomu SpO2 i pulsu (model 9847) |  |
|  | pamięć wyników pomiarów SpO2 i pulsu |  |
|  | zasilanie bateryjne |  |
|  | długi czas pracy na komplecie baterii min. 20 godzin |  |
|  | możliwość współpracy z szeroką gamą czujników |  |
|  | wysoka odporność na uszkodzenia |  |
|  | prosta obsługa |  |
|  | niewielkie wymiary i ciężar |  |
|  | zakres pomiaru saturacji SpO2: 0 – 100%,  dokładność ± 2 cyfry w zakresie 70 – 100% |  |
|  | zakres pomiaru częstości pulsu: 18 – 300 ppm,  dokładność ± 3% ± 1 cyfra |  |
|  | zakres pomiaru CO2: 0 – 75 mmHg |  |
|  | zakres pomiaru respiracji: 1 – 60 oddechów / min |  |
|  | próg detekcji oddechu: 5 mmHg |  |
|  | długości fal pomiarowych: 660 nm (czerwona)  i 910 nm (podczerwona) |  |
|  | pamięć: 18 godzin |  |
|  | temperatura pracy: od −20 do +50 °C  (pulsoksymetria) / od 0 do +50 °C (kapnometria) |  |
|  | wilgotność pracy: 15 – 90% bez kondensacji |  |
|  | zasilanie: 6 baterii alkalicznych typu AA |  |
|  | czas pracy: 90 godzin monitorowania SpO2 i pulsu  lub 20 godzin monitorowania SpO2, pulsu i CO2 |  |
|  | wymiary: 8 x 15 x 2 cm (+/- 2 cm) |  |
|  | waga: 310 g (z kompletem baterii) (+/- 30 g) |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 9**

**Defibrylator z kardiowersją**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | **Defibrylator** |  |
| **Zasilanie** | |  |
|  | bateryjne/akumulatorowe |  |
|  | Zasilanie z 230 V ~AC |  |
|  | średni czas pracy z baterii (przy monitorowaniu) min. 6 godz. |  |
|  | ilość defibrylacji z energią 200 J przy pracy z baterii min. 400 |  |
|  | możliwość ładowania akumulatorowy z AC 220 V 50 Hz +/- 10% |  |
| **Funkcje / cechy** | |  |
|  | urządzenie przenośne |  |
|  | ciężar monitora z możliwością defibrylacji max. 10 kg |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych : EKG** | |  |
|  | ilość kanałów ekg: min. 12 |  |
|  | interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta |  |
|  | Pomiar uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu ekg – w formie wydruku |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych : NIBP**  **Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** | |  |
|  | zakres pomiaru min. 20 – 240 mm Hg |  |
|  | tryb ręczny i automatyczny |  |
|  | metoda pomiaru : oscylometryczna |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych : SpO2**  **Pomiar saturacji krwi tętniczej** | |  |
|  | zakres pomiaru min. 50 -100% |  |
|  | czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec |  |
| **Defibrylacja** | |  |
| 15. | łyżki defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci |  |
| 16. | elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 2 kpl. |  |
| 17. | defibrylacja ręczna |  |
| 18. | defibrylacja półautomatyczna AED |  |
| 19. | zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J |  |
| 20. | ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 22 |  |
| 21. | dwufazowa fala defibrylacji |  |
| 22. | kardiowersja |  |
| **Stymulacja przezskórna serca** | |  |
| 23. | tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna |  |
| 24. | zakres regulacji częstości impulsów stymulujących  min. 50 – 150 / min. |  |
| 25. | zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -200 mA |  |
| **Metronom** | |  |
| 26. | Funkcja podawania rytmu 100 uc./min oraz sekwencji oddechów w przypadku prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej |  |
| 27. | Możliwość zmiany procedury dla różnych pacjentów i okoliczności (min. 4 protokoły postępowania) |  |
| **Ekran** | |  |
| 28. | przekątna ekranu min. 6,5 cala |  |
| 29. | Kolorowy LCD TFT |  |
| 30. | Dobrej widoczności w dużym oświetleniu słonecznym |  |
| **Alarmy** | |  |
| 31. | alarmy wszystkich monitorowanych funkcji |  |
| **Drukarka** | |  |
| 32. | szerokość papieru min. 90 mm |  |
| 33. | ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 |  |
| 34. | prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) |  |
| ***Inne wymagania*** | |  |
| 35. | możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu  pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji |  |
| 36 | możliwość transmitowania badań ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych powszechnie używanych w Polsce - Lifenet System) |  |
| 37. | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania |  |
| 38. | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44 |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 10**

**Zestaw (stacja) do przetaczania i podawania leków i płynów (1 stacja x 6 pomp)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (2018/2019) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne** |  |
|  | **Pompa infuzyjna strzykawkowa 6 szt. wraz ze stacjami dokującymi.** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| 1 | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi - udokumentowana działającymi instalacjami. |  |
| 2 | Strzykawka automatycznie mocowana od przodu |  |
| 3 | Możliwość zatrzaskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą |  |
| 4 | Napięcie 11-16 V DC, jeżeli oferowana pompa zasilana jest poprzez zasilacz zewnętrzny musi znajdować się w zestawie. |  |
| 5 | Masa pompy do 1,6 kg |  |
| 6 | Pompa zajmująca przestrzeń nie większą niż 2600 cm3 |  |
| 7 | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji |  |
| 8 | Dokładność mechaniczna <<±0,5% |  |
| 9 | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 8 h przy przepływie 25ml/h |  |
| 10 | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany |  |
| 11 | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji |  |
| 12 | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) |  |
| 13 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów |  |
| 14 | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz. |  |
| 15 | Możliwa do ustawienia prędkość bolusa 0,1 - 1 800ml/h |  |
| 16 | Biblioteka Leków zawierająca minimum 300 leków z możliwością podzielenia na min.15 grup. |  |
| 17 | Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji |  |
| 18 | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji. |  |
| 19 | Menu w języku polskim |  |
| 20 | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej. |  |
| 21 | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml |  |
| 22 | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99 godzin |  |
| 23 | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej i dodatkowych elementów po 2 i 3 pompy. |  |
| 24 | Pompy z programem TCI ( protokoły dla remifentanylu i propofolu) |  |
| 25 | Pompa z trybem pracy PCA ( Analgezji sterowanej przez pacjenta) oraz możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego. |  |
| 26 | Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp z komputerem poza stacją dokującą |  |
| 27 | Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki |  |
| 28 | Zużycie energii przez jedną pompę / dzień/ miesiąc/rok: przy założeniu ,że pompa pracuje 12 godzin/dobę nie większe niż 1,00 / 30,00 / 365,00; kWh. |  |
| 29 | Do pompy w zestawie stacja dokująca na minimum 6 pomp – 1 szt. |  |
|  | **Parametry stacji dokującej** |  |
| 30 | Stacja dokująca która umożliwia mocowanie na stojakach infuzyjnych i pionowych  rurach, np. systemach podwieszanych, jak również do poziomych naściennych  systemów prowadnic zgodnie z EN 1789 bez konieczności stosowania dodatkowych  adapterów lub akcesoriów montażowych. |  |
| 31 | System szybkiego mocowania pomp do stacji dokującej bez przerywania przepływu |  |
| 32 | Stacja dokująca przy każdym stanowisku pacjenta wyposażona w dodatkowy system alarmów wizualnych i akustycznych pozwalających łatwo zidentyfikować stanowisko gdzie jest konieczna interwencja |  |
| 33 | Stacja wyposażona w panel kontrolny, umożliwiający odczytanie statusu akumulatorów oraz sterowanie natężeniem dźwięku. |  |
| 34 | Mocowanie stacji dokującej do rury pionowej lub poziomej bez dodatkowego oprzyrządowania |  |
| 35 | Oprócz mocowania uchwyt do przenoszenia modułu |  |
| 36 | Możliwość połączenia stacji dokujących i przystosowanie do maximum 24 pomp na stanowisko. |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 11**

**Zestaw szybkiego przetaczania płynów ( mankiet 10 sztuk)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Cały mankiet wykonany z elastycznego, przezroczystego materiału umożliwiającego dobra widoczność poziomu płynu z różnych stron mankietu, |  |
|  | Budowa mankietu pozwalająca na utrzymanie stałej wartości ciśnienia w mankiecie, |  |
|  | Konstrukcja i materiały zapewniające łatwe czyszczenie, dezynfekcję materiału, |  |
|  | Możliwość zawieszania mankietu na stojaku jezdnym, |  |
|  | Haczyk wewnątrz mankietu do zawieszania worka z płynem, |  |
|  | Mankiet rozpinany i zapinany na rzep w celu umieszczenia w nim worka, |  |
|  | Mankiet wyposażony w dużą trwałą gruszkę do pompowania mankietu i zawór spustowy z wyczuwalnym oznaczeniem OFF, |  |
|  | Ciśnienie wskazywane na czytelnym manometrze zegarowym, z możliwością obrotu manometru w kierunku patrzącego, |  |
|  | Manometr mocowany na rzep, wyskalowany w mmHg, zakres 0-700 mmHg, z podziałką co 100 mmHg, z wyraźnym zaznaczeniem barwnym wartości 300 mmHg, |  |
|  | Manometr z zaznaczeniem pola dla wysokich ciśnień dla wartości powyżej 400 mmHg, |  |
|  | Dostępność wszystkich elementów mankietu w postaci części zamiennych, |  |
|  | Możliwość zastosowania mankietu 500 ml do worków o większej pojemności do 3000 ml przez zastosowanie adaptera |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 12**

**Zestaw do trudnej intubacji - videolaryngoskop**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Urządzenie do trudnych intubacji |  |
|  | Zintegrowany, kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej 2,4 ‘’ z powłoką antyrefleksyjną |  |
|  | Zasilany z powszechnie dostępnymi bateriami 3X AAA zapewniającymi min. 80 minut pracy urządzenia. |  |
|  | Tor wizyjny wielorazowego użytku (adapter ze zintegrowaną kamerą CMOS o rozdzielczości 640x480 pikseli, VGA i źródłem światła LED ) |  |
|  | Wizualny wskaźnik informujący za pomocą zielonej świecącej diody o gotowości do wykonania intubacji oraz świecącej światłem przerywanym diody czerwonej o konieczności wymiany baterii przed wykonaniem procedury |  |
|  | Pakiet startowy: 6 jednorazowych, czystych mikrobiologicznie łyżek z kanałem lub bez, dedykowanych do urządzenia, w rozmiarze 3 |  |
|  | Waga urządzenia ok.220 g (w zależności od rodzaju łyżki) |  |
|  | Dostępne 2 rodzaje łyżek: z kanałem prowadzącym rurkę intubacyjną i bez kanału, koniec dystalny łyżek pokryty powłoką przeciwmgielną |  |
|  | System zarządzania energią, wyłączający urządzenie po 1 min. od odłożenia na nieruchomą powierzchnię |  |
|  | Automatyczny balans bieli |  |
|  | Wbudowany port Micro-USB do przesyłania obrazu |  |
|  | Trwały i odporny na mycie i dezynfekcję chusteczkami do dezynfekcji lub 70 % alkoholem izopropylowym, |  |
|  | Przyrząd rozświetlający emitujący promieniowanie podczerwone do intubacji kompatybilny z laryngoskopem – 6 szt |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 13**

**Respirator transportowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami normy PN-EN 749-3 |  |
|  | Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie jednego źródła zasilania np. pneumatyczne - z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów) |  |
|  | Maksymalna waga respiratora ≤ 2,5 kg |  |
|  | Tryby IPPV/ CMV |  |
|  | Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV/ CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej |  |
|  | Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej |  |
|  | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej |  |
|  | Zakres regulacji częstości oddechowej min. 8-40 cykli/min. |  |
|  | Zakres regulacji objętości oddechowej min. 80 - 1300 ml |  |
|  | Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O |  |
|  | Zintegrowana zastawka PEEP, zakres regulacji 0-20 cmH2O |  |
|  | Tryb CPAP - zintegrowany przepływomierz, zakres regulacji przepływu min. 1-35 l/min. |  |
|  | Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu |  |
|  | Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O |  |
|  | Min 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta) |  |
|  | Przepływ w trybie wentylacji biernej (na żądanie) regulowany automatycznie w funkcji podciśnienia w układzie pacjenta, min. 0-100 l/min |  |
|  | Manometr ciśnienia w układzie pacjenta |  |
|  | Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):  - wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu  - niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)  - stałego ciśnienia w układzie pacjenta  - niskiego ciśnienia gazu zasilającego |  |
|  | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego |  |
|  | Respirator przystosowany do pracy w urządzeniach MRI (rezonans magnetyczny) o indukcji min. 3 Tesla |  |
|  | Możliwość rozbudowy urządzenia o manualną wentylację ciśnieniową noworodków |  |
|  | Uchwyt mocujący respirator na ścianie |  |
|  | Przenośny zestaw tlenowy w konfiguracji:   * torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenie torbt na ramie łóżka/ noszy * butla tlenowa aluminiowa lub kompozytowa, z głowicą DIN   - reduktor tlenowy z gniazdem AGA O2 i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200 atm, przepływ z gniazda AGA powyżej 120 l/min., manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 14**

**Respirator stacjonarny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** | |
| I. | Wymagania ogólne |  | |
|  | Respirator wysokiej klasy dla dzieci i dorosłych przeznaczony do stosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia. Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej, co najmniej dwa koła z blokadą |  | |
|  | Zakres wagowy obejmuje pacjentów powyżej 5 kg. |  | |
|  | Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,5 do 5,0 bar. |  | |
|  | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,5 do 5,0 bar. |  | |
|  | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz |  | |
| II. | Tryby wentylacji |  | |
|  | Wentylacja wspomagana/kontrolowana |  | |
| CMV/ Assist – IPPV |  | |
|  | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV |  | |
|  | Wentylacja spontaniczna |  | |
|  | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP |  | |
|  | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV |  | |
|  | Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej) |  | |
|  | Wdech manualny |  | |
|  | Oddech kontrolowany objętością VCV |  | |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV |  | |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ |  | |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB |  | |
|  | Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej typu ATC, TC, TRC |  | |
|  | Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PAV+ zgodne z algorytmem Younesa umożliwiające naturalną zmienność wzorca oddechowego z automatycznym dostosowaniem wspomagania do zmian mierzonych parametrów płuc - minimum podatności, elastancji i oporów oddechowych pacjenta  **lub**  Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PPS z automatycznym dostosowywanie oraz możliwością przełączenia na wentylację ze zmiennym wspomaganiem ciśnieniowym Variable Pressure Support, generującą zmienne ciśnienie wspomagania, mechanicznie naśladujące zmienność naturalnego trybu oddechowego.  **lub**  Tryb automatycznej spontanicznej próby oddechowej posiadający regulację czasu trwania próby oraz regulację poziomu alarmów wentylacji minutowej wydechowej niskiej i wysokiej oraz niskiej i wysokiej ilość oddechów, których przekroczenie spowoduje automatyczny powrót do trybu i ustawień wentylacji sprzed rozpoczęcia próby oraz posiadający tryb wentylacji dwupoziomowej ze wsparciem ciśnieniowym oddechu pacjenta na obu poziomach |  | |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV |  | |
| III. | Parametry nastawialne |  | |
|  | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 100 na minutę |  | |
|  | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2000 ml |  | |
|  | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 3 do120 l/min |  | |
|  | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 9 do 4:1 nastawiany bezpośrednio |  | |
|  | Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 80 cmH2O |  | |
|  | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 60 cmH2O |  | |
|  | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 50% |  | |
|  | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH2O |  | |
|  | Możliwość ustawienia parametrów w celu uzyskania czasu plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s. |  | |
|  | Czas wdechu Ti od 0.25 do 9.0s w trybach VCV, PCV |  | |
|  | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV |  | |
|  | Płynnie lub skokowo regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB |  | |
|  | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 1 do 9 l/min |  | |
| IV. | Pomiary parametrów |  | |
|  | Integralny pomiar stężenia tlenu |  | |
|  | Pomiar całkowitej częstości oddychania |  | |
|  | Pomiar objętości pojedynczego oddechu |  | |
|  | Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej |  | |
|  | Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej |  | |
|  | Pomiar ciśnienia szczytowego |  | |
|  | Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym |  | |
|  | Pomiar stosunku wdech/wydech I:E |  | |
|  | Pomiar ciśnienia plateau |  | |
|  | Pomiar ciśnienia PEEP/CPAP |  | |
|  | Pomiar ciśnienia AutoPEEP |  | |
|  | Pomiar podatności statycznej lub dynamicznej płuc pacjenta |  | |
|  | Pomiar oporności wdechowej płuc pacjenta |  | |
|  | Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. |  | |
|  | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms. |  | |
|  | Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) |  | |
|  | Pomiar CO2 z prezentacją krzywej kapnograficznej na ekranie respiratora |  | |
|  | Pomiar ciśnienia zewnętrznego np. za pomocą cewnika umieszczonego w tchawicy lub wbudowany manometr elektroniczny do pomiaru ciśnienia i automatycznego dostosowywania ciśnienie do nastaw wentylacji w mankietach rurek intubacyjnych i tracheostomijnych. Alarm wizualny i dźwiękowy w razie  wzrostu ciśnienia w mankiecie. |  | |
| V. | Ekran respiratora |  | |
|  | Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość lub przepływ- objętość. Możliwość wyświetlania dwóch pętli jednocześnie. |  | |
|  | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu  Co najmniej 4 krzywe jednocześnie na ekranie i 2 pętle |  | |
| VI. | Alarmy |  | |
|  | Hierarchia alarmów w zależności od ważności |  | |
|  | Alarm zaniku zasilania sieciowego |  | |
|  | Alarm zaniku zasilania bateryjnego |  | |
|  | Alarm niskiego ciśnienia tlenu |  | |
|  | Alarm niskiego ciśnienia powietrza |  | |
|  | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym |  | |
|  | Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej |  | |
|  | Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej |  | |
|  | Alarm wysokiego ciśnienia |  | |
|  | Alarm wysokiej częstości oddechów |  | |
|  | Alarm wysokiej objętości oddechowej |  | |
|  | Alarm niskiej objętości oddechowej |  | |
|  | Alarm niskiej częstości oddechów i bezdechu |  | |
|  | Pamięć alarmów z komentarzem |  | |
| VII. | INNE |  | |
|  | Automatyczna detekcja pacjenta |  | |
|  | Szybki start wentylacji. Respirator posiada bezpieczną wentylację startową. Umożliwia podłączenie pacjenta i włączenie respiratora bez wybierania i ustawiania jakichkolwiek parametrów. Po rozpoczęciu wentylacji możliwa jest korekcja ustawień trybu wentylacji oraz wszystkich parametrów |  | |
|  | Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta lub na podstawie wzrostu i płci pacjenta |  | |
|  | Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji |  | |
|  | Funkcja czuwania. Respirator musi mieć możliwość świadomego odłączenia układu oddechowego od pacjenta, z zawieszeniem wszystkich alarmów. Po ponownym podłączeniu układu oddechowego do pacjenta respirator powinien rozpocząć wentylacje z parametrami z przed rozłączenia. |  | |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji |  | |
|  | Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu |  | |
|  | Test aparatu sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika, możliwość pominięcia testu |  | |
|  | |
|  | Respirator ma być wyposażony w 5 kompletnych układów oddechowych jednorazowych, 2 zastawki wydechowe- sterylizowalne lub wydechowe filtry przeciwbakteryjne z pojemnikiem na skropliny dla każdego respiratora: 100 szt. filtrów jednorazowych i 5 szt. wielorazowych |  | |
|  | Ramię do podtrzymywania rur pacjenta. |  | |
|  | Nebulizator nie wymagający przepływu gazu do napędu, do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami zaintubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. MMAD < 5.0 µm. Do każdego respiratora jeden kompletny zestaw |  | |
|  | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora. |  | |
| 79 | Awaryjne zasilanie z wbudowanego akumulatora na nie mniej niż 60 min. pracy |  |
| 80 | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP ze wsparciem ciśnieniowym na obu poziomach lub tryb automatycznego odzwyczajania pacjenta od wentylacji mechanicznej z automatyczną regulacją poziomu wspomagania ciśnieniowego na podstawie analizy EtCO2, częstości i objętości oddechów |  |
| 81 | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od- 0,5 do 10 cmH2O |  |
| 82 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie przez mieszalnik elektroniczno -pneumatyczny kontrolowany mikroprocesorowo w zakresie od 21 do 100% co 1%, regulacja stężenia tlenu w powyższym zakresie także podczas bezdechu w trybie wentylacji rezerwowej |  |
|
| 83 | Możliwość rozbudowy o pomiary i obrazowanie zmierzonych parametrów na ekranie respiratora: VC02- wytwarzania dwutlenku węgla, V02- zużycia tlenu, RQ-wskaźnika oddechowego, EE- wydatku energetycznego u chorego we wstrząsie wielonarządowym za pomocą modułu z obsługa za pomocą menu respiratora |  |
| 84 | Możliwość rozbudowy o pomiar czynnościowej pojemności zalegającej, pomocnej w diagnozie stanu pacjenta jak i postępowaniu w przypadku chorób płuc o podłożu zaporowym jak i restrykcyjnym. Wyświetlanie pomiaru na ekranie respiratora oraz nastawy pomiaru z menu respiratora. |  |
| 85 | Możliwość rozbudowy o pomiar wpływu zmiany ciśnienia końcowo- wydechowego PEEP na objętość FRC czynnościowej pojemności zalegającej |  |
| 86 | Możliwość rozbudowy o pomiar krzywej dynostatycznej szacującej ciśnienie pęcherzyków |  |
| 87 | Podstawowy kolorowy, dotykowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14” do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji |  |
| 88 | Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej i pionowej w stosunku do respiratora |  |
| 89 | Możliwość prezentacji danych z ostatnich 48 godzin. Trendy w postaci graficznej i tabelarycznej |  |
| 90 | Alarm rozłączenia układu oddechowego lub alarm niskiego ciśnienia wdechowego |  |
| 91 | Pomiar stężenia O2 przy pomocy niezużywalnego czujnika tlenu (nie galwanicznego) |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 15**

**Aparat do ogrzewania płynów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Urządzenie przeznaczone jest do podgrzewania krwi , produktów krwiopochodnych i innych płynów infuzyjnych metodą suchą , z maksymalną prędkością przepływu wynosząco od KVO do 500ml/min. Urządzenie utrzymuje temperaturę wyjściową płynów w przedziale od 33\*C do 41\*C . |  |
|  | Czas niezbędny do osiągnięcia przez ELEMNT GRZEWCZY (aluminiowe płytki) urządzenia temperatury docelowej ustalonej na 41\*C wynosi ok.2 min. |  |
|  | Urządzenie jest przeznaczone do montażu na stojaku do kroplówek . |  |
|  | Wymiary : 11cm wysokości x 19cm szerokości x 25cm długości (+/- 2 cm) |  |
|  | Waga : 3,4 kg (+/- 0,4 kg) . |  |
|  | Powyżej 46\*C temperatury aluminiowych płytek urządzenie samo przerywa pracę |  |
|  | W zestawie 10 kaset startowych |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 16**

**Defibrylator półautomatyczny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *l p* | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | * **I. Parametry ogólne** |  |
|  | Ciężar aparatu max. 2,6 kg |  |
|  | Temperatura pracy min. 0 do 50 OC, przechowywania min. -30 do 70 OC |  |
|  | Odporność na wstrząsy min. 100g wg IEC 60068-2-27 |  |
|  | Odporność na wnikanie pyłów i cieczy min. IP55 |  |
|  | Zasilanie bateryjne, baterie litowe nieładowalne - min. 100 wyładowań z maksymalną energią lub 6 godzin ciągłego monitorowania. |  |
|  | **II. Parametry techniczne** |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna z pomocą elektrod naklejanych na klatką piersiową. Dwufazowy impuls defibrylacyjny, energia maksymalna min. 200 J |  |
|  | Tryb pediatryczny włączany za pomocą dedykowanego przycisku, zmiana poziomów energii defibrylacji i algorytmu analizy EKG na specyficzne i zalecane dla pacjentów pediatrycznych |  |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej do max. 10 sekund |  |
|  | Komunikaty głosowe i tekstowe w języku polskim |  |
|  | Jedna elektroda dedykowana dla dorosłych i dzieci |  |
|  | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej |  |
|  | Ekran LCD o przekątnej min. 10 cm z wyświetlaniem dynamicznej sekwencji obrazów prowadzących ratownika przez kolejne etapy resuscytacji, komunikatów tekstowych i krzywej EKG |  |
|  | Monitorowanie RKO z informacją zwrotną w czasie rzeczywistym o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i wizualna na ekranie właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej |  |
|  | Pomiary i wyświetlanie na ekranie w formie liczbowej rzeczywistej głębokości uciśnięć (cm), częstości uciśnięć (1/min.), upływu czasu bieżącego cyklu RKO i całkowitego czasu akcji od chwili włączenia aparatu |  |
|  | Pamięć wewnętrzna: rejestracja co najmniej 2 godzin zapisu EKG, impedancji pacjenta, liczby przeprowadzonych defibrylacji, dostarczonej energii |  |
|  | Transmisja danych do komputera przez port USB lub bezprzewodowo przez integralny moduł WiFi |  |
|  | Funkcja codziennego automatycznego testu z zapisem w pamięci aparatu daty, godziny i wyniku testu |  |
|  | Możliwość wyposażenia aparatu w opcję zdalnego, bezprzewodowego monitorowania gotowości do interwencji (w tym poziomu naładowania baterii, wyników autotestów, upływu okresu przydatności elektrod oraz baterii) |  |
|  | Okres przydatności baterii od daty produkcji min. 5 lat |  |
|  | Okres przydatności elektrody od daty produkcji min. 5 lat |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 17**

**Elektryczne urządzenie do odsysania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| 1 | Ssak na podstawie jezdnej, wyposażony w cztery kółka, każdy z blokadą |  |
| 2 | Wyposażony w dwa zestawy butli wielokrotnego użycia o pojemności minimum 2 litry z pokrywami z tworzywa sterylizowanego ( w tym jedna butla wyposażone w zawór odcinający) |  |
| 3 | Te same butle przystosowane do wkładów jednorazowych. Możliwość użycia tej samej butli z pokrywą wielorazową lub z wkładem jednorazowym. |  |
| 4 | Butle oraz pokrywy sterylizowane w temperaturze od 121·C do 134·C |  |
| 5 | 24 wkłady 2 litrowe kompatybilne z w/w butlami do każdego ssaka |  |
| 6 | Dwie szyny instrumentalne do mocowania butli oraz uchwyty do zwijania przewodu zasilającego z wyłącznikiem nożnym |  |
| 7 | Możliwość zawieszenia na ssaku 4 butli |  |
| 8 | Zasilanie 230V/50Hz |  |
| 9 | Maksymalna szybkość zasysania 70 l/min |  |
| 10 | Dokładność pomiarowa wakuometru ± 2,5% |  |
| 11 | Pobór mocy do 190 VA |  |
| 12 | Maksymalne osiągane podciśnienie 95 kPa ± 10% |  |
| 13 | Czas pracy - praca ciągła |  |
| 14 | Głośność do 45 dB |  |
| 15 | Waga aparatu z wyposażeniem do 19 kg |  |
| 16 | Możliwość włączenia ssaka zarówno z panelu jak i z włącznika nożnego |  |
| 17 | Wyposażony w filtr hydrofobowy - antybakteryjny |  |
| 18 | Wymiary 280x450x800 mm ± 10% |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 18**

**Przenośny zestaw resuscytacyjny ze źródłem tlenu (w tym: maska krtaniowa - co najmniej 3 rozmiary, laryngoskop (rękojeść+łopatki), samorozprężalny worek ambu, butla z tlenem+dren tlenowy, przenośny respirator**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| 1 | **Zestaw laryngoskopowy LED dla dorosłych wielorazowego użytku.** W skład zestawu wchodzi rękojeść i trzy łyżki typu McIntosh. Rękojeść wykonana z nierdzewnej stali, kompatybilna z łyżkami w standardzie ISO 7376 (tzw. zielona specyfikacja). Rękojeść z poprzecznymi frezami zapewniającymi pewny chwyt, zakończona nakrętką, umożliwiająca dostęp do baterii. W rękojeści można dokonać samodzielnego demontażu żarówki. Rękojeść jest przeznaczona do sterylizacji (bez żarówki i baterii). Wyraźnie jest oznaczona nazwa Producenta i określenie światła LED. Rękojeść zasilana za pomocą baterii R14 - 2 szt. Średnica rękojeści - 30 mm. Łyżka do laryngoskopu, światłowodowa, wielorazowa, typ McIntosh. Rozmiary 2, 3, 4. Światłowód zakryty, zatopiony w całości w metalu, z którego wykonana jest łyżka stanowiący jednolitą całość bez wystających elementów światłowodu, wyraźne oznakowanie rozmiaru łyżki oraz nazwy producenta na korpusie łyżki. Całość umieszczone w niebieskiej walizce. |  |
| 2 | **Zestaw laryngoskopowy LED dla dzieci wielorazowego użytku.** W skład zestawu wchodzi rękojeść pediatryczna i trzy łyżki typu McIntosh. Rękojeść pediatryczna wykonana z nierdzewnej stali, kompatybilna z łyżkami w standardzie ISO 7376 (tzw. zielona specyfikacja). Rękojeść z poprzecznymi frezami zapewniającymi pewny chwyt, zakończona nakrętką, umożliwiająca dostęp do baterii. W rękojeści można dokonać samodzielnego demontażu żarówki. Rękojeść jest przeznaczona do sterylizacji (bez żarówki i baterii). Wyraźnie jest oznaczona nazwa Producenta i określenie światła LED. Rękojeść zasilana za pomocą baterii. Średnica rękojeści - 20 mm. Łyżka do laryngoskopu, światłowodowa, wielorazowa, typ McIntosh. Rozmiary 0, 1, 2. Światłowód zakryty, zatopiony w całości w metalu, z którego wykonana jest łyżka stanowiący jednolitą całość bez wystających elementów światłowodu, wyraźne oznakowanie rozmiaru łyżki oraz nazwy producenta na korpusie łyżki. Całość umieszczone w niebieskiej walizce. |  |
| 3 | **Zestaw ambu wielokrotnego użytku dla noworodków.** W skład zestawu wchodzi: worek samorozprężalny do wentylacji mechanicznej pacjenta o pojemności 280 ml z zaworem ciśnieniowym 40 cm H2O; 2 maski wielokrotnego użytku w rozmiarach #0 i #1. Całość zestawu zapakowana w kartonie. Maski silikonowe okrągłe; worek rezerwuaru tlenu z zaworem wylotowym o pojemności 600 ml. Zamawiający wymaga, aby worek samorozprężalny i maski (rozmiar #0 i #1) można było sterylizować w autoklawie w temperaturze 134 stopni Celsjusza. |  |
| 4 | **Zestaw ambu wielokrotnego użytku dla dzieci.** W skład zestawu wchodzi: worek samorozprężalny do wentylacji mechanicznej pacjenta o pojemności 550 ml z zaworem ciśnieniowym 40 cm H2O; 2 maski wielokrotnego użytku w rozmiarach #2 i #3. Maski silikonowe (maska w rozmiarze #2 okrągła z otwartym mankietem, maska w rozmiarze #3 z pompowanym niebieskim mankietem z możliwością dopompowania mankietu; worek rezerwuaru tlenu z zaworem wylotowym o pojemności 600 ml. Zamawiający wymaga, aby worek samorozprężalny i maski (rozmiar #2 i #3) można było sterylizować w autoklawie w temperaturze 134 stopni Celsjusza. |  |
| 5 | **Zestaw ambu wielokrotnego użytku dla dorosłych.** W skład zestawu wchodzi: worek samorozprężalny do wentylacji mechanicznej pacjenta o pojemności 1600 ml z zaworem ciśnieniowym 60 cm H2O; 3 maski wielokrotnego użytku w rozmiarach #4, #5, #6 (po jeden z każdego rozmiaru). Całość zestawu zapakowana w kartonie. Maski silikonowe z pompowanym niebieskim mankietem z możliwością dopompowania mankietu; worek rezerwuaru tlenu z zaworem wylotowym o pojemności 2500 ml. Zamawiający wymaga, aby worek samorozprężalny i maski (rozmiar #4, #5, #6) można było sterylizować w autoklawie w temperaturze 134 stopni Celsjusza. |  |
| 6. | **Maska krtaniowa jednorazowego użytku**, wykonana z silikonu, składająca się z trzech elementów trwale ze sobą połączonych: rurki powietrznej, maski, nadmuchiwanego mankietu niskociśnieniowego. Rozmiar maski kodowany odpowiednim kolorem, dostępne 3,0 (30-50 kg); 4,0 (50-70 kg); 5,0 (70-100). |  |
| 7 | **Respirator ratowniczy**  **-** Zasilanie i sterowanie parametrami wentylacji pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu o ciśnieniu min. 2,8– 8,0 bar  **-** Przeznaczony do wentylacji pacjentów o wadze od 10 kg  - Tryb wentylacji: automatyczny (CMV) i manualny (wentylacja ręczna)  - Zabezpieczenie przed podaniem zbyt dużej objętości oddechowej w trybie ręcznym (automatyczne zatrzymanie przepływu po podaniu nastawionej objętości oddechowej)  - Tryb oddechu „na żądanie” (Demand) z przepływem zależnym od podciśnienia  - Zintegrowana regulacja częstości i objętości oddechowej  - Częstość oddechowa w zakresie min. 10-22 odd/min  - Objętość oddechowa w zakresie min. 150-1000 ml  - Stosunek czasu wdech / wydech I:E=1:2  - Przepływ: min. 12-30 L/min  - Przepływ maksymalny w trybie „na żądanie”: min. 100 L/min  - Zastawka ciśnieniowa bezpieczeństwa 40 cmH2O zintegrowana w respiratorze  - Możliwość izolacji od atmosfery toksycznej i wentylacji biernej 100% tlenem  - Ciężar max. 500g  - Układ pacjenta wielorazowy z możliwością sterylizacji (silikonowy przewód pacjenta + zastawka pacjenta)  - Temperatura pracy min. -18 do +50ºC  - Wodoodporność: min. klasa IPX6  - Możliwość pracy w polu magnetycznym MRI  - Respirator oraz wszystkie elementy zestawu mają być umieszczone w łatwej do przenoszenia torbie.  Wymagane wyposażenie minimalne zestawu:  - torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, z uchwytami umożliwiającymi zawieszenie zestawu na ramie noszy / łóżka  - butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O2, 400 l O2 przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm   * reduktor tlenowy z gniazdem AGA O2 i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200atm, przepływ z gniazda AGA powyżej 120l/min., manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 19**

**Urządzenie do monitoringu - monitoring pacjenta 4 stanowiska do Sali obserwacji**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

**Kardiomonitor – 4 szt., Centrala**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| 1. | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 6 kg |  |
| 2 | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia |  |
| 3. | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD z podświetleniem LED, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 15 cali, rozdzielczości co najmniej 1024x768 pikseli. |  |
| 4. | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej 5 krzywych dynamicznych. |  |
| 5. | Trendy wszystkich mierzonych parametrów: co najmniej 100-godzinne z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta i co najmniej 1000 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 10 minut. |  |
| 6. | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych oraz zdarzeń wpisanych przez użytkownika – pamięć co najmniej 500 zestawów odcinków krzywych i wartości parametrów |  |
| 7. | Kategorie wiekowe pacjentów: dorośli, dzieci i noworodki. |  |
| 8. | 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), 7. Kapnografia w strumieniu bocznym (CO2). |  |
| 9. | Pomiar EKG |  |
|  | 1. Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm.   *Podać.* |  |
|  | 1. Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3. i 5. końcówkowego odprowadzeń. |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż+/- 1%.   *Podać.* |  |
|  | 1. Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s.   *Podać.* |  |
|  | 1. Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej EKG. |  |
|  | 1. Czułość: co najmniej 0,125 cm/mV; 0,25 cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2 cm/mV; 4,0 cm/mV; auto.   *wymienić.* |  |
|  | 1. Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie w zakresie od -2,0 do +2,0 mV. Możliwość ustawienia jednostki pomiarowej mm. |  |
|  | 1. Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych |  |
|  | 1. Monitorowanie odcinka QT |  |
|  | 1. Analiza zaburzeń rytmu (co najmniej 20), z rozpoznawaniem co najmniej następujących zaburzeń: 2. Bradykardia 3. Tachykardia 4. Asystolia 5. Tachykardia komorowa 6. Migotanie komór 7. Migotanie przedsionków 8. Stymulator nie przechwytuje 9. Stymulator nie generuje impulsów 10. Salwa komorowa 11. PVC/min wysokie |  |
| 10. | Pomiar oddechów (RESP). |  |
|  | 1. Zakres pomiaru: minimum 1-150 oddechów /min   Podać. |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/-2 oddech /min |  |
|  | 1. Prędkość kreślenia: co najmniej 3 mm/s; 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s, 50 mm/s.   *Podać* |  |
|  | 1. Możliwość wyboru odprowadzeń do monitorowania respiracji |  |
| 11. | Pomiar saturacji (SpO2). |  |
|  | 1. Zakres pomiaru saturacji: 0÷100% |  |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 20÷300/min.   *Podać.* |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%.   *Podać.* |  |
|  | 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 |  |
|  | 1. Alarm desaturacji |  |
| 12. | Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP). |  |
|  | 1. Oscylometryczna metoda pomiaru. |  |
|  | 1. Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷280 mmHg.   *Podać.* |  |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP: co najmniej 30÷300 bpm. |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 5mmHg.   *Podać.* |  |
|  | 1. Tryb pomiaru: 2. AUTO; 3. Ręczny. |  |
|  | 1. Zakres programowania interwałów w trybie AUTO: co najmniej 1÷480 minut.   *Podać.* |  |
|  | 1. Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie |  |
| 13. | Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (IBP) |  |
| 14. | Pomiar temperatury (TEMP) |  |
|  | 1. Zakres pomiarowy: co najmniej 25÷42˚C.   *Podać.* |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1˚C.   *Podać.* |  |
|  | 1. Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości : 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa |  |
| 15. | Pomiar kapnografii w strumieniu bocznym (na 2 stanowiskach) |  |
|  | * + - 1. Zakres pomiarowy stężenia CO2 co najmniej od 0 do 75 mmHg |  |
|  | * + - 1. Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 4 do 120 R/min. |  |
| 16. | Wyposażenie każdego kardiomonitora w akcesoria pomiarowe: |  |
|  | 1. Kabel EKG 5-odprowadzeniowy |  |
|  | 1. Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP |  |
|  | 1. Mankiet do pomiaru NIBP: pediatryczny 1 szt. |  |
|  | 1. Mankiet do pomiaru NIBP: mały 1 szt. |  |
|  | 1. Mankiet do pomiaru NIBP: średni 2 szt. |  |
|  | 1. Mankiet do pomiaru NIBP: duży 1 szt. |  |
|  | 1. Mankiet do pomiaru NIBP: bardzo duży 1 szt. |  |
|  | 1. Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych typu klips 1 szt. |  |
|  | 1. Powierzchniowy czujnik temperatury |  |
|  | 1. Przewód połączeniowy do przetworników ciśnienia 2 szt. |  |
|  | 1. Zestaw akcesoriów do pomiaru CO2: 2 pułapki wodne (lub nafionów) do usuwania wilgoci z układu pomiarowego, 10 jednorazowych linii próbkujących |  |
| 17. | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła, przycisków oraz poprzez ekran dotykowy. |  |
| 18. | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów. |  |
|  | 1. Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów. |  |
|  | 1. Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów. |  |
|  | 1. Wybór czasowego zawieszenia alarmów – co najmniej 5 czasów do wyboru. |  |
|  | 1. Ustawianie różnych poziomów alarmowania dla poszczególnych parametrów. |  |
|  | 1. Ustawianie głośności sygnalizacji alarmowej (co najmniej 10 poziomów do wyboru) oraz wzorca dźwiękowej sygnalizacji (co najmniej 3 wzorce do wyboru) |  |
| 19. | Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta. |  |
| 20. | Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej, minimalnej oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów). |  |
| 21. | Funkcja analizy NIBP z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach ciśnienia: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej za dnia, maksymalnej w nocy, minimalnej za dnia, minimalnej w nocy oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów). |  |
| 22. | Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50Hz i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor. |  |
|  | 1. Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej, pomiar NIBP co 15 min): nie krótszy niż 2 godziny.   *Podać.* |  |
|  | 1. Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 5 godzin.   *Podać.* |  |
|  | 1. Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora. |  |
| 23. | Port USB |  |
| 24. | Cicha praca urządzenia – chłodzenie bez wentylatora |  |
| 25. | Monitor zabezpieczony przed zalaniem wodą – stopień ochrony co najmniej IPX1 |  |
| 26. | Uchwyt do mocowania kardiomonitora na ścianie z koszykiem na akcesoria |  |
| 1. | Stacja centralnego przystosowana do podłączenia co najmniej 4 opisanych powyżej stanowisk monitorowania. |  |
| 2. | Oprogramowanie centrali zainstalowane na komputerze typu All-in-One z ekranem LCD TFT o przekątnej min. 23” |  |
| 3. | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych łóżek, z identyfikacją alarmującego łóżka. Wyciszanie alarmów i uruchamianie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego z poziomu centrali. |  |
| 4. | Wpisywanie danych demograficznych pacjenta w centrali i w monitorach |  |
| 5. | Pamięć stanów krytycznych (alarmów i arytmii i innych zdarzeń, z zapisem odcinków krzywych dynamicznych i wartości liczbowych) - minimalna liczba zdarzeń: 1000/pacjenta |  |
| 6. | Funkcja "holterowska" – pamięć ciągłego zapisu przynajmniej 4 monitorowanych przebiegów falowych (EKG+inne) - nie tylko trendów; z ostatnich min. 240 godzin |  |
| 7. | Trendy tabelaryczne: pamięć z ostatnich min. 240 godzin |  |
| 8. | Drukarka laserowa do wydruków trendów i raportów na standardowym papierze A4; wbudowane łącze do sieci Ethernet |  |
| 9. | Podtrzymanie zasilania elektrycznego stanowiska monitorowania centralnego (UPS) min. 20 min. |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 20 poz. 1**

**Łóżko intensywne (OIOM)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | |
| 1 | Łóżko przystosowane mycia w komorach dezynfekcyjnych na mokro w temperaturze do 70°C. Wszystkie elementy łóżka musza być odporne na mycie w komorach. Klasa szczelności układu elektrycznego min IP-X6. Nie dopuszcza się łóżek przystosowanych jedynie do dekontaminacji parowej. |  |
| 2 | Szczyty odejmowane, tworzywowe lekkie stanowiące jedną zwartą bryłę z kolorową wstawką z tworzywa, bez dodatkowych widocznych łączeń . Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka umieszczone od góry. Szczyty z możliwością blokady na czas transportu za pomocą suwaków lub pokręteł. |  |
| 3 | Barierki dzielone, tworzywowe na całej długości leża (to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg pacjenta leżącego). W sekcji oparcia pleców barierki poruszające się z segmentem leża zabezpieczające pacjenta w pozycji siedzącej.  Nie dopuszcza się barierek na ok. ¾ długości leża z dodatkowym protektorem zabezpieczającym wolną przestrzeń. |  |
| 4 | Barierki boczne łatwe do obsługi przez personel medyczny. Zwalniane za pomocą jednej ręki wyposażone w system spowalniający opadanie wspomagany sprężyną gazową . Opadanie oraz opuszczanie nie powiększa gabarytów łóżka |  |
| 5 | Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami które mogą służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania. Dodatkowo dolna krawędź barierki wyprofilowana jako haczyk do zawieszania worka na płyny urologiczne |  |
| 6 | Łóżko wyposażone w wskaźniki kątowe z wyraźnym zaznaczeniem kąta dla segmentu pleców. Barierki posiadające możliwość ustawienia danego kąta za pomocą oddzielnych wyraźnie oznaczonych przycisków:  - pozycji do spania (15 0 )  - ustawienia zapobiegającemu obrzękowi płuc (300 )  - wygodnej pozycji pobytowej (450 )  za pomocą jednego przycisku |  |
| 7 | Leże łóżka 4 – sekcyjne oparte na systemie dwóch ramion wznoszących. |  |
| 8 | W leżu segment oparcia pleców przezierny dla promieni RTG, pozostałe wypełnione panelami z polipropylenu . Segment oparcia pleców wyposażony w tunel na kasetę RTG |  |
| 9 | Koła o średnicy min. 150mm z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach lub pojedynczą dźwignią na całej szerokości leża. |  |
| 10 | Prześwit podwozia do podłogi min 17cm |  |
| 11 | Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:   * Zintegrowanych przycisków w górnych barierkach bocznych łóżka od strony wewnętrznej dla pacjenta oraz zewnętrznej dla personelu (z obu stron), Barierki od strony zewnętrznej wyposażone w wyświetlacz LCD informujący o wybranej funkcji elektrycznej oraz o kącie nachylenia sekcji oparcia pleców * Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg. Z możliwością selektywnej blokady i możliwością schowania go w półce na pościel * Pilot z możliwością użycia funkcji Trendelenburga, anty - Trendelenburga, pozycji szokowej oraz CPR. Pilot z wyborem trybu pracy dla pacjenta i personelu, oraz trybem serwisowym.  Pilot umożliwiający z poziomu pielęgniarskiego blokadę niebezpiecznych funkcji dla pacjenta. Przewodowy pilot wyposażony w wyświetlacz LCD wspomagający osoby słabo widzącej w obsłudze |  |
| 12 | Zasilanie 230 V, 50 Hz  Klasa szczelności układu elektrycznego min IP-X6 |  |
| 13 | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu |  |
| 14 | Długość zewnętrzna łóżka – 2180mm (+/-30mm) z możliwością przedłużania leża o min. 25 cm |  |
| 15 | Szerokość zewnętrzna łóżka – max. 1000 mm |  |
| 16 | Wymiar leża min. 870x2000mm |  |
| 17 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie (330 mm do 900 mm)+/-30mm gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka |  |
| 18 | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75o +/- 5o |  |
| 19 | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie min. 45o +/- 5o |  |
| 20 | Regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym |  |
| 21 | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg oraz pilota przewodowego |  |
| 22 | Funkcja autoregresji o parametrze minimum 10 cm |  |
| 23 | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga min. 14° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. |  |
| 24 | Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga min 140– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. |  |
| 25 | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg |  |
| 26 | Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Dodatkowo z barierek bocznych od strony dla personelu medycznego i z pilota przewodowego ustawionego w trybie pielęgniarskim |  |
| 27 | Dodatkowy mechaniczny CPR sekcji oparcia placów dźwignia umieszczona w górnej części oparcia pleców w okolicach szczytu głowy |  |
| 28 | Możliwość mechanicznego unoszenia oparcia pleców w przypadku awarii układu elektrycznego |  |
| 29 | Elektryczna funkcja antyszokowa z każdej pozycji– sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Przycisk oznaczony innym kolorem niż pozycja Trendelenburga |  |
| 30 | Elektryczna regulacja pozycji egzaminacyjnej – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg |  |
| 31 | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na centralnym panelu sterowania) dla  poszczególnych regulacji (selektywny wybór) |  |
| 32 | Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę np. do odkładania pościeli lub schowania centralnego panelu sterowniczego |  |
| 33 | Krążki odbojowe w każdym narożniku |  |
| 34 | Łóżko z czterema otworami we wszystkich narożnikach do montażu wyposażenia dodatkowego np. statywu do kroplówki  Po obu stronach łóżkach listwy do montażu wyposażenia dodatkowego tzw. Eurolistwy |  |
| 35 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 260kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego |  |
| 36 | Łóżko z możliwością regulacji wysokości za pomocą sterownika nożnego. Pilot nożny zabezpieczający metalową blokadą uniemożliwiający przypadkową aktywację. |  |
| 37 | Możliwość wyboru kolorystyki łóżka z zaproponowanego wzornika przez Wykonawcę – min. 5 kolorów |  |
| 38 | wyposażenie:  - integralny elektroniczny system ważenia pacjenta, dokonywany za pomocą przewodowego panelu z cyfrowym wyświetlaczem dostępnym od strony nóg. Możliwość powieszenia panelu na szczycie łóżka.  - Barierki boczne dzielone zabezpieczające na całej długości opisane powyżej  - Materac piankowy przeznaczony dla szpitali lub innych placówek medycznych, stosowany w profilaktyce przeciwodleżynowej i leczeniu odleżyn stopnia I i II potwierdzone badaniami klinicznymi. Materac składający się z dwóch warstw. Górna warstwa materaca o wysokości od 11-9cm (9cm w sekcji głowy, 11cm w sekcji nóg) : wykonana z pianki o gęstości 25kg/m3, posiadający unikalny 3-strefowy profil (głowa – tułów – nogi), który zmniejsza nacisk na tkankę miękką ciała, poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę, posiadający specjalne, wzdłużne i symetryczne nacięcia w okolicy lędźwiowej części kręgosłupa, kości ogonowej i miednicy niwelujące napięcie powierzchniowe pianki. Dolna warstwa materaca o wysokości 4cm: wykonana z pianki o gęstości 28kg/m3 i zwiększonej twardości, stabilizującej materac oraz zmniejszającej nacisk podłoża na ciało użytkownika. Wymiary dostosowane do leża. Wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny zamek w kształcie litery „C”.  - wysięgnik nierdzewny z uchwytem ręki  - podwójna rama wyciągowa wykonana z okrągłych rur (stal węglowa, chromowana lub nierdzewna) (wyposażona w wieszak kroplówki 1 szt., uchwyt do ręki 2 szt., 3szt rolek wyciągowych) – Wszystkie belki wzdłużne i poprzeczne wyposażone w zabezpieczenia przed spadaniem bloczków.  - uchwyt uniwersalny |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 20 poz. 2**

**Łóżko intensywne (OIOM) bez dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | |
| 1 | Łóżko przystosowane mycia w komorach dezynfekcyjnych na mokro w temperaturze do 70°C. Wszystkie elementy łóżka musza być odporne na mycie w komorach. Klasa szczelności układu elektrycznego min IP-X6. Nie dopuszcza się łóżek przystosowanych jedynie do dekontaminacji parowej. |  |
| 2 | Szczyty odejmowane, tworzywowe lekkie stanowiące jedną zwartą bryłę z kolorową wstawką z tworzywa, bez dodatkowych widocznych łączeń . Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka umieszczone od góry. Szczyty z możliwością blokady na czas transportu za pomocą suwaków lub pokręteł. |  |
| 3 | Barierki dzielone, tworzywowe na całej długości leża (to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg pacjenta leżącego). W sekcji oparcia pleców barierki poruszające się z segmentem leża zabezpieczające pacjenta w pozycji siedzącej.  Nie dopuszcza się barierek na ok. ¾ długości leża z dodatkowym protektorem zabezpieczającym wolną przestrzeń. |  |
| 4 | Barierki boczne łatwe do obsługi przez personel medyczny. Zwalniane za pomocą jednej ręki wyposażone w system spowalniający opadanie wspomagany sprężyną gazową . Opadanie oraz opuszczanie nie powiększa gabarytów łóżka |  |
| 5 | Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami które mogą służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania. Dodatkowo dolna krawędź barierki wyprofilowana jako haczyk do zawieszania worka na płyny urologiczne |  |
| 6 | Łóżko wyposażone w wskaźniki kątowe z wyraźnym zaznaczeniem kąta dla segmentu pleców. Barierki posiadające możliwość ustawienia danego kąta za pomocą oddzielnych wyraźnie oznaczonych przycisków:  - pozycji do spania (15 0 )  - ustawienia zapobiegającemu obrzękowi płuc (300 )  - wygodnej pozycji pobytowej (450 )  za pomocą jednego przycisku |  |
| 7 | Leże łóżka 4 – sekcyjne oparte na systemie dwóch ramion wznoszących. |  |
| 8 | W leżu segment oparcia pleców przezierny dla promieni RTG, pozostałe wypełnione panelami z polipropylenu . Segment oparcia pleców wyposażony w tunel na kasetę RTG |  |
| 9 | Koła o średnicy min. 150mm z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach lub pojedynczą dźwignią na całej szerokości leża. |  |
| 10 | Prześwit podwozia do podłogi min 17cm |  |
| 11 | Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:   * Zintegrowanych przycisków w górnych barierkach bocznych łóżka od strony wewnętrznej dla pacjenta oraz zewnętrznej dla personelu (z obu stron), Barierki od strony zewnętrznej wyposażone w wyświetlacz LCD informujący o wybranej funkcji elektrycznej oraz o kącie nachylenia sekcji oparcia pleców * Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg. Z możliwością selektywnej blokady i możliwością schowania go w półce na pościel * Pilot z możliwością użycia funkcji Trendelenburga, anty - Trendelenburga, pozycji szokowej oraz CPR. Pilot z wyborem trybu pracy dla pacjenta i personelu, oraz trybem serwisowym.  Pilot umożliwiający z poziomu pielęgniarskiego blokadę niebezpiecznych funkcji dla pacjenta. Przewodowy pilot wyposażony w wyświetlacz LCD wspomagający osoby słabo widzącej w obsłudze |  |
| 12 | Zasilanie 230 V, 50 Hz  Klasa szczelności układu elektrycznego min IP-X6 |  |
| 13 | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu |  |
| 14 | Długość zewnętrzna łóżka – 2180mm (+/-30mm) z możliwością przedłużania leża o min. 25 cm |  |
| 15 | Szerokość zewnętrzna łóżka – max. 1000 mm |  |
| 16 | Wymiar leża min. 870x2000mm |  |
| 17 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie (330 mm do 900 mm)+/-30mm gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka |  |
| 18 | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75o +/- 5o |  |
| 19 | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie min. 45o +/- 5o |  |
| 20 | Regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym |  |
| 21 | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg oraz pilota przewodowego |  |
| 22 | Funkcja autoregresji o parametrze minimum 10 cm |  |
| 23 | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga min. 14° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. |  |
| 24 | Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga min 140– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. |  |
| 25 | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg |  |
| 26 | Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Dodatkowo z barierek bocznych od strony dla personelu medycznego i z pilota przewodowego ustawionego w trybie pielęgniarskim |  |
| 27 | Dodatkowy mechaniczny CPR sekcji oparcia placów dźwignia umieszczona w górnej części oparcia pleców w okolicach szczytu głowy |  |
| 28 | Możliwość mechanicznego unoszenia oparcia pleców w przypadku awarii układu elektrycznego |  |
| 29 | Elektryczna funkcja antyszokowa z każdej pozycji– sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Przycisk oznaczony innym kolorem niż pozycja Trendelenburga |  |
| 30 | Elektryczna regulacja pozycji egzaminacyjnej – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg |  |
| 31 | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na centralnym panelu sterowania) dla  poszczególnych regulacji (selektywny wybór) |  |
| 32 | Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę np. do odkładania pościeli lub schowania centralnego panelu sterowniczego |  |
| 33 | Krążki odbojowe w każdym narożniku |  |
| 34 | Łóżko z czterema otworami we wszystkich narożnikach do montażu wyposażenia dodatkowego np. statywu do kroplówki  Po obu stronach łóżkach listwy do montażu wyposażenia dodatkowego tzw. Eurolistwy |  |
| 35 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 260kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego |  |
| 36 | Łóżko z możliwością regulacji wysokości za pomocą sterownika nożnego. Pilot nożny zabezpieczający metalową blokadą uniemożliwiający przypadkową aktywację. |  |
| 37 | Możliwość wyboru kolorystyki łóżka z zaproponowanego wzornika przez Wykonawcę – min. 5 kolorów |  |
| 38 | wyposażenie:  - integralny elektroniczny system ważenia pacjenta, dokonywany za pomocą przewodowego panelu z cyfrowym wyświetlaczem dostępnym od strony nóg. Możliwość powieszenia panelu na szczycie łóżka.  - Barierki boczne dzielone zabezpieczające na całej długości opisane powyżej  - Materac piankowy przeznaczony dla szpitali lub innych placówek medycznych, stosowany w profilaktyce przeciwodleżynowej i leczeniu odleżyn stopnia I i II potwierdzone badaniami klinicznymi. Materac składający się z dwóch warstw. Górna warstwa materaca o wysokości od 11-9cm (9cm w sekcji głowy, 11cm w sekcji nóg) : wykonana z pianki o gęstości 25kg/m3, posiadający unikalny 3-strefowy profil (głowa – tułów – nogi), który zmniejsza nacisk na tkankę miękką ciała, poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę, posiadający specjalne, wzdłużne i symetryczne nacięcia w okolicy lędźwiowej części kręgosłupa, kości ogonowej i miednicy niwelujące napięcie powierzchniowe pianki. Dolna warstwa materaca o wysokości 4cm: wykonana z pianki o gęstości 28kg/m3 i zwiększonej twardości, stabilizującej materac oraz zmniejszającej nacisk podłoża na ciało użytkownika. Wymiary dostosowane do leża. Wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny zamek w kształcie litery „C”.  - wysięgnik nierdzewny z uchwytem ręki  - uchwyt uniwersalny |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 21**

**Jezdne stoły zabiegowe - obszar resuscytacyjno – zabiegowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Stół zabiegowy przeznaczony jest do wykonywania zabiegów ogólnych a w połączeniu z wyposażeniem dodatkowym do zabiegów specjalistycznych. |  |
|  | Konstrukcja stołu jest wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym |  |
|  | Pantografowy układ podnoszenia blatu |  |
|  | Wysokość blatu regulowana siłownikiem hydraulicznym przy pomocy dźwigni nożnych umieszczonych po obu stronach stołu |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie min od 820 do 1050 mm |  |
|  | Stół posiadający czterosegmentowy blat umożliwiający ustawienie w pozycjach: leżącej, półsiedzącej, siedzącej i innych pozycjach do ułożeń operacyjnych. |  |
|  | Całkowita długość stołu min. 2000 mm |  |
|  | Całkowita szerokość blatu min. 550 mm |  |
|  | Cztery segmenty blatu: głowy, oparcie pleców, siedzisko, segmenty nóg, |  |
|  | Materace antystatyczne wykonane są z pianki poliuretanowej i pokryte skajem. |  |
|  | Segment głowy regulowany przy pomocy sprężyny gazowej |  |
|  | Regulacja segmentu głowy w zakresie min od -40 ° do 40° |  |
|  | Segment oparcia pleców regulowany przy pomocy sprężyn gazowych uruchamiany dźwignią zwalniającą z dodatkowym zabezpieczeniem przed przypadkowym uruchomieniem regulacji |  |
|  | Regulacja oparcia pleców w zakresie min od -40 ° do 70° |  |
|  | Segmenty nóg z regulacją kątową każdego z segmentów realizowaną przy pomocy sprężyn gazowych |  |
|  | Regulacja kąta odchylenia w zakresie min od 15 ° do -90° |  |
|  | Regulacja odchylenia każdego z segmentów od 0° do 90° |  |
|  | Przechył wzdłużny Trendelenburga i anty Trendelenburga regulowany przy pomocy sprężyn gazowych uruchamiany dźwignią zwalniającą z dodatkowym zabezpieczeniem przed przypadkowym uruchomieniem regulacji |  |
|  | Regulacja Trendelenburga min 25° |  |
|  | Regulacja anty Trendelenburga min 10° |  |
|  | Stół posiadający bardzo dobre własności jezdne. Łatwość manewrowania i przejazdu stołem dzięki funkcji jazdy kierunkowej |  |
|  | Blokowanie stołu poprzez centralną blokadę 4 obrotowych, podwójnych kół jezdnych o średnicy 125 mm, uruchamianych dźwigniami przy kołach od strony głowy pacjenta |  |
|  | Segmenty blatu przenikalne dla promieni RTG. Wypełnienie segmentów wykonane z płyty HPL umożliwiającej wykonywanie zdjęć RTG |  |
|  | Podtrzymywanie kasety RTG z zastosowaniem tunelu na tacę umieszczaną pod segmentami leża - oparcie pleców i siedzisko. |  |
|  | Stół wyposażony w listwy boczne do mocowania wyposażenia dodatkowego. Elementy montowane poprzez uchwyty- do mocowania kątowego lub wyłącznie pionowego. |  |
|  | Elementy wyposażenia dodatkowego: |  |
|  | -ramka anestezjologiczna prosta z uchwytem wielopozycyjnym |  |
|  | -wieszak kroplówki z uchwytem wielopozycyjnym |  |
|  | -podpórka ręki z uchwytem mocującym |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 22**

**Łóżka do Sali obserwacyjnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | |
| 1 | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. |  |
| 2 | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 8 punktach, gwarantująca stabilność leża (nie dopuszcza się łózek opartych na dwóch i trzech kolumnach). |  |
| 3 | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 160 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. |  |
| 4 | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2170 mm, (± 30 mm) * Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami nie więcej niż 1000 mm (wymiar leża 870x2000) |  |
| 5 | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome |  |
| 6 | Zasilanie elektryczne 220/230 V |  |
| 7 | Klasa szczelności podzespołów elektrycznych oraz konstrukcji łóżka IPX-6. Łóżko przystosowane do mycia w automatycznych stacjach mycia łóżek zgodnie z zaleceniami AK-BWA |  |
| 8 | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – **dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu.** |  |
| 9 | Elektryczne regulacje:  - segment oparcia pleców 0-75° (± 5°)  - segment uda 0-45° (± 5°),  - kąt przechyłu Trendlelenburga 0-20° (± 3°),  - kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0-20° (± 3°),  - regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. |  |
| 10 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:  330 do 930 mm (± 20 mm) |  |
| 11 | Łóżko sterowane za pomocą pilota przewodowego. |  |
| 12 | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łózka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych, funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego oraz wyposażony w dodatkowy przycisk umożlwiający dowolne zaprogramowanie pozycji Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. |  |
| 13 | Łóżko z możliwością regulacji wysokości za pomocą sterownika nożnego. Pilot nożny zabezpieczony metalową blokadą uniemożliwiającą przypadkową aktywację |  |
| 14 | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym.  Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.  Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. |  |
| 15 | Leże wypełnione płytami z polipropylenu z wycięciami umożliwiającymi montaż pasów do unieruchamiania pacjenta. Płyty odporne na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi. |  |
| 16 | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego |  |
| 17 | Łóżko z możliwością przedłużenia leża o min 220 mm. Dźwignie zwalniania mechanizmu umieszczone od strony nóg w szczycie łóżka. Nie dopuszcza się mechanizmów umieszczonych pod ramą leża |  |
| 18 | Szczyty łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości 10 mm (± 2 mm), odejmowane bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy z możliwością wykorzystania płyty jako deska reanimacyjna. Górna poprzeczka szczytu wykonana ze stali nierdzewnej wyposażona w uchwyt do zawieszania kul łokciowych |  |
| 19 | Łóżko wyposażone w opuszczane aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczytem a barierką nawet w przypadku wydłużenia leża (zintegrowane ze szczytem łóżka). Barierki opuszczane poniżej górnej krawędzi materaca. Barierki wyposażone w tworzywowe listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa: EN 60601-2-52 o wysokości min .41 cm |  |
| 20 | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka z dopuszczalnym obciążeniem min. 15 kg |  |
| 21 | Możliwość zamontowania po obu stronach łóżka uchwytów na kaczkę lub woreczków na płyny fizjologiczne |  |
| 22 | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe i odboje stożkowe a od strony głowy krążki dwuosiowe chroniące ściany i łóżko podczas zmiany położenia w pozycji wertykalnej i horyzontalnej. |  |
| 23 | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca przy min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. |  |
| 24 | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową.  Dźwignia hamulca umieszczona od strony nóg po obu stronach łóżka wykonana ze stali chromowanej |  |
| 25 | Bezpieczne obciążenie min. 260 kg |  |
| 26 | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki |  |
| 27 | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów oraz kolorów ramy łóżka min. 2 kolory w tym kolor szary. |  |
| 28 | Elementy wyposażenia łóżek:   1. Ramka do kart gorączkowych wykonana z tworzywa sztucznego spełniająca wymagania ustawy o ochronie danych osobowych 2. Mocowany na listwie okrągły kosz na kaczkę wykonany z pręta stalowego chromowanego 3. Mocowany na listwie chromowany uchwyt na worki do zbiórki moczu 4. **MATERAC**   Materac piankowy przeznaczony dla szpitali lub innych placówek medycznych, stosowany w profilaktyce przeciwodleżynowej i leczeniu odleżyn stopnia I i II potwierdzone badaniami klinicznymi Materac składający się z dwóch warstw. Górna warstwa materaca o wysokości od 11-9cm (9cm w sekcji głowy, 11cm w sekcji nóg) : wykonana z pianki o gęstości 25kg/m3, posiadający unikalny 3-strefowy profil (głowa – tułów – nogi), który zmniejsza nacisk na tkankę miękką ciała, poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę, posiadający specjalne, wzdłużne i symetryczne nacięcia w okolicy lędźwiowej części kręgosłupa, kości ogonowej i miednicy niwelujące napięcie powierzchniowe pianki. Dolna warstwa materaca o wysokości 4cm: wykonana z pianki o gęstości 28kg/m3 i zwiększonej twardości, stabilizującej materac oraz zmniejszającej nacisk podłoża na ciało użytkownika. Wymiary dostosowane do leża. Wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny zamek w kształcie litery „C”. |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 23**

**Łóżka do Sali segregacji**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | |
| 1 | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. |  |
| 2 | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 8 punktach, gwarantująca stabilność leża (nie dopuszcza się łózek opartych na dwóch i trzech kolumnach). |  |
| 3 | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 160 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. |  |
| 4 | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2170 mm, (± 30 mm) * Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami nie więcej niż 1000 mm (wymiar leża 870x2000) |  |
| 5 | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome |  |
| 6 | Zasilanie elektryczne 220/230 V |  |
| 7 | Klasa szczelności podzespołów elektrycznych oraz konstrukcji łóżka IPX-6. Łóżko przystosowane do mycia w automatycznych stacjach mycia łóżek zgodnie z zaleceniami AK-BWA |  |
| 8 | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – **dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu.** |  |
| 9 | Elektryczne regulacje:  - segment oparcia pleców 0-75° (± 5°)  - segment uda 0-45° (± 5°),  - kąt przechyłu Trendlelenburga 0-20° (± 3°),  - kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0-20° (± 3°),  - regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. |  |
| 10 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:  330 do 930 mm (± 20 mm) |  |
| 11 | Łóżko sterowane za pomocą pilota przewodowego. |  |
| 12 | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łózka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych, funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego oraz wyposażony w dodatkowy przycisk umożlwiający dowolne zaprogramowanie pozycji Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. |  |
| 13 | Łóżko z możliwością regulacji wysokości za pomocą sterownika nożnego. Pilot nożny zabezpieczony metalową blokadą uniemożliwiającą przypadkową aktywację |  |
| 14 | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym.  Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.  Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. |  |
| 15 | Leże wypełnione płytami z polipropylenu z wycięciami umożliwiającymi montaż pasów do unieruchamiania pacjenta. Płyty odporne na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi. |  |
| 16 | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego |  |
| 17 | Łóżko z możliwością przedłużenia leża o min 220 mm. Dźwignie zwalniania mechanizmu umieszczone od strony nóg w szczycie łóżka. Nie dopuszcza się mechanizmów umieszczonych pod ramą leża |  |
| 18 | Szczyty łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości 10 mm (± 2 mm), odejmowane bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy z możliwością wykorzystania płyty jako deska reanimacyjna. Górna poprzeczka szczytu wykonana ze stali nierdzewnej wyposażona w uchwyt do zawieszania kul łokciowych |  |
| 19 | Łóżko wyposażone w opuszczane aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczytem a barierką nawet w przypadku wydłużenia leża (zintegrowane ze szczytem łóżka). Barierki opuszczane poniżej górnej krawędzi materaca. Barierki wyposażone w tworzywowe listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa: EN 60601-2-52 o wysokości min .41 cm |  |
| 20 | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka z dopuszczalnym obciążeniem min. 15 kg |  |
| 21 | Możliwość zamontowania po obu stronach łóżka uchwytów na kaczkę lub woreczków na płyny fizjologiczne |  |
| 22 | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe i odboje stożkowe a od strony głowy krążki dwuosiowe chroniące ściany i łóżko podczas zmiany położenia w pozycji wertykalnej i horyzontalnej. |  |
| 23 | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca przy min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. |  |
| 24 | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową.  Dźwignia hamulca umieszczona od strony nóg po obu stronach łóżka wykonana ze stali chromowanej |  |
| 25 | Bezpieczne obciążenie min. 260 kg |  |
| 26 | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki |  |
| 27 | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów oraz kolorów ramy łóżka min. 2 kolory w tym kolor szary. |  |
| 28 | Elementy wyposażenia łóżek:   1. Ramka do kart gorączkowych wykonana z tworzywa sztucznego spełniająca wymagania ustawy o ochronie danych osobowych 2. Mocowany na listwie okrągły kosz na kaczkę wykonany z pręta stalowego chromowanego 3. Mocowany na listwie chromowany uchwyt na worki do zbiórki moczu 4. **MATERAC**   Materac piankowy przeznaczony dla szpitali lub innych placówek medycznych, stosowany w profilaktyce przeciwodleżynowej i leczeniu odleżyn stopnia I i II potwierdzone badaniami klinicznymi. Materac składający się z dwóch warstw. Górna warstwa materaca o wysokości od 11-9cm (9cm w sekcji głowy, 11cm w sekcji nóg) : wykonana z pianki o gęstości 25kg/m3, posiadający unikalny 3-strefowy profil (głowa – tułów – nogi), który zmniejsza nacisk na tkankę miękką ciała, poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę, posiadający specjalne, wzdłużne i symetryczne nacięcia w okolicy lędźwiowej części kręgosłupa, kości ogonowej i miednicy niwelujace napięcie powierzchniowe pianki. Dolna warstwa materaca o wysokości 4cm: wykonana z pianki o gęstości 28kg/m3 i zwiększonej twardości, stabilizującej materac oraz zmniejszającej nacisk podłoża na ciało użytkownika. Wymiary dostosowane do leża. Wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny zamek w kształcie litery „C”. |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 24**

**Wózki do transportu pacjenta w pozycji siedzącej - fotel transportowy - 4 szt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametr** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
|  | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | TAK |  |
|  | Konstrukcja fotela wykonana **ze stali węglowej lakierowanej proszkowo w kolorze białym.** | TAK |  |
|  | **Wyprofilowane siedzisko oraz oparcie fotela** wykonane **w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów**) ze zmywalnego, wytłoczonego tworzywa sztucznego **bez szwów i łączeń,** o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji. | TAK |  |
|  | **Dopuszczalne obciążenie min. 215 kg** | TAK |  |
|  | Długość całkowita fotela | 1021 mm |  |
|  | Szerokość całkowita fotela | 718 mm |  |
|  | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki | 1143 mm |  |
|  | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki | 1854 mm |  |
|  | Szerokość siedziska | 546 mm |  |
|  | Głębokość siedziska | 480 mm |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 53 cm, od podnóżków: 38 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
|  | Wysokość oparcia pleców | 530 mm |  |
|  | Długość podłokietników | 510 mm |  |
|  | **Możliwość mycia ciśnieniowego fotela** | TAK |  |
|  | **Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela** powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90° podczas transportu niezależnie od wzrostu personelu. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w **duże pełne** **koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość fotela,** antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w całkowite osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz **koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm** | TAK |  |
|  | **Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny uruchamiany jednym dotknięciem stopy.** Zamknięta konstrukcja chroni mechanizm hamulca przed wpływem zmiennych czynników zewnętrznych. | TAK |  |
|  | **Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne : hamulec i jazda kierunkowa.** | TAK |  |
|  | **Odchylane i wyprofilowane podłokietniki** zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta **ułatwiające wsiadanie oraz zsiadanie z fotela**. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta o długości nie mniej niż 500 mm. | TAK |  |
|  | **Jednokolorowe punkty aktywacyjne** **wskazujące wszystkie elementy ruchome** fotela, ale nieodłączalne znacząco ułatwiające obsługę fotela. | TAK |  |
|  | **Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki** zmniejszają ryzyko potknięcia i zwiększają dostęp do pacjenta. **Podnóżki powlekane wyprofilowanym materiałem antypoślizgowym**. Wypustki w podnóżkach **obsługiwane stopą** umożliwiają personelowi umieszczenie pacjenta w fotelu bez zbędnego schylania się i dotykania podnóżków, co zapobiega przeniesieniu drobnoustrojów | TAK |  |
|  | **Kółka przeciwwywrotne** wbudowane w ramę fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu. | TAK |  |
|  | **Sztywna rama** umożliwiająca **wsuwanie jednego fotela w drugi** zmniejsza ryzyko kradzieży i oszczędza miejsce w placówce. | TAK |  |
|  | **Uchwyt na kartę** montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwia czyszczenie uchwytu. | TAK |  |
|  | **Uchwyty na worki na mocz** montowane bezpośrednio pod siedziskiem | TAK |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 25**

**Wózki do transportu pacjenta w pozycji leżącej - 5 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | |
| 1 | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV |  |
| 2 | Szerokość całkowita: 850 mm (± 30 mm)  Długość całkowita: 2150 mm (± 30 mm)  Materac o wymiarach 2000x700mm |  |
| 3 | Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie: 420 - 820 mm (±30 mm), regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka. |  |
| 4 | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna |  |
| 5 | Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna |  |
| 6 | Dźwignia regulacji przechyłów wzdłużnych dostępna od strony wezgłowia i nóg.  Nie dopuszcza się regulacji przechyłów wzdłużnych dostępnych z boku wózka oraz regulowanych nożnie. |  |
| 7 | Leże dwusegmentowe z czego oparcie pleców ruchome, całość wypełniona płytą tworzywową HPL przezierną dla promieni RTG |  |
| 8 | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia |  |
| 9 | Pod leżem listwa aluminiowe o długości min. 600 mm wyposażona w 2 przesuwne uchwyty do mocowania wyposażenia dodatkowego (po obu stronach wózka). |  |
| 10 | Wózek dodatkowo wyposażony w nierdzewne szyny o długości min. 750 mm umieszczone pod dźwigniami przechyłów wzdłużnych na szczytach wózka w celu zamontowania dodatkowej aparatury medycznej. |  |
| 11 | Szczyty wózka chromowane z tworzywowymi wstawkami. Szczyty z możliwością blokady podczas transportu. Na szczycie wózka od strony nóg dodatkowe demontowalne chromowane uchwyty do przetaczania. |  |
| 12 | Wózek wyposażony w uchwyt do montażu prześcieradeł jednorazowego użytku |  |
| 13 | Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-70° (± 3°) - regulacja płynna |  |
| 14 | ~~Ruchomy segment uda regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-42° (± 3°) - regulacja płynna~~ |  |
| 15 | Wózek wyposażony w 6 krążków odbojowych w tym min. 4 dwuosiowe |  |
| 16 | Barierki boczne o długości min. 1400 mm składające się z 3 poziomych poprzeczek o wysokości min. 350 mm powyżej leża.  Barierki boczne lakierowane z tworzywowymi elementami w tym dolna poprzeczka dodatkowo wyposażona w listę odbojową na całej długości. Spełniające wymagania normy PN EN 60601-2-52 |  |
| 17 | Barierki boczne opuszczane za pomocą jednego przycisku charakterystycznie oznaczonego kolorem czerwonym. |  |
| 18 | Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożnikach leża |  |
| 18 | Wyposażenie wózka:   * wieszak kroplówki wyposażony w 4 haczyki, * materac składający się:   - pianka poliuretanowa pokryta obiciem tapicerskim,  - grubość materaca min. 8 cm.   * Podpora stabilizująca leże w przypadku dokonywania reanimacji |  |
| 19 | Wózek posiadający możliwość zamocowania materaca na wózku w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie |  |
| 20 | Podstawa wózka osłonięta obudową wykonana  z tworzywa ABS z wyprofilowanym miejscem na min. 2-litrową butlę z gazem z zabezpieczającym paskiem z zapięciem na rzepy oraz wyprofilowanym miejscem na osobiste rzeczy pacjenta. Osłona podwozia łatwo demontowana bez użycia narzędzi w celu łatwej dezynfekcji.  Nie dopuszcza się osłony przymocowanej na stałe bądź demontowanej za pomocą narzędzi. |  |
| 21 | Dźwignia blokady centralnej dostępna przy każdym kole. Koła o średnicy min.150mm |  |
| 22 | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 200 kg |  |
| 23 | Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych z min. 10 kolorów oraz ramy wózka w tym kolor szary. |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1a) do Formularza Oferty**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 26**

**Meble ze stali kwasoodpornej i lady pielęgniarskie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **PARAMETR** | **Oferowana wartość**  **(Proszę wypełnić pkt. od 1 do 5)** |
| 1. | Producent / Firma |  |
| 2. | Kraj pochodzenia |  |
| 3. | Urządzenie typ / model |  |
| 4. | Numer katalogowy |  |
| 5. | Rok produkcji (min. 2019 r.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Oferowana wartość**  **(Podać zakresy lub opisać)** |
| Wymagania techniczno-eksploatacyjne mebli medycznych ze stali kwasoodpornej poz 1-11 ( bez pkt 5, 10) | | |
| 1. | Meble w całości wykonane ze stali kwasoodpornej gat. OH18N9.  Korpusy wykonane z podwójnej blachy w systemie dwuwarstwowym z lekkim wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym i pokryte lakierem proszkowym, zapewniającej odpowiednią trwałość i stabilność. Powierzchnie gładkie, nie zawierające ostrych krawędzi. Plecy szaf i szafek o powierzchni większej od 0,8 m2 z wykonstruowanym widocznym, usztywniającym, trapezowym przetłoczeniem.  Dna szaf i szafek stojących wykonane w technologii jak wyżej z widocznym niewielkim przetłoczeniem min. 3 mm tworzącym zagłębioną nieckę. |  |
| 2. | Meble posadowione na nóżkach integralnie związanych z konstrukcją nośną mebla o wysokości min 120 max 150 mm i wyposażone w regulatory wysokości umożliwiające ich wypoziomowanie (wysokość mebli podawana z uwzględnieniem wysokości nóżek). |  |
| 3. | Ściany wewnętrzne korpusów szafek wyposażone w rastry umożliwiające łatwą regulację wysokości położenia montowanych wewnątrz elementów takich jak półki, ramy koszy i kuwet max co 25 mm. Nie dopuszcza się rastrów jako dodatkowo montowanych elementów wyposażenia szafek. |  |
| 4. | Szuflady zastosowane w meblach typu skrzynkowego w całości wykonane ze stali nierdzewnej gat. 0H18N9. Szuflady wyposażone w wykonstruowane po przez wycięcie lub przeformowanie gniazd montażowych w bokach szuflad, umożliwiających zastosowanie specjalistycznych ruchomych wkładów podłużnych i poprzecznych, wykonanych ze stali nierdzewnej, umożliwiających podział wewnętrzny szuflady na przechowywane akcesoria zgodnie z bieżącą potrzebą Zamawiającego.  Elementy podziałowe szuflad w komplecie z szufladami.  Nie dopuszcza się gniazd lub rastrów podziałowych jako oddzielnych elementów przyklejanych lub w inny sposób łączonych z szufladą.  Szuflady o wysokiej nośności z widocznym przetłoczeniem usztywniającym dno.  Prowadnice szufladowe typu kulowego z funkcją samo domykania typu mechanicznego i systemem tłumienia odgłosu końcowego domknięcia, prowadnice szuflad obudowane (niewidoczne z góry i z boku po wysunięciu szuflady). |  |
| 5. | Drzwi oraz fronty szuflad wykonane z podwójnej blachy z lekkim wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym. Krawędzie i narożniki zaokrąglone. Konstrukcja frontów musi zapewniać szczelne i ciche zamykanie (bez metalicznego odgłosu). Uchwyty wykonane ze stali nierdzewnej w kształcie litery U. Pod uchwytem owalne wgłębienie we froncie ułatwiające chwytanie.  Fronty wyposażone w trwałe uszczelki, konstrukcyjnie związane z elementami frontu z możliwością wymiany w przypadku uszkodzenia. Uszczelki wykonane z tworzywa odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych. Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych powierzchniowo.  Wszystkie szafki stojące, wiszące oraz szafy z drzwiami wyposażone w zamki patentowe.  Wszystkie szafki z szufladami wyposażone w zamek centralny do zamykania kilku szuflad na raz.  Wybór kierunku otwierania drzwi do wyboru przez Zamawiającego na etapie uzgodnień przed wykonawczych i wykonania aranżacji poszczególnych zabudów. |  |
| 6. | Półki w szafkach ze skokową regulacją wysokości położenia.  Regulacja za pomocą rastrów z wytłoczonymi gniazdami w bokach szaf max co 25mm, na wspornikach metalowych z ogranicznikiem powodującym unieruchomienie półki. Wsporniki wyposażone w gumowe wibroizolatory.  Półki wykonane ze stali nierdzewnej kwasoodpornej  Na życzenie Zamawiającego mogą być wykonane w technologii formowania z widocznym niewielkim przetłoczeniem około 3 mm tworzącym zagłębioną nieckę. |  |
| 7. | Zawiasy do drzwi nierdzewne, dużej nośności i wysokiej jakości z wygodną regulacją szerokości szczeliny elementów frontowych w 3 płaszczyznach.  Zawiasy z wbudowanym mechanizmem samodociagu (samodomykania) oraz spowalniaczem (tłumieniem odgłosu końcowego domykania) z początkiem amortyzowania przy zamknięciu już przy kącie otwarcia 40⁰.  Zawias wykonany w technice szybkiego montażu drzwi, umożliwiający wypięcie oraz szybkie wpięcie frontów w celu domycia brudnych zakamarków bez konieczności powtórnej jego regulacji.  Kąt otwarcia zawiasu w zależności od usytuowania mebli oraz przewidzianej funkcji lub ewentualnej kolizji otwartych drzwi min. 85⁰ lub 160⁰ do uzgodnienia z Użytkownikiem. |  |
| 8. | Wszystkie krawędzie i brzegi mebli zaokrąglone, bezpieczne, Blaty robocze monolityczne z laminatu ciśnieniowego typu Trespa, zamontowane zlewozmywaki w blacie monolitycznym po ustaleniu usytuowania zlewozmywaka z Zamawiającym. Wykończenia blatu w miejscu cięcia przy pomocy listew, połączenie blatu ze ścianą przy pomocy listew do ustalenia z Zamawiającycm. |  |
| 9. | UWAGA:  Podane w specyfikacji (zestawienie asortymentowe) wymiary są wymiarami przybliżonymi. Konstrukcja mebli powinna umożliwiać wykonanie zabudowy na „miarę” z zachowaniem oczekiwanych funkcji i warunków technicznych poszczególnych pomieszczeń. Oferent – Wykonawca, będzie zobowiązany do sporządzenia szczegółowego projektu zabudowy meblowej uzgodnionego z Zamawiającym. Zamawiający dopuszcza odchyłki wymiarowe od podanych wymiarów gabarytowych w zakresie +/- 5% lub podane w specyfikacji |  |
| 10. | UWAGA:  Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest do ustalenia kolorystyki płyt, z których będą wykonane meble, według całego wzornika. Konfiguracja ustawienia szafek stojących i wiszących oraz usytuowanie zlewów zostanie uzgodniona z Zamawiającym na etapie realizacji po dokonaniu pomiarów pomieszczeń i wykonaniu projektów do akceptacji Zamawiającego. |  |
| 11. | UWAGA:  Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest do wykonania wszelkich podłączeń baterii zlewowych /umywalkowych, odpływów kanalizacyjnych (syfonów), oświetlenia podszafkowego, sprzętu znajdującego się w zabudowie i itp.. |  |
| 12. | UWAGA:  Cena ofertowa musi zawierać koszt projektu zabudowy, koszt wytworzenia mebli, transportu, montażu oraz koszt wszystkich materiałów pomocniczych do montażu (tj. np. wężyki do wody, gotowe syfony, odpływy kanalizacyjne, złączki, reduktory, przewody do podłączenia oświetlenia podszafkowego). |  |
| 13. | UWAGA:  Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest do wykonania na własny koszt wszelkich napraw infrastruktury technicznej, która została uszkodzona podczas dostawy i montażu mebli. |  |
| INNE WYMAGANIA - meble medyczne ze stali kwasoodpornej | | |
| 14. | Zaświadczenie niezależnego podmiotu zajmującego się poświadczaniem zgodności działań producenta z normami jakościowymi, tj. certyfikat ISO 9001 lub równoważny, w zakresie minimum produkcji mebli |  |
| 15. | Przedmiot oferty spełnia wymagania normy ISO 9001 lub równoważnej, w zakresie minimum produkcji mebli. |  |
| 16. | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 211 ze zm.) - dotyczy:  - stolik opatrunkowy  - stolik mayo |  |
| 17. | Zaświadczenie niezależnego podmiotu zajmującego się poświadczaniem zgodności działań producenta z normami jakościowymi, tj. certyfikat ISO 9001 lub równoważny, w zakresie minimum produkcji mebli. |  |
| 18. | Zaświadczenie niezależnego podmiotu zajmującego się poświadczeniem zgodności działań producenta z normami jakościowymi, tj. certyfikat ISO 13485 lub równoważny, w zakresie minimum produkcji mebli - dotyczy:  - stolik opatrunkowy  - stolik mayo |  |
| 19. | przedmiot oferty oznaczony znakiem CE - dotyczy:  - stolik opatrunkowy  - stolik mayo |  |
| 20. | Przedmiot oferty spełnia wymagania normy ISO 9001 lub równoważnej, w zakresie minimum produkcji mebli. |  |
| 23. | Przedmiot oferty spełnia wymagania normy ISO 13485 lub równoważnej, w zakresie minimum produkcji mebli - dotyczy:  - stolik opatrunkowy  - stolik mayo |  |

**Wartości podane w rubrykach „Parametr / Warunek graniczny” oraz „Wymagania” stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

**Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.**

**Szczegółowe informacje na temat oferowanego Towaru (np. foldery, prospekty, instrukcja obsługi) zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające spełnienie opisu warunków granicznych określonych w załączniku nr 1a) do Formularza Oferty (Parametry techniczne), w przypadku, kiedy moja oferta zostanie najwyżej oceniona, złożę Zamawiającemu w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie.**

**Załącznik nr 1b) do Formularza Oferty**

*(Pieczęć Wykonawcy)*

**Warunki Gwarancji i Serwisu**

**!!! (należy wypełnić osobno w odniesieniu do każdego urządzenia/pozycji, na które Wykonawca składa ofertę) !!!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dotyczy: Pakiet nr ……….. Pozycja nr ……………….**  **Nazwa urządzenia / urządzeń: ........................................................................................................**  **……………………………………………………………………………………………………………………………**  **Producent / firma: .......................................... Typ / model urządzenia: ............................**  **Rok produkcji: (podać) 20.....r.** | | | |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | |
| 1. 1 | | Termin rozpoczęcia gwarancji | Od dnia dostawy i podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń. |
| 1. 2 | | Okres gwarancji na cały Towar (gwarancja pełna bez limitu badań) | **Zgodnie z pkt. 5 Formularza Oferty** |
| 1. 3 | | Przedmiot gwarancji: cały dostarczony Towar.  Gwarancja obejmuje także:  - Przeglądy w okresie gwarancji zgodne z wymogami określonymi przez producenta w ramach ceny dostawy bez dodatkowego wezwania ze strony Zamawiającego (powiadomienie Zamawiającego z 5 dniowym wyprzedzeniem pod nr tel. 42 63-93-481 oraz j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl)  - Wymiany/naprawy uszkodzonych części  - Dojazdy/przejazdy pracowników Wykonawcy  - Robociznę  - Wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | TAK |
|  | | Okres gwarancji ulega każdorazowemu przedłużeniu ~~o pełen okres niesprawności przedmiotu umowy~~ o czas przedłużającej się naprawy ponad terminy określone w umowie | TAK |
| 1. 4 | | Czas reakcji „przyjęte zgłoszenie - podjęta naprawa”. | \* W terminie **….. godzin** (**maksymalnie 48 godziny w dni robocze**) od otrzymania zawiadomienia telefonicznie lub faksem z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  \* W terminie **….. godzin** (**maksymalnie 72 godziny w dni robocze**) od momentu dostarczenia towaru do siedziby serwisu (w okresie gwarancji przesyłką kurierska na koszt Wykonawcy) z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. |
| 1. 5 | | Ilość przeglądów w ramach ceny dostawy w okresie gwarancji, zgodnie z zaleceniami producenta, wykonana bez wcześniejszego zlecenia Zamawiającego. | Ilość przeglądów w roku **….**, w odstępach równomiernych |
| 1. 6 | | Przeglądy końcowe przed upływem końca gwarancji w ramach ceny dostawy. | TAK |
| 8 | | Możliwość zgłoszenia wad/awarii/błędów/usterek 24 h/dobę, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK numer faks,……………, email …………… |
| 9 | | Maksymalny czas usunięcia wad/awarii/błędów/usterek Towaru | Do **……. dni roboczych** (**maksymalnie 5 dni w dni robocze bez sprowadzania części),** do **……. dni** **roboczych** (**maksymalnie 14 dni w dni robocze z koniecznością sprowadzania części zamiennych**) od momentu zgłoszenia wad/awarii/błędów/usterek, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. |
| 10 | | Możliwość wstawienia zastępczych części w przypadku wad/awarii/błędów/usterek > 1 dnia roboczego (tak/nie) | \* Tak - W przypadku wad/awarii/błędów/usterek trwającej powyżej **……. dni roboczych (maksymalnie 5 dni roboczych)**  \* Nie |
| 11 | | Możliwość wstawienia zastępczego Towaru (tak/nie) | \* Tak - W przypadku wad/awarii/błędu/usterki trwającej powyżej **……. dni roboczych (maksymalnie 5 dni roboczych)**  \* Nie |
| 12 | | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy Zamawiającego) | **………… (maksymalnie 3)** naprawy |
| 13 | | Warunki wymiany Towaru - liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany Towaru na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy Zamawiającego) | **Minimum 4** naprawy gwarancyjne uprawniające do wymiany Towaru na nowy |
| 14 | | Okres zagwarantowania dostępności odpłatnych części zamiennych od momentu końca gwarancji (w latach) | **…….. (minimum 8)** lat, licząc od momentu końca gwarancji – dotyczy **części zamiennych dla wszystkich składowych przedmiotu zamówienia, z wyłączeniem oprogramowania i sprzętu komputerowego (o ile dotyczy), dla którego Wykonawca zapewnia ……… (minimum 5 letnią) dostępność części zamiennych od momentu końca gwarancji** |
| **Serwis gwarancyjny, lokalizacja:** | | | |
| **Pełna nazwa serwisu:** ...............................................................................................................  **Adres:** ..........................................................................................................................................  **Telefon:** .................................................. **Faks:** ................................................................ | | | |
| 15 | Przyczyny utraty prawa do gwarancji | | *(podać)* |
| 16 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa | | *(podać)* |
| 17 | Wykaz dostawców część zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru | | *(podać)* |
| 18 | Wykaz materiałów zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru | | *(podać)* |

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 4**

**Umowa Nr 29/PN/ZP/D/....../2020 - WZÓR**

stanowiąca wynik postępowania przeprowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego 29/PN/ZP/D/2020

– art. 39 i następne ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1843 – j.t. ze zm.)

zawarta w dniu ................................. w Łodzi pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralnym Szpitalem Weteranów z siedzibą w Łodzi** przy ul. Żeromskiego 113, (90-549 Łódź), wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000016979, NIP 7272392503, REGON 471208164, BDO 000025243

reprezentowanym przez: **Dyrektora – dr n. med. Monikę Domarecką**

zwanym dalej „**Zamawiającym**”

a

………………………. z siedzibą w ………. przy ul. …….., wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla ………………., …… Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS…………………….., NIP……………………….., REGON …………………..., BDO ……………… kapitał zakładowy ………………………. zł,

reprezentowaną przez:

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

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

zwanym dalej „Wykonawcą”

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest: **Dostawa wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z pakietu nr ...... (zwanego dalej towarem),** szczegółowo określonego w Formularzu Oferty Wykonawcy wraz z załącznikami, stanowiącą integralną część niniejszej umowy.
2. Wykonawca oświadcza, że towar, o którym mowa w pkt. 1, jest fabrycznie nowy, kompletny, w pełni sprawny, odpowiada standardom jakościowym i technicznym, wynikającym z funkcji i przeznaczenia, jest także wolny od wad materiałowych, konstrukcyjnych i prawnych, spełnia wymagania określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, nie jest obciążony żadnymi prawami na rzecz osób trzecich oraz nie jest prototypem.
3. Wykonawca oświadcza, że towar posiada atesty i jest dopuszczony do obrotu i do używania na rynek polski, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 175 – j.t. ze zm.) /o ile dotyczy/
4. Towar jest kompletny, nie wymaga do prawidłowego działania zakupu dodatkowych elementów.
5. Towar posiada dokumenty w języku polskim:

a) instrukcje użytkowania

b) kartę gwarancyjną

c) dokumentację techniczną producenta towaru/sprzętu

d) specyfikację katalogową i handlową oraz wykaz części zużywalnych w okresie eksploatacji

e) informację dotyczące serwisu autoryzowanego w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym

f) deklaracje zgodności, certyfikat zgodności lub równoważny /o ile dotyczy/.

1. **Dostawa towaru, stanowiąca przedmiot umowy jest współfinansowana:**

**6.1. ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego *Infrastruktura i Środowisko* na lata 2014-2020 oraz budżetu państwa -** Projekt nr POIS.09.01.00-00-0118/16-00 pn. „Rozbudowa, przebudowa i doposażenie USK im. WAM- CSW w Łodzi celem utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z lądowiskiem dla helikopterów” – zadanie nr 3 – zakup sprzętu

**6.2. ze** **środków własnych Zamawiającego;**

**6.3. z innych źródeł finansowania, w tym np. z dotacji z budżetu państwa.**

**Niezrealizowanie przez Wykonawcę postanowień umowy w terminie, o którym mowa w §3 ust. 1 będzie skutkować utratą przez Zamawiającego wyżej wymienionego dofinansowania (z wyłączeniem środków własnych).**

§ 2

Całkowita cena towaru wymienionego w § 1 pkt 1 wynosi **…………………… złotych brutto** (słownie: …………………………………… zł 00/100), w tym wartość netto w wysokości ……………………………………………………. złotych. Ceny jednostkowe towaru określono w Formularzu asortymentowo- cenowym, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

Cena obejmuje również: koszty transportu krajowego i zagranicznego loco Zamawiający, rozładunku, załadunku, koszty ubezpieczenia w kraju i zagranicą, opłaty celne i graniczne, montażu, uruchomienia, koszty związane z udzieloną gwarancją i czynnościami serwisu gwarancyjnego, szkolenia z obsługi dla użytkowników, wszelkie rabaty, upusty, podatki oraz wszelkie inne koszty niewymienione, a konieczne do wykonania zamówienia. Opłata za opakowanie wliczona jest w cenę towaru.

Towar dostarczony będzie do Zamawiającego w opakowaniu producenta, na koszt i ryzyko Wykonawcy. Zamawiający dopuszcza dostarczenie w zamiennym opakowaniu w momencie występowania stanu pandemii koronawirusa, dostawa na koszt i ryzyko Wykonawcy dla sprzętów wymagających preinstalacji- należy zgłosić do Zamawiającego z co najmniej tygodniowym wyprzedzeniem na adres j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl, marcin.michalak@umed.lodz.pl.

Strony ustalają, że cena towaru w PLN, o której mowa w pkt 1, jest ceną ostateczną.

Miejscem wykonania Zamówienia jest siedziba Zamawiającego, tj.: Łódź, **ul. Żeromskiego 113 – budynek Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.**

Wykonawca zobowiązuje się dostarczać towar, które spełniają wszystkie określone przepisami prawa wymogi w zakresie dopuszczenia do obrotu i do używania, zgodne z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2019 poz. 175 t.j. ze zm.) – dotyczy wyrobów medycznych na co Wykonawca posiada przez czas trwania umowy wszystkie aktualne dokumenty, które w każdej chwili na żądanie Zamawiającego przedłoży do wglądu oraz ponosi pełną odpowiedzialność za wszelkie ewentualne szkody powstałe u Zamawiającego lub osób trzecich w związku z zastosowaniem dostarczonego przez Wykonawcę towaru nie spełniającego przedmiotowych wymogów.

§ 3A – dodatkowo dotyczy **pakietu 1-25**

1. **Zamówienie będzie zrealizowane (zakończone podpisanym protokołem zdawczo-odbiorczym bez zastrzeżeń): w terminie do 4 tygodni od dnia złożenia pisemnego zamówienia.**

**Zamawiający zobowiązuje się, że zamówienie zostanie złożone nie wcześniej niż 03.06.2020 r. i nie później niż do dnia 30.11.2020 r. włącznie.**

**Zamówienie zostanie w całości zrealizowane maksymalnie do 28.12.2020 r.**

**Za pisemne złożenie zamówienia uważa się również zamówienie złożone drogą mailową.**

Wszystkie dostawy muszą być ustalone pisemnie z Zamawiającym z co najmniej 7 dniowym wyprzedzeniem,

1. Dostawa (dostarczenie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego) całości przedmiotu umowy, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru i przeszkolenie personelu musi być potwierdzona protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez Zamawiającego i Wykonawcę bez zastrzeżeń, z jednoczesnym przekazaniem faktur do siedziby Zamawiającego.

**Wykonawca przekaże dwie oddzielne faktury. Jedna obejmująca cenę towaru, koszty dostawy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru, serwisowanie towaru, druga faktura obejmująca przeszkolenie personelu.**

1. Dostawa towaru odbywa się na koszt i ryzyko Wykonawcy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania rozładunku dostarczonego towaru w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
3. Wykonawca jest odpowiedzialny za prawidłowe przygotowanie towaru do użytkowania.
4. Za dzień realizacji umowy, tj. dostawy, montażu i uruchomienia towaru oraz przeszkolenia wybranego personelu medycznego Zamawiającego, uważa się datę sporządzenia i podpisania przez strony protokołu zdawczo-odbiorczego, bez zastrzeżeń. Wykonawca zobowiązuje się w tym dniu dostarczyć Zamawiającemu następujące dokumenty w języku polskim:

* instrukcje użytkowania towaru/ sprzętu
* kartę gwarancyjną
* dokumentację techniczną producenta towaru/sprzętu
* specyfikację katalogową i handlową oraz wykaz części zużywalnych w okresie eksploatacji
* informację dotyczące serwisu autoryzowanego w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym
* paszporty techniczne wraz z wpisem startowym do wszystkich towarów/sprzętów składających się na przedmiot umowy
* oraz inne dokumenty, przekazywane przez producenta/ów towaru dla zapewnienia Zamawiającemu prawidłowej eksploatacji i zabezpieczenia go przed roszczeniami ze strony osób trzecich

1. Odpowiedzialność za bezpieczeństwo towaru i ryzyko uszkodzeń do czasu podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń pomiędzy Wykonawcą i Zamawiającym, ponosi Wykonawca.
2. Z dniem podpisania przez Strony protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń, na Zamawiającym spoczywa odpowiedzialność za bezpieczeństwo przedmiotu umowy.
3. Protokół zdawczo-odbiorczy musi zawierać:

- przedmiot dostawy;

- wartość i datę dostawy;

- potwierdzenie kompletności dostawy, montażu i uruchomieniu Towaru;

- potwierdzenie przeprowadzenia szkolenia personelu;

- informację o przekazaniu dokumentów, o których mowa w § 3A ust. 6 Umowy;

- informację o producencie Towaru.

Wykonawca jest zobowiązany powiadomić Dział Zaopatrzenia Medycznego (tel. 42 63 93 481, mail: [j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl](mailto:j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl)) Zamawiającego z 7-dniowym wyprzedzeniem o terminie dostawy, montażu i uruchomieniu towaru oraz przeszkoleniu personelu.

**§ 3B – dodatkowo Dotyczy pakietu 26**

1. **Zamówienie będzie zrealizowane (zakończone podpisanym protokołem zdawczo-odbiorczym bez zastrzeżeń): w terminie do 4 tygodni od dnia złożenia pisemnego zamówienia.**

**Zamawiający zobowiązuje się, że zamówienie zostanie złożone nie wcześniej niż 03.06.2020 r. i nie później niż do dnia 30.11.2020 r. włącznie.**

**Zamówienie zostanie w całości zrealizowane maksymalnie do 28.12.2020 r.**

**Za pisemne złożenie zamówienia uważa się również zamówienie złożone drogą mailową.**

Wszystkie dostawy muszą być ustalone pisemnie z Zamawiającym z co najmniej 7 dniowym wyprzedzeniem. Dostawa, montaż i uruchomienie Towaru w całości nastąpi w terminach uzgodnionych z Zamawiającym (po akceptacji przez Zamawiającego projektów zestawień mebli w każdej Sali).

1. Wykonawca zobowiązany jest po zawarciu umowy do dokonania wizji lokalnej w uzgodnionym terminie, wykonania pomiarów i projektów wizualizacyjnych mebli medycznych w zestawach. Projekt wizualizacyjny powinien być dostarczony do zatwierdzenia przez Zamawiającego w terminie do 2 tygodni od dnia zawarcia umowy. Osobą uprawnioną do zatwierdzenia projektu ze strony Zamawiającego jest ……………………………………… Zamawiający ustosunkuje się do projektu (zaakceptuje lub wprowadzi uwagi) w ciągu 3 dni roboczych od dnia otrzymania projektu.
2. Jeżeli w toku czynności odbiorowych stwierdzone zostaną okoliczności uniemożliwiające dokonanie odbioru z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Zamawiający przedstawi je Wykonawcy na piśmie. Do czasu usunięcia przeszkód w odbiorze Zamawiający przerwie czynności odbiorowe, a Wykonawca zobowiązany jest do usunięcia przeszkód w realizacji odbioru w terminie 24 h.
3. Po usunięciu przeszkód w realizacji odbioru Wykonawca ponownie zgłosi Zamawiającemu gotowość do odbioru, a Zamawiający wznowi czynności odbiorowe.
4. Dostawa (dostarczenie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego) całości przedmiotu umowy, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru i przeszkolenie personelu musi być potwierdzona protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez Zamawiającego i Wykonawcę bez zastrzeżeń, z jednoczesnym przekazaniem faktur do siedziby Zamawiającego.

**Wykonawca przekaże dwie oddzielne faktury. Jedna faktura obejmująca cenę towaru, koszty dostawy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru, serwisowanie towaru, druga faktura obejmująca przeszkolenie personelu.**

Dostawa towaru odbywa się na koszt i ryzyko Wykonawcy.

1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania rozładunku dostarczonego towaru w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. Wykonawca jest odpowiedzialny za prawidłowe przygotowanie towaru do użytkowania.
3. Za dzień realizacji umowy, tj. dostawy, montażu i uruchomienia towaru oraz przeszkolenia wybranego personelu medycznego Zamawiającego, uważa się datę sporządzenia i podpisania przez strony protokołu zdawczo-odbiorczego, bez zastrzeżeń. Wykonawca zobowiązuje się w tym dniu dostarczyć Zamawiającemu następujące dokumenty w języku polskim:

* instrukcję obsługi Towaru (o ile dotyczy)
* karty gwarancyjne, w tym karty gwarancyjne producenta;
* informację dotyczące serwisu autoryzowanego w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym
* dokumentację techniczną producenta towaru/sprzętu
* instrukcje pielęgnacji, konserwacji Towaru w tym zalecenia producenta;
* paszporty techniczne (o ile dotyczy);
* atesty higieniczne (o ile dotyczy)
* atesty na zapalność i trudnozapalność, (o ile dotyczy)
* specyfikację katalogową i handlową oraz wykaz części zużywalnych w okresie eksploatacji
* ulotki, katalogi materiałów zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru; o ile dotyczy
* oraz inne dokumenty, przekazywane przez producenta/ów towaru dla zapewnienia Zamawiającemu prawidłowej eksploatacji i zabezpieczenia go przed roszczeniami ze strony osób trzecich

1. Odpowiedzialność za bezpieczeństwo towaru i ryzyko uszkodzeń do czasu podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń pomiędzy Wykonawcą i Zamawiającym, ponosi Wykonawca.
2. Z dniem podpisania przez Strony protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń, na Zamawiającym spoczywa odpowiedzialność za bezpieczeństwo przedmiotu umowy.
3. Protokół zdawczo-odbiorczy musi zawierać:

- przedmiot dostawy;

- wartość i datę dostawy;

- potwierdzenie kompletności dostawy, montażu i uruchomieniu Towaru;

- potwierdzenie przeprowadzenia szkolenia personelu;

- informację o przekazaniu dokumentów, o których mowa w § 3B ust. 8 Umowy;

- informację o producencie Towaru.

1. Wykonawca jest zobowiązany powiadomić Dział Zaopatrzenia Medycznego (tel. 42 63 93 481, mail: [j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl](mailto:j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl)l) Zamawiającego z 7-dniowym wyprzedzeniem o terminie dostawy, montażu i uruchomieniu towaru oraz o przeszkoleniu personelu.

§ 4

1. Wszystkie rozliczenia pomiędzy stronami będą prowadzone w złotych polskich (PLN).
2. Strony ustalają, że za wykonanie przedmiotu umowy Zamawiający zapłaci wynagrodzenie, określone w § 2 ust.1, zgodne z cenami jednostkowymi określonymi w ,,Formularzu Asortymentowo- cenowym” – Załącznik nr 2 do oferty.
3. Zamawiający zapłaci za realizowane dostawy w terminie: **…… /minimum 45 dni, maksimum 60 dni/,** od dnia otrzymania każdej z prawidłowo wystawionych faktur po dostawie i podpisaniu protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń. Jako dzień zapłaty każdej z faktur przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego (rozliczeniowego) Zamawiającego.
4. Należność będzie wpłacana na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy nr ……………………………………………….., który zgodnie z oświadczeniem Wykonawcy zawartym w Formularzu oferty jest zgodny z .…………………………………………………………………………………
5. O każdej zmianie numeru rachunku bankowego (rozliczeniowego) , o którym mowa w ust.4. oraz o każdej zmianie statusu vatowskiego Wykonawca jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić Zamawiającego w formie pisemnej. Przedmiotowe powiadomienie musi być podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy. Zmiana numeru rachunku bankowego ( rozliczeniowego ) nie wymaga zmiany umowy w formie aneksu.
6. Zamawiający upoważnia Wykonawcę do wystawienia faktur VAT bez podpisu odbiorcy.

§ 5

* + - 1. Wykonawca udziela **gwarancji** Zamawiającemu na przedmiot umowy wymieniony w §1 na towar wymieniony w **Pakietach** **1-26**, obejmujący pełną usługę serwisową, (naprawy, przeglądy techniczne, przeglądy okresowe) bez żadnych dodatkowych kosztów dla Zamawiającego na **okres ……………………. miesięcy (minimum 36 miesiące – maksimum 60 miesięcy.**
      2. Termin gwarancji biegnie od dnia podpisania przez Wykonawcę i Zamawiającego protokołu dostawy bez zastrzeżeń, po dokonaniu dostawy towaru (dostarczenie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego) całości przedmiotu umowy, zainstalowaniu (montaż i uruchomienie) towaru i przeszkoleniu personelu.

Termin gwarancji biegnie po wykonaniu przez Wykonawcę wszystkich wyżej opisanych czynności.

Zainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru i przeszkolenie personelu nastąpią w terminie uzgodnionym z Zamawiającym, tj. po ustaleniu z Zamawiającym możliwości uruchomienia towaru.

* + - 1. Wykonawca udziela pełnej gwarancji na dostarczony towar, który będzie eksploatowany przez Zamawiającego zgodnie z instrukcjami załączonymi przez Wykonawcę do towaru.
      2. Gwarancją nie są objęte uszkodzenia i wady dostarczanego towaru wynikłe na skutek:
  1. winy Zamawiającego,
  2. używania towaru przez Zamawiającego niezgodnie z jego przeznaczeniem,
  3. samowolnych napraw, przeróbek lub zmian konstrukcyjnych niezgodnych z przeznaczeniem dokonywanych przez Zamawiającego, lub za jego zgodą.
     + 1. Wykonawca udziela rękojmi Zamawiającemu na przedmiot umowy wymieniony w §1, na towar wymieniony w **pakietach** **1-26** na okres ……………………………. **miesięcy**.
       2. Termin rękojmi biegnie od dnia podpisania przez Wykonawcę i Zamawiającego protokołu dostawy bez zastrzeżeń, po dokonaniu dostawy towaru (dostarczenie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego) całości przedmiotu umowy, zainstalowaniu (montaż i uruchomienie) towaru i przeszkoleniu personelu.
       3. Konserwacja, przeglądy techniczne, przeglądy okresowe, naprawy towaru dostarczonego Zamawiającemu należy do Wykonawcy i będzie przeprowadzona bez dodatkowych kosztów dla Zamawiającego, w oparciu o zalecenia producenta wymienione w instrukcjach i gwarancjach załączonych do towaru. (powiadomienie Zamawiającego z 5 dniowym wyprzedzeniem pod nr tel. 42 63-93-481 oraz [j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl](mailto:j.kusmierczyk@skwam.lodz.pl))
       4. Zamawiający może dochodzić roszczeń z tytułu gwarancji i rękojmi także po terminie określonym w ust. 1 i 5, jeżeli reklamował wadę przed upływem tego terminu.
       5. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu gwarancji jakości i rękojmi za wady całego przedmiotu umowy. Z tego tytułu Wykonawca usunie wszelkie zgłoszone wady na własny koszt.

§ 6

Wykonawca zapewnia Zamawiającemu bez dodatkowych kosztów dla Zamawiającego autoryzowany serwis gwarancyjny dla towaru wymienionego w przedmiocie umowy, o którym mowa w §1 ust. 1. Siedziba serwisu mieści się w …................... przy ul…........................... tel.:…............. .

Rozpoczęcie działań serwisowych, polegających na naprawie towaru nastąpi w ciągu **……** godzin od otrzymania zawiadomienia za pośrednictwem telefonu, faksu, mailem od Zamawiającego, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zaś zakończenie działań serwisowych nastąpi w terminie nie dłuższym niż do **…….** **dni roboczych**. W przypadku skomplikowanych awarii związanych ze sprowadzeniem części zamiennych od momentu zgłoszenia awarii z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy (w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy, terminie nie dłuższym niż **……… dni roboczych~~.~~**~~, zaś gdyby termin ten wydłużał się Wykonawca dostarczy towar zastępczy, zgodnie z załączonymi do umowy Warunkami Gwarancji i Serwisu, o parametrach nie gorszych niż towar objęty gwarancją na swój koszt i zainstaluje go.~~

Wykonawca zapewnia Zamawiającemu dostawę części zamiennych przez okres **............................** lat (minimum 8 lat) licząc od momentu zakończenia gwarancji - dotyczy **części zamiennych dla wszystkich składowych przedmiotu zamówienia, z wyłączeniem oprogramowania i sprzętu komputerowego (o ile dotyczy), dla którego Wykonawca zapewnia ……… (minimum 5 letnią) dostępność części zamiennych od momentu końca gwarancji.**

Wykonawca będzie rozpatrywać wszelkie reklamacje Zamawiającego w terminie nie dłuższym niż 3 dni roboczych, od dnia zgłoszenia reklamacji.

W przypadku stwierdzenia wad jakościowych, lub braków ilościowych Zamawiającemu przysługuje dostawa towaru wolnego od wad w terminie 2 dni roboczych, licząc od dnia pozytywnego rozpatrzenia reklamacji.

Wykonawca podczas wizyt serwisowych zobowiązuje się do precyzyjnego opisu zgłaszanych usterek i wymiany elementów podczas napraw w paszportach technicznych towaru.

Wykonawca zobowiązuje się do precyzyjnego opisu wykonanych czynności wraz z wymianą części podczas przeglądów technicznych, zgodnie z zaleceniami producenta w paszportach technicznych.

Pozostałe warunki serwisu i gwarancji zostały opisane w Załączniku nr 1b do umowy (warunki gwarancji i serwisu), który stanowi integralną część umowy.

§ 7

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań umownych w formie kar umownych w następujących przypadkach i wysokościach:

1.1 Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:

a) za brak dostarczenia towaru do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, niezainstalowanie (montaż i uruchomienie) towaru, nieprzeszkolenie personelu, niewydanie Zamawiającemu instrukcji obsługi w języku polskim, dokumentu gwarancyjnego, każdej z faktur – w wysokości ~~0,3%~~ 0,1% ~~ceny~~ wartości netto~~, o której mowa w § 2 ust. 1 umowy~~ pakietu, którego dotyczy zwłoka, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki. Zamawiający ma prawo w terminie 30 dni do odstąpienia od umowy z winy Wykonawcy i zastosowania kary wynikającej z zapisu ust. 1.1.c niniejszego paragrafu,

b) w razie zwłoki Wykonawcy w usunięciu wad stwierdzonych w okresie gwarancji i rękojmi i/lub w wykonaniu naprawy gwarancyjnej, bądź przeglądu lub konserwacji towaru wymienionego w przedmiocie umowy ponad terminy określone w § 6, Zamawiający ma prawo naliczyć karę umowną w wysokości ~~0,3%~~ 0,1% ~~wynagrodzenia~~ wartości netto~~, o którym mowa w § 2, ust.1 umowy~~ pakietu którego zwłoka dotyczy, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki, o ile Wykonawca na czas naprawy nie dostarczy towaru zastępczego o parametrach technicznych takich samych lub lepszych jak naprawiany towar.

c) za odstąpienie przez Zamawiającego od umowy z przyczyn zależnych od Wykonawcy w wysokości 10% ~~wynagrodzenia~~ wartości netto, ~~o którym mowa w § 2 ust. 1 umowy~~ pakietu którego dotyczy zwłoka.

d) za brak prowadzonej aktualnej dokumentacji technicznej towaru, tj. za brak prowadzenia aktualnych wpisów z interwencji serwisowych do paszportów technicznych towaru w wysokości ~~0,3%~~ 0,1% ~~wynagrodzenia~~ wartości netto ~~towaru, o którym mowa w § 2 ust. 1 umowy~~ pakietu, którego dotyczy zwłoka, dla którego nie wprowadzono wpisu do paszportu technicznego, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki.

1. Zamawiający naliczając karę umowną wystawi pisemny dokument obciążający Wykonawcę, zwany notą obciążeniową ze wskazaniem tytułu obciążenia (powołanie odpowiedniego zapisu umowy) wraz dokumentacją potwierdzającą zaistniałe okoliczności i terminem zapłaty; jeśli Wykonawca nie dotrzyma terminu realizacji. Zamawiający zastrzega sobie prawo potrącenia należnych i wymagalnych kar umownych z należności wobec Wykonawcy.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego kary umowne.

§ 8

1. Oprócz wypadków wymienionych w Kodeksie Cywilnym, Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w całości lub w części bez wyznaczania Wykonawcy dodatkowego terminu w sytuacji:
2. utraty przez Zamawiającego źródła finansowania zamówienia/umowy w całości lub części, a także w przypadku przesunięcia źródeł finansowania zamówienia/umowy;
3. niedostarczenia przez Wykonawcę Towaru lub dostarczenia Towaru w sposób uniemożliwiający podpisanie protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń lub niedostarczenie którejkolwiek z dwóch faktur - w terminie określonym w §3A ust. 1 lub § 3B ust. 1 umowy.

2. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia. Z prawa odstąpienia można skorzystać w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.

3. W przypadku opóźnienia lub odmowy naprawy stwierdzonych przy odbiorze lub ujawnionych w okresie rękojmi lub gwarancji wad/awarii/błędów/usterek, opóźnienia lub odmowy wykonania obowiązku wynikającego z § 6 ust. 4 Umowy, Zamawiający ma prawo, po uprzednim powiadomieniu Wykonawcy, dokonać zastępczego usunięcia wad/awarii/błędów/usterek, którego kosztami obciąży Wykonawcę.

§ 9

1. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim wypadku Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.
2. Zamawiający ma prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeśli Wykonawca w terminie 7 dni od pisemnego wezwania na piśmie lub wezwania faksem, nie przedłoży dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 6 umowy lub, jeśli dokumenty te będą błędne lub nieważne.

§ 10

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy mogą być dokonywane za zgodą obu stron wyrażoną w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 4 pkt 5.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany postanowień umowy w przypadkach określonych w art. 144 ust. 1 pkt. 2-6 Prawa zamówień publicznych oraz w przypadku wystąpienia niżej wymienionych okoliczności:

2.1. zmianę jakości, parametrów lub innych cech charakterystycznych dla przedmiotu zamówienia, w tym zmianę numeru katalogowego towaru bądź nazwy własnej towaru w przypadku gdy:

2.1.1. nastąpi zmiana w procesie produkcyjnym wynikająca z postępu technologicznego. Towar zamienny nie może posiadać gorszych parametrów od objętych umową;

2.1.2. będzie to konieczne ze względu na zmianę przepisów prawa.

* 1. zmianę organizacyjną po stronie Zamawiającego lub Wykonawcy w szczególności w przypadku, gdy nastąpi zmiana adresu siedziby firmy.
  2. zmiana miejsca dostaw.

Wyżej wymienione zmiany nie mogą skutkować podwyższeniem ceny jednostkowej wskazanej w ofercie.

§ 11

1. Strony zobowiązują się do utrzymania w tajemnicy nie ujawniania, nie publikowania, nie przekazywania, nie udostępniania w żaden inny sposób osobom trzecim jakichkolwiek danych o transakcjach o klientach stron, jak również:
   * informacji o danych dotyczących, podejmowania przez jedną ze stron czynności w toku realizacji niniejszej umowy,
   * informacji danych stanowiących tajemnice stron w rozumieniu Ustawy z dnia z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
   * innych informacji prawnie chronionych, które to informacje uzyskają w trakcie lub w związku z realizacją niniejszej umowy, bez względu na sposób i formę ich utrwalenia lub przekazania, o ile informacje nie są powszechnie znane, bądź obowiązek ich ujawnienia nie wynika z obowiązujących przepisów prawa.
2. Obowiązkiem zachowania poufności umowy nie jest objęty fakt jej zawarcia ani jej treść w zakresie określonym obowiązującymi przepisami prawa.
   * Każdej ze stron wolno ujawnić informacje poufne z ograniczeniami wynikającymi z przepisami prawa, członkom swoich władz, kancelariom prawnym, firmom audytorskim, pracownikom organów nadzoru, itp. W takim zakresie jakim będzie to niezbędne do wypełnienia przez nią zobowiązań wynikających z innej ustawy.
   * Strony umowy mają prawo do wykorzystania informacji o realizacji umowy oraz ogólnego przedmiotu i stron umowy dla celów marketingowych i referencyjnych tym podania tych informacji do wiadomości publicznej.
3. Wykonawca nie ma dostępu do danych osobowych.

**§ 12 Podwykonawstwo – jeśli dotyczy**

1. Wykonawca może realizować przedmiot Umowy korzystając z podwykonawstwa na zasadach określonych w niniejszym paragrafie oraz w zakresie wskazanym w ofercie.
2. Wykonawca odpowiada za działania i zaniechania podwykonawców jak za własne działania i zaniechania.
3. Wykonawca jest obowiązany zawiadomić Zamawiającego o wszelkich zmianach w danych swoich podwykonawców (nazwa, imię nazwisko, adres, dane kontaktowe) przed przystąpieniem do realizacji przedmiotu Umowy oraz w trakcie realizacji Umowy przekazywać informacje o nowych podwykonawcach, którym zamierza powierzyć realizację przedmiotu Umowy.
4. Wykaz podwykonawców, w tym innych podmiotów, na zdolności których Wykonawca powoływał się, na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp, w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1b ustawy Pzp, określony jest w ust. 10.
5. Zgodnie z treścią art. 36b ust. 2 ustawy Pzp, jeżeli zmiana albo rezygnacja z podwykonawcy dotyczy podmiotu, na zdolności którego Wykonawca powoływał się, na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, Wykonawca jest obowiązany wykazać Zamawiającemu, iż proponowany inny podwykonawca lub Wykonawca samodzielnie spełnia je w stopniu nie mniejszym niż podwykonawca, na zasoby którego Wykonawca powoływał się w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.
6. Zmiana podwykonawcy umieszczonego w wykazie, o którym mowa w ust. 4, wymaga sporządzenia aneksu do Umowy.
7. W celu dokonania zmiany, o której mowa w ust. 6, Wykonawca złoży wniosek o zmianę podwykonawcy przed przystąpieniem nowego podwykonawcy do realizacji części Umowy powierzonej podwykonawcy, w terminie umożliwiającym jego ocenę zgodnie z ust 5.
8. Do wniosku, o którym mowa w ust. 7, Wykonawca załączy dokumenty odpowiednio potwierdzające spełnianie przez podwykonawcę warunków udziału w postępowaniu i brak podstaw do wykluczenia, w stopniu nie mniejszym niż wymagane w trakcie tego postępowania, zgodnie ze Specyfikacją istotnych warunków zamówienia.
9. Jeżeli Zamawiający stwierdzi, że wobec danego podwykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia, Wykonawca obowiązany jest zastąpić tego podwykonawcę lub zrezygnować z powierzenia wykonania części Umowy.
10. Następujący podwykonawcy, w tym inne podmioty na zasoby których Wykonawca powoływał się w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu Umowy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podwykonawcy | Warunek udziału w postępowaniu spełniony poprzez zdolności innego podmiotu ( *wykształcenie, kwalifikacje zawodowe lub doświadczenie*) | Zakres przedmiotu Umowy podzlecony |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

§ 13

1. Każda czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela Zamawiającego, (w tym m.in. umowy sprzedaży wierzytelności, cesji wierzytelności, umowy poręczenia za zapłatę należności Zamawiającego), pod rygorem nieważności wymaga uprzedniej pisemnej zgody Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Zamawiającego.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 4 pkt 5.
3. Wszelkie załączniki wskazane w treści niniejszej umowy stanowią jej integralną część.
4. W razie powstania sporu związanego z wykonaniem umowy, Wykonawca ma obowiązek wyczerpać drogę postępowania polubownego, kierując swoje roszczenia na piśmie do Zamawiającego, a w przypadku nie osiągnięcia porozumienia w terminie 14 dni roboczych, od dnia doręczenia roszczenia, może poddać spór rozstrzygnięciu przez sąd miejscowo właściwy dla Zamawiającego.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U.z 2019r.,poz. 1843 – j.t. ze zm.), ~~oraz~~ Kodeksu Cywilnego (Dz .U.z 2019r.,poz. 1145.– j.t. ze zm.) oraz ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U.z 2020r.poz. 567 ze zm.)
6. Umowę sporządza się w trzech jednobrzmiących egzemplarzach: 2 egzemplarze dla Zamawiającego i 1 egzemplarz dla Wykonawcy.
7. Załącznikami do umowy są:

* Załącznik nr 1 - Formularz oferty wraz z załącznikami:

Załącznik nr 1a - parametry techniczne;

Załącznik nr 1b - warunki gwarancji i serwisu;

* Załącznik nr 2 - Formularz asortymentowo-cenowy;

**Wykonawca Zamawiający**

Numer sprawy **29/PN/ZP/D/2020**    
**Załącznik nr 5**

Nazwa, adres Wykonawcy ...............................................................

*( pieczęć firmowa Wykonawcy )*

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr sprawy **29/PN/ZP/D/2020**, po zapoznaniu się z zamieszczoną na stronie internetowej informacją, o której mowa w art. 86 ust. 5ustawy Pzp, niniejszym informujemy, że:

\* 1) nie należymy do żadnej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r., o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2019r., poz.369 – t.j. ze zm.) z Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

\* 2) należymy do tej samej grupy kapitałowej łącznie z nw. Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia\*\*:

1. ………………………………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………….
4. ………………………………………………………………………………………….
5. ………………………………………………………………………………………….

\*niepotrzebne skreślić

\*\* Wraz ze złożeniem oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej z Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia