**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 1 – Dostawa aparatu do znieczulenia z monitorem gazów anestetycznych i tlenu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** | **Punktacja** |
| * + - 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma ……………………………………..…………….. Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia …………………………………………..………Typ / model ……………………….……… Klasa wyrobu medycznego ………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |  |
| **3** | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |  |
| * + - 1. **Aparat do znieczulenia - 1 szt.**
 |
| **1** | Aparat na podstawie jezdnej z czterema kółkami z materiału nie rysującego podłogi – w tym hamulec centralny na min. 2 koła. | Tak |  |  |
| **2** | Stały blat roboczy do pisania -z oświetleniem typu LED o płynnej regulacji natężenia światła. | Tak |  |  |
| **3** | Szuflady (min. dwie) na akcesoria, w tym jedna zamykana na kluczyk. | Tak |  |  |
| **4** | Zasilanie gazowe (O2, N2O, powietrze) z sieci centralnej z systemem złączy typu AGA – dreny zasilające o długości min. 5 m. | Tak, podać | ………….. |  |
| **5** | Wyposażony w awaryjne zasilanie gazowe O2, N2O, sprężonego powietrza ze złączami gwintowanymi zgodnymi z PN, reduktorami, przyłączami do aparatu oraz manometrem/wyświetlaczem ciśnień zasilania centralnego i z butli.  | Tak |  |   |
| **6** | Ssak injektorowy z regulacją siły ssania.  | Tak |  |  |
| **7** | Mocowanie dla aktualnie użytkowanych pojemników ssaka na 1,0 l wkłady jednorazowe firmy SERRES. | Tak |  |  |
| **8** | Pojemniki ssaków po prawej stronie patrząc od przodu na aparat. | Tak |  |  |
| **9** | Co najmniej dwa aktywne złącza robocze na parowniki, umożliwiające korzystanie z wybranego parownika bez konieczności przewieszania parowników. Parownik do sevofluranu na wyposażeniu. | Tak, podać | …………… |  |
| **10** | Złącza na parowniki wyposażone w system szybkiego mocowania umożliwiający stosowanie standardowych parowników różnych firm ze złączem typu Selectatec lub Draeger Plug-in z zabezpieczeniem przed jednoczesnym włączeniem dwóch parowników | Tak, podać | …………… |  |
| **11** | Aparat z funkcją kompensacji przepływu świeżego gazu. | Tak |  |  |
| **12** | Test aparatu w trakcie uruchamiania aparatu i autotest szczelności. Dziennik testów dostępny do wyświetlenia na ekranie aparatu. | Tak |  |  |
| **13** | Aparat wyposażony we wbudowane gniazda elektryczne 230V 50 Hz – min.3 gniazda. | Tak, podać | …………. |  |
| **14** | Wbudowane w aparat zasilanie awaryjne respiratora, umożliwiające pracę w warunkach standardowych przez co najmniej 60 minut po wyłączeniu prądu. Ładowanie akumulatora po podłączeniu do zasilania –bez konieczności włączania aparatu w tryb standby. | Tak, podać | …………… | ≥90 min 30 pkt |
| **15** | Zasilanie awaryjne monitora funkcji życiowych, umożliwiające pracę przez co najmniej 60 minut po wyłączeniu prądu.Ładowanie akumulatora po podłączeniu do zasilania – bez konieczności włączania aparatu w tryb stand-by. | Tak, podać | …………. | ≥90 min 30 pkt |
| **16** | Wyjście ewakuacji gazów z zabezpieczeniem przed wyssaniem gazów z układu okrężnego. Przewód do podłączenia wyjścia ewakuacji gazów anestetycznych aparatu z odciągiem gazów w kolumnie anestezjologicznej. | Tak |  |  |
| **17** | Przepływomierze elektroniczne osobne dla O2, N2O, powietrza, skalowane do min. 10 l/min. Przystosowane do znieczulenia z minimalnymi przepływami (poniżej 300 ml/min). | Tak, podać | …………… |  |
| **18** | Wyświetlanie przepływu gazów w postaci wirtualnych przepływomierzy na ekranie respiratora. | Tak |  |  |
| **19** | Mechaniczny przepływomierz świeżych gazów.  | Tak |  |  |
| **20** | Mieszalnik świeżych gazów zapewniający stałe stężenie tlenu. | Tak |  |  |
| **21** | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej z podtlenkiem azotu na poziomie nie mniejszym niż 24%. | Tak, podać | …………. |  |
| **22** | Wyjście świeżych gazów (M22/F15) umożliwiające podłączenie zestawów bezzastawkowych, do wentylacji w układzie półotwartym: Kuhna, Baina, Jacksona Reesa – bez rozłączania układu okrężnego. | Tak |  |  |
| **23** | Zintegrowany z aparatem dodatkowy przepływomierz tlenu do podłączenia maseczki tlenowej. | Tak |  |  |
| **24** | Układ oddechowy okrężny, o niskiej podatności, umożliwiający wentylację w układzie półzamkniętym i półotwartym dla dorosłych, końcówki do podłączenia rur pacjenta zgodne ze standardem ISO. Układ oddechowy po lewej stronie patrząc od przodu na aparat. | Tak |  |  |
| **25** | Układ oddechowy pozbawiony lateksu, łatwy do wymiany i sterylizacji. Wszystkie elementy układu oddechowego autoklawowalne, łącznie z czujnikami przepływu | Tak |  |  |
| **26** | Awaryjne dostarczenie tlenu do układu wentylacji (by-pass) o wydajności min. 25 l/min. | Tak, podać | …………. |  |
| **27** | Zastawka APL regulowana w zakresie min. 5-60 cm H2O. | Tak, podać | …………… |  |
| **28** | Pochłaniacz dwutlenku węgla o przeziernej obudowie, wielorazowy. | Tak |  |  |
| **29** | Możliwość stosowania wielorazowych i jednorazowych zbiorników pochłaniacza i ich wymiany bez narzędzi, w czasie znieczulenia bez rozszczelniania układu. | Tak |  |  |
| **30** | Wentylacja ręczna. | Tak |  |  |
| **31** | Wybór wentylacji ręcznej lub automatycznej dokonywane za pomocą jednej dźwigni dwustronnej bez konieczności wykonywania dodatkowych czynności. | Tak |  |  |
| **32** | Wentylacja kontrolowana objętością. | Tak |  |  |
| **33** | Wentylacja wspomagana ciśnieniem PSV z automatycznym przełączeniem w tryb wentylacji zapasowej w razie wystąpienia bezdechu. | Tak |  |  |
| **34** | Wentylacja SIMV w trybie z kontrolowaną objętością i kontrolowanym ciśnieniem (czułość wyzwalania min. od 0,3 l/min. do 10 l/min).  | Tak, podać | ………….. |  |
| **35** | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem PC z regulacją ciśnienia wdechu min: od 5-60 cm H2O. | Tak, podać | …………… |  |
| **36** | Wentylacja ciśnieniowa z gwarantowaną objętością. | Tak |  |  |
| **37** | Pauza przepływu gazów do jednej minuty podczas wentylacji mechanicznej z możliwością natychmiastowego jej wyłączenia. | Tak |  |  |
| **38** | Możliwość rozbudowy o tryb CPAP+PSV. | Tak |  |  |
| **39** | Możliwość rozbudowy o funkcję zautomatyzowanego procesu wielostopniowej cyklicznej rekrutacji pęcherzyków płucnych – podczas wentylacji mechanicznej, ze zamianą programowanych parametrów przez użytkownika. | Tak |  |  |
| **40** | Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe (PEEP) w zakresie min. od 4 do 20 cm H2O z możliwością wyłączenia funkcji PEEP. | Tak, podać | ………… |  |
| **41** | Regulacja objętości oddechowej min. od 100 do 1400 ml w trybie z kontrolowaną objętością lub kontrolowanym ciśnieniem. | Tak, podać | …………. |  |
| **42** | Regulacja częstości oddechu min. od 4 do 60 odd./min. w trybie z kontrolowaną objętością lub kontrolowanym ciśnieniem. | Tak, podać | ………….. |  |
| **43** | Regulacja stosunku wdechu do wydechu w zakresie min. od 2:1 do 1:4. | Tak, podać | …………. |  |
| **44** | Parametry i pomiary wentylacji wyświetlane na kolorowym ekranie monitora respiratora. | Tak |  |  |
| **45** | Ekran monitora – aktywna matryca o przekątnej min. 15”. Rozdzielczość minimum 1024 x 768 pikseli. Ustawienia parametrów wentylacji wykonywane przez ekran dotykowy, przyciski funkcyjne i pokrętło. Sterowanie poprzez pokrętło i przyciski w pełni zastępujące sterowanie ekranem dotykowym. | Tak, podać | ………….. |  |
| **46** | Funkcja indywidualnego konfigurowania i zapamiętywania min. czterech stron ekranu respiratora. | Tak, podać | ………….. |  |
| **47** | Ekran główny respiratora z możliwością regulacji położenia, niewbudowany w korpus aparatu. Ekran główny kardiomonitora umieszczony na ruchomym wysięgniku zapewniającym regulację położenia w poziomie i pod kątem. | Tak |  |  |
| **48** | Alarmy wizualne i akustyczne. | Tak |  |  |
| **49** | Rejestracja zdarzeń alarmowych. | Tak |  |  |
| **50** | Możliwość czasowego zawieszania alarmu dźwiękowego. | Tak |  |  |
| **51** | Alarmy za małej i za dużej objętości minutowej MV lub za małej i za dużej objętości pojedynczego oddechu TV. | Tak |  |  |
| **52** | Alarmy minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego. | Tak |  |  |
| **53** | Alarm małej częstości oddechów. | Tak |  |  |
| **54** | Alarm bezdechu. | Tak |  |  |
| **55** | Alarm braku zasilania w energię elektryczną. | Tak |  |  |
| **56** | Alarm braku zasilania w gazy. | Tak |  |  |
| **57** | Alarmy stężenia tlenu. | Tak |  |  |
| **58** | Pomiar i wyświetlanie wartości objętości wdechowej TV. | Tak |  |  |
| **59** | Pomiar i wyświetlanie wartości pojemności minutowej MV. | Tak |  |  |
| **60** | Pomiar i wyświetlanie wartości częstości oddychania. | Tak |  |  |
| **61** | Pomiar i wyświetlanie wartości ciśnień w układzie oddechowym (co najmniej ciśnienie szczytowe i PEEP). | Tak, podać | ………….. |  |
| **62** | Obrazowanie w postaci krzywej ciśnień i przepływów w układzie pacjenta. | Tak |  |  |
| **63** | Pomiary i obrazowanie spirometrii w tym pętli min.: - ciśnienie-objętość- przepływ-objętośćFunkcja zapisania pętli referencyjnej i zapamiętania min. 5 wyświetlanych pętli spirometrycznych. Pomiar z wyświetleniem wartości podatności dróg oddechowych. Pomiar i wyświetlanie wartości I:E. | Tak, podać | …………. |  |
| **64** | Pomiar, wyświetlanie wartości i prezentacja krzywej kapnograficznej. | Tak |  |  |
| **65** | Pomiar i wyświetlanie wartości stężenia tlenu w gazach wdechowych i wydechowych metodą paramagnetyczną.  | Tak |  |  |
| **66** | Pomiar i wyświetlanie wartości stężenia anestetyków w gazach wdechowych i wydechowych (min. – N2O, isofluran, sevofluran, desfluran) oraz MACage wyświetlanie na monitorze aparatu do znieczulania. | Tak, podać | …………. |  |
| **67** | Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego. | Tak |  |  |
| **68** | Kapnografia – Pomiar i wyświetlanie wartości prężności CO2 w gazach wdechowych i wydechowych w mmHg (pomiar w strumieniu bocznym)• Zwrot próbki pobieranej do analizy gazów do układu wentylacji.• Linia próbkująca o dł. min. 3 m z portem męskim luer-lock• Respiracja – pomiar z gazów oddechowych | Tak, podać | ………… |  |
| **69** | Trendy min 24 godz. | Tak, podać | …………. |  |
| * + - 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały komplet min. 24 miesiące. | Tak, podać | ………… |  |
| **2** | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu. | Tak |  |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | ………….. |  |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na 2 tygodnie przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin (w dni robocze),b) naprawa nie wymagająca importu części – do 3 dni roboczych, c) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, podać | …………. |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |  |
| **9** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |  |
| **10** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |  |
| **11** | Paszport techniczny z wpisem o montażu, pierwszym uruchomieniu i terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |  |
| **12** | Zapewnienie dostępności części zamiennych i wsparcia technicznego w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak, podać | ………….. |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.2 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 2 – Dostawa asystora wózka zabiegowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma ……………………………………………….…… Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia ………………………………… Urządzenie typ / model ………………… Klasa wyrobu medycznego …………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla systora  | TAK |  |
| **3** | Asystor fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |
| 1. **Asystor wózek zabiegowy – 1 szt.**
 |
| **1** | Rama wózka ze stali pokryta lakierem proszkowym. | Tak |  |
| **2** | Szuflady z aluminium pokryte lakierem proszkowym – min. 4 szt. | Tak, podać | …………. |
| **3** | Centralny zamek blokujący jednocześnie wszystkie szuflady oraz uchwyt do wygodnego prowadzenia wózka. | Tak |  |
| **4** | Każda szuflada posiada prowadnice z pełnym wysuwem oraz systemem automatycznego domykania. | Tak |  |
| **5** | Cichobieżne kółka w obudowie przeciwpyłowej. | Tak |  |
| **6** | Blokowane min. 2 koła. | Tak, podać | …………. |
| **7** | Odbojniki z tworzywa sztucznego 4 szt. | Tak |  |
| **8** | Dodatkowy blat boczny. | Tak |  |
| **9** | Nadstawka z dyspenserem jednorazówki zintegrowana z blatem. | Tak |  |
| **10** | Wieszak kroplówki (haczyk i koszyk na butelkę). | Tak |  |
| **11** | Zamykany kosz. | Tak |  |
| **12** | Podział do segregowania leków i materiałów medycznych we wszystkich szufladach. | Tak |  |
| **13** | Dyspenser rękawic. | Tak |  |
| **14** | Wymiary: - szerokość 55 cm +/- 5 cm,- głębokość 45 cm +/- 5 cm,- wysokość z nadstawką 150cm +/- 10 cm | Tak |  |
| **15** | Kolor frontu z palety RAL – do uzgodnienia. | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja min. 24 miesiące. | Tak, podać | ……….. |
| **2** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | ……….. |
| **3** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **4** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych; c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak |  |
| **5** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| **6** | W okresie gwarancji zapewnienie asystora zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |
| **7** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak |  |
| **8** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |
| **9** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| **10** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji oraz terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.3 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 3 – Dostawa diatermii z przystawką argonową**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** | **Punktacja** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma ………………………………………….….…… Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia ……………………………… Urządzenie typ / model ……………………….……… Klasa wyrobu medycznego ………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |  |
| **3** | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany, nie używany do prezentacji | TAK |  |  |
| 1. **Diatermia – 1 szt.**
 |
| **1** | Urządzenie przeznaczone do cięcia i koagulacji oraz koagulacji argonowej w zabiegach endoskopowych. | Tak |  |  |
| **2** | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz.  | Tak |  |  |
| **3** | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/-10%. | Tak, podać | ………….. |  |
| **4** | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji. | Tak |  |  |
| **5** | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe. Klasa I CF. | Tak |  |   |
| **6** | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów. | Tak |  |  |
| **7** | Aparat z wewnętrznym modułem argonowym (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek lub z dodatkowymi przystawkami. | Tak, podać | …………. | Wewnętrzny moduł argonowy – 30 pkt, Przystawka – 0 pkt |
| **8** | Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania | Tak |  |  |
| **9** | Wewnętrzny układ symulujący podłączenie pacjenta, który każdorazowo po włączeniu aparatu testuje kalibrację toru mocy, gwarantując prawidłowy dobór mocy podczas zabiegu. | Tak |  |  |
| **10** | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego.  | Tak |  |  |
| **11** | Czytelny kolorowy, ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy nie mniejszy niż 7”. | Tak, podać | …………. | ekran ˃7” – 30 pkt  |
| **12** | Możliwość regulacji jasności ekranu w co najmniej dziesięciostopniowej skali lub regulacja płynna. | Tak |  |  |
| **13** | Komunikacja w języku polskim. | Tak |  |  |
| **14** | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej.  | Tak |  |  |
| **15** | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana alarmem oraz komunikatem na ekranie. | Tak |  |  |
| **16** | Urządzenie wyposażone w 2 niezależne wyjścia z rozpoznawaniem podłączonych instrumentów: - dla narzędzi argonowych, - dla narzędzi mono / bipolarnych nieargonowych. | Tak |  |  |
| **17** | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji co najmniej 5 poziomów lub płynna regulacja (bez możliwości całkowitego wyciszenia). | Tak |  |  |
| **18** | Widok aktualnie aktywowanego trybu pracy na ekranie głównym aparatu. | Tak |  |  |
| **19** | Sygnalizacja akustyczna aktywowanego trybu pracy. | Tak |  |  |
| **20** | Aktywacja funkcji cięcia, koagulacji oraz plazmy argonowej przy użyciu jednego 3-przyciskowego włącznika nożnego.  | Tak |  |  |
| **21** | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem, wyświetlanym na ekranie urządzenia.  | Tak |  |  |
| **22** | Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół, z zamykaną szafką na butlę argonową (5L / 10L) oraz koszykiem na akcesoria. | Tak |  |  |
| 1. **Parametry pracy urządzenia**
 |
| **1** | Aparat wyposażony w system automatycznego doboru mocy wyjściowej cięcia i koagulacji w zależności od parametrów tkanki, szybkości cięcia oraz elektrody. | Tak |  |   |
| **2** | Monitor mocy informujący o mocy średniej i szczytowej podczas procesu cięcia. | Tak |  |   |
| **3** | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej cięcia endoskopowego w zakresie do min. 400W. | Tak |  |   |
| **4** | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia i koagulacji monopolarnej. | Tak, podać | ………….. | >8 – 30 pkt |
| **5** | Minimum 4 tryby cięcia, w tym tryby do zabiegów polipektomii, papillotomii oraz mukozektomii. | Tak, podać |  |   |
| **6** | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej koagulacji monopolarnej w zakresie do min. 200W. | Tak, podać |  |   |
| **7** | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej koagulacji monopolarnej endoskopowej w zakresie do min. 40W. | Tak, podać |  |   |
| **8** | Minimum 2 rodzaje koagulacji monopolarnej w tym koagulacja przeznaczona do zabiegów endoskopowych. | Tak, podać | ………… |  >2 – 30 pkt |
| **9** | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego rodzaju koagulacji monopolarnej kontaktowej. | Tak, podać |  |  |
| **10** | Koagulacja plazmą argonową z mocą do min. 40W | Tak, podać |  |   |
| **11** | Min. 2 rodzaje koagulacji plazmą argonową w tym koagulacja pulsacyjna. | Tak, podać |  |   |
| **12** | Koagulacja bipolarna endoskopowa z automatyczną regulacją mocy wyjściowej w zakresie do min. 60W. | Tak, podać |  |   |
| **13** | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu. | Tak |  |  |
| **14** | Informacja o podłączonym instrumencie widoczna na aktywnym panelu sterowania.  | Tak |  |  |
| **15** | Informacja na wyświetlaczu o wartości nastawionego przepływu argonu dla plazmy argonowej. | Tak |  |  |
| **16** | Regulacja przepływu argonu w zakresie od min. 0,5 do 3 l/min. z krokiem co 0,1 l/min. | Tak |  |  |
| **17** | Funkcja napełnienia instrumentów argonem przed aktywacją plazmy argonowej. | Tak |  |  |
| **18** | Funkcja zabezpieczająca przed aktywacją plazmy argonowej przed wypełnieniem przewodów argonem. | Tak |  |  |
| 1. **Wyposażenie**
 |
| **1** | Włącznik nożny 3-przyciskowy do aktywacji cięcia, koagulacji i plazmy argonowej – 1 szt. bezprzewodowy lub z kablem. | Tak, podać | ……….. | bezprzewodowy – 30 pkt, z kablem – 0 pkt |
| **2** | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, kompatybilne z system monitorowania aplikacji elektrody neutralnej – 100 szt. | Tak |  |  |
| **3** | Kabel elektrod jednorazowych dł. 3m – 1 szt. | Tak |  |  |
| **4** | Wielorazowy kabel do podłączenia elektrody argonowej giętkiej dł. min. 3 m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. | Tak |  |  |
| **5** | Wielorazowa elektroda argonowa giętka, długość 2,2 m, średnica 2,3 mm, w komplecie z adapterem do czyszczenia – 1 szt.  | Tak |  |  |
| **6** | Butla argonowa 5L – 1szt. | Tak |  |  |
| **7** | Reduktor argonowy z pomiarem ciśnienia – 1 szt. | Tak |  |  |
| **8** | Wielorazowy kabel do podłączenia pętli do polipektomii dł. min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. | Tak |  |  |
| **9** | Wózek wyposażony w cztery kółka, z rączką, z zamykaną szafką na butlę argonową 5-litrową lub 10-litrową. Wyposażony w koszyk na akcesoria. | Tak |  |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące. | Tak, podać | ………… |  |
| **2** | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta. | Tak  |  |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu. | Tak |  |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | ………… |  |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych; c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak |  |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |  |
| **8** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak, podać | ………… |  |
| **9** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |  |
| **10** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |  |
| **11** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.4 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 4 – Dostawa** **kardiomonitora z pulsoksymetrem oraz pomiarem ciśnienia krwi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** | **Punktacja** |
| **I . Wymagania ogólne** |
| **1** | Producent / Firma………………………………………………..…… Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia ………………………… Urządzenie typ / model ……………………….……… Klasa wyrobu medycznego ………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |  |
| **3** | Kardiomonitor fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |  |
| **II. Kardiomonitor – 2 szt.** |
| **1** | Ekran dotykowy 12” o wysokiej rozdzielczości min 1280x768 pikseli | Tak, podać | ………….. |  |
| **2** | Dodatkowo możliwość obsługi za pomocą pokrętła nawigacyjnego i przycisków (na wypadek awarii ekranu dotykowego) | Tak, opisać | ……………………………………… |  |
| **3** | Monitorowanie EKG, HR, ST, RESP, SpO2, NIBP, 2x TEMP, 2xIBP | Tak |  |  |
| **4** | Możliwość zamontowania kardiomonitora na aparacie do znieczulania bez użycia narzędzi | Tak, opisać | ……………………………………… |  |
| **5** | Możliwość wykorzystania w razie potrzeby do monitorowania pacjenta w czasie transportu, możliwość prostego (bez użycia narzędzi) demontażu z aparatu do znieczulania | Tak, opisać | ……………………………………… |   |
| **6** | Kardiomonitor o podwyższonej odporności na wstrząsy i wibracje występujące w czasie transportu (podać spełniane normy), wbudowany uchwyt do przenoszenia | Tak, podać | …………… |  |
| **7** | Zasilanie sieciowe 230V/50Hz z mechanicznym zabezpieczeniem przed przypadkowym odłączeniem przewodu | Tak, opisać | ……………………………………… |  |
| **8** | Zasilanie akumulatorowe: min. 6 godzin ciągłej pracy przy monitorowaniu EKG, SpO2 i NIBP co 15 minut | Tak, podać | …………… | ≥7 godzin – 30 pkt |
| **9** | Wyświetlanie informacji o pozostałym czasie pracy na baterii | Tak |  |  |
| **10** | Czas reakcji alarmowej na zatrzymanie akcji serca- poniżej 10 sekund | Tak, podać | ………….. |  |
| **11** | Sygnalizacja alarmowa widoczna w zasięgu 360° wokół monitora | Tak |  |  |
| **12** | Ustawianie granic alarmowych: manualne (oddzielnie dla każdego parametru) i automatyczne (jednocześnie dla wszystkich parametrów) | Tak |  |  |
| **13** | Możliwość konfiguracji alarmów z podtrzymaniem i bez podtrzymania sygnalizacji po ustąpieniu przyczyny alarmu | Tak |  |  |
| **14** | Pamięć trendów funkcji życiowych z ostatnich min. 7 dni | Tak, podać | ………….. |  |
| **15** | Pamięć wszystkich monitorowanych krzywych z ostatnich min 48 godzin | Tak, podać | ………….. | ≥60 godzin – 30 pkt |
| **16** | Pamięć co najmniej 200 zdarzeń alarmowych zawierających datę, godzinę, przyczynę alarmu i powiązane krzywe dynamiczne | Tak, podać |  |  |
| **17** | Możliwość ręcznego oznaczania zdarzeń alarmowych i dodawania adnotacji do nich | Tak |  |  |
| **18** | Łatwo uruchamiany nocny tryb pracy umożliwiający jednoczesne zmniejszenie jasności ekranu, zmniejszenie głośności alarmów i dźwięku sygnalizującego puls | Tak |  |  |
| **19** | Pomiar saturacji odporny na zakłócenia – algorytm typu Masimo SET lub FAST | Tak, podać | …………… |  |
| **20** | Możliwość używania czujników SpO2 różnych producentów (m.in. Nellcor, Masimo) bez utraty gwarancji na kardiomonitor | Tak, podać | …………… |  |
| **21** | Waga kardiomonitora z kompletem akumulatorów - poniżej 6 kg | Tak, podać | …………… | ≤5 kg – 30 pkt |
| **22** | Możliwość rozbudowy o zewnętrzną kieszeń na dodatkowe moduły pomiarowe przenoszone dowolnie między kardiomonitorami bez udziału serwisu | Tak, opisać |  |  |
| **23** | Możliwość wyposażenia kardiomonitora w zaawansowane moduły min. (kapnografia, monitorowanie fiO2 oraz gazów anestetycznych).  | Tak, podać | …………… |  |
| **24** | Zestaw akcesoriów dla dorosłych: - przewód EKG-3 odprowadzenia, - czujnik SpO2 typu klips, - czujnik temperatury skóry, - przewód NIBP 3m, - mankiet wielorazowy 27-35 cm, - mankiet wielorazowy 20,5-28 cm, - mankiet wielorazowy 14-21 cm, - mankiet wielorazowy 10-15 cm | Tak |  |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały komplet min. 24 miesiące | Tak, podać | …………. |  |
| **2** | Instalacja kardiomonitora przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi kardiomonitora | Tak |  |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak, podać | ………… |  |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na 2 tygodnie przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin (w dni robocze),b) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych, c) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych. | Tak, podać | ………… |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy | Tak |  |  |
| **9** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |  |
| **10** | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |  |
| **11** | Paszport techniczny z wpisem o montażu, pierwszym uruchomieniu i terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |  |
| **12** | Zapewnienie dostępności części zamiennych i wsparcia technicznego w okresie 10 lat od daty dostawy | Tak, podać | …………… |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.5 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 5 – Dostawa toru wizyjnego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** | **Punktacja** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma………………………………………………..…… Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia ………………………… Urządzenie typ / model ……………………….……… Klasa wyrobu medycznego ………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |  |
| **3** | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |  |
| 1. **Procesor obrazu ze źródłem światła – 1 szt.**
 |
| **1** | Obrazowanie min.: HDTV1080p, SXGA, SDTV | Tak, podać | …………. |  |
| **2** | Rozdzielczość min. 1920x1080 p | Tak, podać | …………. |  |
| **3** | Cyfrowe wyjścia HDTV 1080 min. DVI-D | Tak |  |  |
| **4** | Wyjście wideo standard min.: S-Video, Composite, RGB | Tak |  |  |
| **5** | Wyjścia komunikacyjne: Ethernet/ DICOM | Tak |  |   |
| **6** | Zintegrowanie źródło światła z procesorem obrazu w jednym urządzeniu  | Tak |  |  |
| **7** | Możliwość podłączenia urządzeń magazynujących – USB Stick | Tak |  |  |
| **8** | Pamięć wewnętrzna procesora min. 4 GB | Tak, podać | *…………….* | ≥8 GB – 30 pkt |
| **9** | System wyboru przez procesor najostrzejszego zdjęcia w momencie uruchomiania zapisu obrazów | Tak |  |  |
| **10** | Trzy tryby przysłony min.: auto, maksymalny, średni | Tak, podać | …………. |  |
| **11** | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania krawędzi  | Tak |  |  |
| **12** | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania struktury tkanek | Tak |  |  |
| **13** | Obrazowanie w wąskich pasmach światła optyczne i cyfrowe  | Tak |  |  |
| **14** | Barwienie modyfikowanym światłem LED  | Tak |  |  |
| **15** | Wybór barwienia w zmiennej wiązce światła LED | Tak |  |  |
| **16** | Procesor musi być wyposażony w wyjście komunikacyjne LAN | Tak |  |  |
| **17** | Ilość dowolnie programowalnych przycisków funkcyjnych na procesorze - min. 1 | Tak, podać | …………. |  |
| **18** | Procesor umożliwia archiwizację obrazów medycznych w formatach JPEG, TIFF, DICOM | Tak |  |  |
| **19** | Możliwość powiększenia ruchomego obrazu endoskopowego podczas badania w trybie rzeczywistym zoom elektroniczny | Tak |  |  |
| **20** | Możliwość podłączenia aparatów jedno i dwukonektorowych | Tak |  |  |
| **21** | Możliwość podłączenia aparatów z zoom optycznym min. x 135  | Tak, podać | ………….. |  |
| **22** | Możliwość podłączenia aparatów złączem optycznym | Tak |  |  |
| **23** | Źródło światła typu LED  | Tak |  |  |
| **24** | Wbudowane min. 3 diody LED | Tak |  |  |
| **25** | Żywotność wbudowanego oświetlenia głównego min. 10 000 godz. | Tak, podać | ………….. | ≥15000 godz. – 30 pkt |
| **26** | Manualna regulacja jasności oświetlenia +/- 10 stopni | Tak |  |  |
| **27** | Wbudowana regulowana pompa powietrza maksymalne ciśnienie 65 kPa | Tak, podać | ………….. |  |
| **28** | Stopniowa regulacja intensywności insuflacji powietrza - 4 stopnie | Tak |  |  |
| **29** | Kompatybilny z oferowanymi kolonoskopami  | Tak |  |  |
| 1. **Monitor medyczny – 1 szt.**
 |
| **1** | Producent ……………………………………….. Nazwa i typ ………………………………... Kraj pochodzenia …………………………………  |
| **2** | Matryca typu LED  | Tak |  |  |
| **3** | Przekątna min. 27 cali | Tak, podać | ………….. |   |
| **4** | Rozdzielczość obrazu 1920 x 1080 p | Tak |  |   |
| **5** | Proporcje 16:9 | Tak |  |   |
| **6** | Jasność min. 800 cd/m2 | Tak, podać | …………… |   |
| **7** | Kąt widzenia obrazu prawo/lewo góra/dół min. 170ᵒ | Tak, podać | ………….. |  |
| **8** | Współczynnik kontrastu 1000:1 | Tak |  |   |
| **9** | Sygnał wejścia: 2 x DVI, 1 x VGA, 1 x Component, 1 x SDI(3G) | Tak |  |   |
| **10** | Sygnał wyjścia:1 x DVI, 1 x SDI(3G) | Tak |  |   |
| 1. **Pompa kolonoskopowa – 1 szt.**
 |
| **1** | Producent ………………………… Nazwa i typ ……………………………………………Kraj pochodzenia ………………………………  |
| **2** | Zbiornik wody o pojemności min. 2 litry | Tak |  |  |
| **3** | Element pompujący rolkowy | Tak |  |  |
| **4** | Sterowanie pracy pompy z włącznika nożnego | Tak |  |  |
| **5** | Kompatybilne z oferowanymi endoskopami | Tak |  |  |
| **6** | Trzy przepływy: 209 ml/min, 220 ml/min, 840 ml/min | Tak |  |  |
| **7** | Płynna (bezstopniowa) regulacja przepływu | Tak |  |  |
| **8** | Możliwość chemicznej dezynfekcji elementów pompy | Tak |  |  |
| **9** | Zasilanie 230V, 50Hz  | Tak |  |  |
| 1. **Wózek medyczny endoskopowy – 1 szt.**
 |
| **1** | Producent …………………………………. Nazwa i typ …………………………………….Kraj pochodzenia …………………….  |
| **2** | Podstawa jezdna z blokadą kół | Tak |  |  |
| **3** | 4 samonastawne kółka o średnicy Ø100mm, w tym 2 z hamulcami | Tak |  |  |
| **4** | Zasilanie centralne wózka | Tak |  |  |
| **5** | Uziemiona listwa z 3 wyjściami z wyłącznikiem, uwieszona na prawej kolumnie wózka | Tak |  |  |
| **6** | Możliwość ustawienia wszystkich elementów zestawu | Tak |  |  |
| **7** | Półki: - wyjeżdżająca na klawiaturę, - półka z rączką, - półka z nogą pod monitor VESA 75/100 do 14 kg, - stojak na endoskop ustawiany na obie strony wózka - wieszak na endoskopy | Tak |  |  |
| **8** | Możliwość regulacji wysokości półek | Tak |  |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące. | Tak, podać | …………. |  |
| **2** | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu. | Tak |  |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | ………….. |  |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych; c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak |  |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |  |
| **9** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak |  |  |
| **10** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |  |
| **11** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |  |
| **12** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.6 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 6 – Dostawa Videokolonoskopu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma ……………………………. Kraj pochodzenia ………………………. Urządzenie typ / model …………………..…………………. Klasa wyrobu medycznego …………………… Rok produkcji (2022 lub 2023) ……………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |
| **3** | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |
| 1. **Videokolonoskop – 2 szt.**
 |
| **1** | Kąt obserwacji min. 170ᵒ | Tak, podać | ………….. |
| **2** | Głębia ostrości min 2-100 mm | Tak, podać | ………….. |
| **3** | Średnica zewnętrzna wziernika max. 12,8 mm | Tak, podać | ………….. |
| **4** | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu 12,8 mm | Tak |  |
| **5** | Średnica kanału roboczego 3,8 mm | Tak |  |
| **6** | Długość robocza 1330- 1700 mm | Tak, podać | ………….. |
| **7** | Kąt zagięcia końcówki endoskopu min.: -w górę 180ᵒ, -w dół 180ᵒ, -w lewo 160ᵒ, -w prawo 160ᵒ | Tak, podać | ………….. |
| **8** | Cztery programowalne przyciski endoskopowe | Tak |  |
| **9** | Obsługa min 3 trybów obrazowania w modyfikowanym świetle LED | Tak |  |
| **10** | Kamera endoskopu z matrycą w technologii CMOS | Tak |  |
| **11** | Aparat w pełni zanurzalny, nie wymagający nakładek uszczelniających | Tak |  |
| **12** | Pełna separacja galwaniczna w konektorze łączącym endoskop z procesorem | Tak |  |
| **13** | Typ konektora - jednogniazdowy | Tak |  |
| **14** | Dodatkowy kanał do spłukiwania pola operacyjnego (Water Jet) | Tak |  |
| **15** | Aparat kompatybilny z oferowanym procesorem obrazu  | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące. | Tak, podać | …………… |
| **2** | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu | Tak |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | …………… |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych; c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |
| **9** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak |  |
| **10** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |
| **11** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| **12** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |

*Podpis osoby / osób umocowanych do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.7 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 7 – Dostawa wózka transportowego do przewozu chorych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| **I . Wymagania ogólne** |
| **1** | Producent/Firma ………………………………. Kraj pochodzenia ……………………Typ / model ………………………. Klasa wyrobu medycznego ……………………… Rok produkcji (2022 lub 2023) …………………………………………………  |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |
| **3** | Wózek fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |
| **II. Wózek transportowy – 2 szt.** |
| **1** | Wózek przeznaczony do transportu wewnątrzszpitalnego. | Tak |  |
| **2** | Długość całkowita wózka: max. 2050 mm +/- 100 mm. | Tak, podać | …………… |
| **3** | Szerokość całkowita wózka z poręczami bocznymi: max. 800 mm +/- 50 mm. | Tak, podać | …………… |
| **4** | Szerokość materaca: min. 660 mm (dopasowany do wymiarów wózka). | Tak, podać | …………… |
| **5** | Regulacja wysokości za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie 580 – 880 mm (± 20 mm).  | Tak, podać | …………….. |
| **6** | Oparcie pleców regulowane sprężynami gazowymi z blokadą w zakresie od 00 do 700 ± 30. | Tak, podać | ……………. |
| **7** | Przechył Trendelenburga: 260 (± 30). | Tak, podać | …………. |
| **8** | Przechył anty -Trendelenburga: 150 (± 30). | Tak, podać | …………. |
| **9** | Regulacja pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą.  | Tak |  |
| **10** | Ergonomiczny uchwyt do pozycjonowania leża w pozycji Trendelenburga lub anty-Trendelenburga – usytuowany od strony nóg pacjenta.  | Tak |  |
| **11** | Wózek wykonany z profili stalowych, lakierowanych proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów  | Tak |  |
| **12** | Podstawa wózka obudowana wypraskami z tworzywa z zastosowaniem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania bakterii i wirusów, z miejscem w wyprasce na podręczne rzeczy. | Tak |  |
| **13** | Dwusegmentowe leże wypełnione płytą laminatową umożliwiającą wykonanie zdjęć RTG oraz przeprowadzanie reanimacji. Możliwość monitorowania klatki piersiowej pacjenta aparatem RTG z ramieniem C. | Tak |  |
| **14** | Wózek zaopatrzony w 4 krążki odbojowe. | Tak |  |
| **15** | Materac o grubości min. 80 mm montowany do leża wózka za pomocą rzepów.Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego z dodatkami bakterio i grzybobójczymi ograniczającymi rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli. Obszycie niepalne zgodnie z normą BS 5852 poziom CRIB 5 (Źródło zaprószenia 5). Właściwości ograniczające rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli oraz niepalności potwierdzone certyfikatami wydanymi przez niezależne uprawnione do tego podmioty. Certyfikaty dołączyć do oferty.Możliwość wyboru koloru obszycia materacy – wg wzornika producenta. | Tak |  |
| **16** | Koła jezdne o średnicy min. 200 mm z centralną blokadą jazdy i kołem kierunkowym – 2 dźwignie blokady od strony nóg pacjenta.  | Tak |  |
| **17** | Dopuszczalne obciążenie wózka min. 250 kg. | Tak, podać |  |
| **18** | Wózek wyposażony w poręcze boczne wykonane z aluminium oraz odpornego tworzywa, składające się z dwóch poprzeczek poziomych oraz min. 5 pionowych. | Tak |  |
| **19** | Mechanizm zwalniania / blokowania poręczy w łatwo dostępnym miejscu – w górnej części poręczy, oznaczony kolorem żółtym lub czerwonym. |  |  |
| **20** | Poręcze boczne po złożeniu nie wystają ponad powierzchnię leża – brak utrudnień przy schodzeniu z wózka lub przy transferze pacjenta z wózka na łóżko. | Tak |  |
| **21** | Wózek wyposażony w 4 ergonomiczne uchwyty do przetaczania – 2 od strony nóg pacjenta oraz 2 od strony głowy. | Tak |  |
| **22** | Od strony nóg metalowy ogranicznik chroniący przed zsuwaniem się materaca. | Tak |  |
| **23** | Wyposażenie wózka: * Wieszak kroplówki

 - Tunele na tacę RTG | Tak |  |
| **24** | Dokumenty (raporty techniczne, karty charakterystyki itp.) potwierdzające antybakteryjność lakieru i tworzywa - (dołączyć do oferty). | Tak |  |
| **25** | Wózek dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta. | Tak |  |
| **26** | Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne. | Tak |  |
| **27** | Deklaracja Zgodności, Wpis lub Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały komplet min. 24 miesiące | Tak, podać | …………… |
| **2** | Instalacja wózka przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi wózka | Tak |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak, podać | …………….. |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na 2 tygodnie przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin (w dni robocze),b) naprawa nie wymagająca importu części – do 3 dni roboczych, c) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, podać | …………… |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie wózka zastępczego na czas naprawy | Tak |  |
| **9** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |
| **10** | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **11** | Paszport techniczny z wpisem o montażu, pierwszym uruchomieniu i terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |
| **12** | Zapewnienie dostępności części zamiennych i wsparcia technicznego w okresie 10 lat od daty dostawy | Tak, podać | ………….. |

*Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie
art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp na d**ostawę sprzętu medycznego do Pracowni Endoskopii
w Przychodni Rejonowej nr 2 przy ul. Patriotów 170 w Warszawie.**

1. **Dane Wykonawcy**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy  | ………..………………………………....……………………….….. Reprezentowany w postępowaniu przez: …………………..…….… tel. ……………………….. email ………………………………….. |
| wpisany do: | * Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ………………..…… pod nr KRS ……………………………………………….

miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: ………….............................. lub* Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ................................................... miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: ……………
 |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Osoba do kontaktów: e-mail, telefon |  |
|  Wykonawca jest *(należy zaznaczyć)*  | * mikroprzedsiębiorstwem,
* małym przedsiębiorstwem,
* średnim przedsiębiorstwem,
* jednoosobową działalnością gospodarczą,
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* innym rodzajem3
 |

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wpisać dane wszystkich Wykonawców.*

1. **OFERTA WYKONAWCY**

Ja/my niżej podpisana(-ni) ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego
w postepowaniu na **dostawę sprzętu medycznego do Pracowni Endoskopii w Przychodni Rejonowej nr 2 przy ul. Patriotów 170 w Warszawie,** oznaczenie sprawy: **SZPZLO/Z-11/2023,** oferuję realizację całego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w SWZ za cenę:

* + - 1. **w części 1 – dostawa aparatu do znieczulenia z monitorem gazów anestetycznych
			i tlenu:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ....................................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Aparat do znieczulenia z monitorem: producent, typ, model ……………………..… …………………..……  | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 2 – Dostawa asystora wózka zabiegowego:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Asystor wózek zabiegowy: producent, typ, model ……………………..… …………………..……  | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 3 - Dostawa diatermii z przystawką argonową:**

 wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: .........................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..........................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Diatermia z przystawką : producent, typ, model ……………………..… …………………..……  | 1 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 4 – Dostawa kardiomonitora z pulsoksymetrem oraz pomiarem ciśnienia krwi:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ....................................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Kardiomonitor: producent, typ, model ……………………..… …………………..……  | 2 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 5 – Dostawa toru wizyjnego:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ....................................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Procesor obrazu ze źródłem światła: producent, typ, model ……………………..… …………………..……  | 1 |   |   |   |   |   |
| 2 | Monitor medyczny: producent , typ ………………………. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Pompa kolonoskopowa: producent, typ ………………………. | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Wózek medyczny endoskopowy: producent, typ ………………………. | 1 |  |  |  |  |  |

* + - 1. **w części 6 – Dostawa videokolonoskopu:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Videogastroskop: producent, typ, model ……………………..… …………………..……  | 2 |   |   |   |   |   |

* + - 1. **w części 7 – Dostawa wózka transportowego do przewozu chorych:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie*  | *Liczbaszt.*  | *Cena jednostkowa netto (zł)* | *Wartość netto(2 x 3)*  | *Stawka podatkuVAT (%)* | *Kwota podatkuVAT* | *Wartość brutto(4+6)*  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Wózek transportowy do przewozu chorych: producent, typ, model ……………………..… …………………..……  | 2 |   |   |   |   |   |

**III. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

* + - 1. Zapoznaliśmy się z treścią SWZ, a w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia
			i z projektowanymi postanowieniami umowy i oświadczam(-y), że wykonamy zamówienie
			na warunkach i zasadach określonych tam przez Zamawiającego. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w SWZ.
			2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
			3. Sytuacja finansowa naszej firmy pozwala na realizację zamówienia na warunkach określonych w SWZ.
			4. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie określonym w SWZ.
			5. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie
			z określonymi przez Zamawiającego wymaganiami oraz przepisami dotyczącymi przedmiotu zamówienia.
			6. Oświadczam(-y), że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
			7. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi w projektowanych postanowieniach umowy, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy
			i akceptuję (-emy) je w całości. W razie wybrania mojej (naszej) oferty zobowiązuję
			(-jemy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych w projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących **Załącznik** nr 4 do SWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
			8. Zgodnie z treścią art. 225 ust. 2 ustawy PZP informuję, że wybór naszej oferty:
1. nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług\*/
2. będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w następującym zakresie\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługa których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego | Wartość bez kwoty podatku |
|  |  |  |

* + - 1. Informuję(-jemy), że **zamierzamy\* / nie zamierzamy\*** powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, jeżeli TAK, należy wypełnić poniższą tabelę;

Wykaz części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Powierzona część zamówienia | Wartość lub procentowa część powierzonej części zamówienia | Nazwa podwykonawcy |
|  |  |  |  |

* + - 1. Oświadczam(-y), że oferta **nie zawiera / zawiera** (*właściwe podkreślić*) informacji(-e) stanowiących(-e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje zawarte na stronach ………… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane przez Zamawiającego. \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa dokumentu (pliku) utajnionego | Uzasadnienie faktyczne i prawne | Dokument (plik) potwierdzający przyczynę i ważność utajnienia /dokument załączyć do oświadczenia/ |
| 1. |  |  |  |

* + - 1. Nie oferujemy rozwiązań równoważnych / oferujemy rozwiązania równoważne, wyszczególnione poniżej \*

a) wymagane w SWZ ............................... oferowane ..........................................................

b) wymagane w SWZ ............................... oferowane …………………………………...

Na potwierdzenie równowążności do oferty, jako załączniki stanowiące przedmiotowe środki załączam dokumenty potwierdzające powyższe.

* + - 1. Oświadczam(-y), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
			2. Oświadczam (-y), że jestem (-śmy) zarejestrowanym czynnym / zwolnionym\* podatnikiem podatku VAT.
			3. Świadoma(-i) odpowiedzialności karnej oświadczam(-y), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.).
			4. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym: …………...……………………….

tel. ........................................................................, e-mail: …………………………………

* + - 1. Załącznikami do oferty są:
1. ………………………………………
2. ............................................................

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Formularz oferty musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód) i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę (w przypadku podpisu przez osobę inną niż wynikający z KRS).*
3. *Zamawiający definiuje mikro, małego i średniego przedsiębiorcę zgodnie z art. 7 ustawy
z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tj. Dz U. 2021 POZ. 162 ze zm.).*

*1) mikroprzedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,*

*2) mały przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą,*

*3) średni przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp na d**ostawę sprzętu medycznego do Pracowni Endoskopii w Przychodni Rejonowej nr 2 przy ul. Patriotów 170 w Warszawie** w imieniu: ………………………..…………. ....................................................................................................................................................................

(*pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

1. **w zakresie: braku podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w rozdziale XII SWZ**

[ ] Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy PZP.[[2]](#footnote-2)

**[ ]** Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia
z postępowania na podstawie art. ………………………… ustawy PZP1

*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy)*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………...…………

1. **w zakresie dotyczącym przesłanek wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego określonych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego** **(dalej: „ustawa UOBN”)**

**[ ]** Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy UOBN1.

**[ ]** Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………..… ustawy UOBN1 *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).*
3. *Zgodnie z art. 273 ust. 2 ustawy Pzp, oświadczenie to wykonawca dołącza do oferty w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu.*

1. 2 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).

\* niepotrzebne skreślić

\*\* 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 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 *Podkreślić, zaznaczyć właściwe oświadczenie* [↑](#footnote-ref-2)