



Starostwo Radomszczańskie

97-500 Radomsko, ul. Leszka Czarnego 22
tel. +48 44 6834509 fax +48 44 6834335

<http://www.powiat.radomszczanski.pl>
e-mail: starostwo@powiat.radomszczanski.pl

Oznaczenie sprawy: FP 341.12/03/09

Zamawiający:

POWIAT RADOMSZCZAŃSKI

97-500 Radomsko

ul. Leszka Czarnego 22

tel. +48 (044) 683 45 09, faks +48 (044) 683 43 35

NIP: 772 – 22 – 61 – 699

REGON: 590648445

SPECYFIKACJA

ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym

w trybie przetargu nieograniczonego na:

**Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego
niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego
„Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

ZATWIERDZIŁ:

W imieniu Zamawiającego

STAROSTA

/-/

Mieczysław Zyskowski

.....
(podpis)



**PROGRAM
REGIONALNY**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Łódzkie

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

Rozdział 1. Nazwa i adres zamawiającego.

Powiat Radomszczański
97-500 Radomsko
ul. Leszka Czarnego 22
tel. +48 (044) 683 45 09, faks +48 (044) 683 43 35
<http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/>
e-mail: przetargi@powiat.radomszczanski.pl
NIP: 772 – 22 – 61 – 699
REGON: 590648445

Rozdział 2. Tryb udzielenia zamówienia.

- 2.1 Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 223, poz.1655 ze zm.), zwaną dalej ustawą, w trybie **przetargu nieograniczonego**.
- 2.2 W sprawach nieuregulowanych ustawą stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.).

Rozdział 3. Opis przedmiotu zamówienia.

- 3.1 Przedmiotem zamówienia jest **„Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I) wraz z dostawą i montażem o właściwościach zgodnych ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w dodatku nr 1,2 i 3 do SIWZ.**
- 3.2 Przedmiot zamówienia jest częścią Indywidualnego projektu kluczowego wyłonionego do dofinansowania w związku z wnioskiem WND-RPLD-05-01-00-00-001/09 o dofinansowanie projektu w ramach Działania V.1 Infrastruktura ochrony zdrowia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013.
- 3.3 Przedmiot zamówienia został podzielony na 3 (trzy) niezależne od siebie Części, które obejmują:

3.3.1 Część I: Dział Diagnostyki;

I. APARATURA MEDYCZNA

- 1) Aparat EKG -1szt,
- 2) Aparat USG stacjonarny z kolorowym Dopplerem – 2 szt,
- 3) Bieżnia z osprzętem do prób wysiłkowych – 1 szt,
- 4) Densytometr – 1 szt,
- 5) Mammograf z funkcją do pobierania biopsji – 1 szt,
- 6) Rejestrator do EKG Holter – 1 szt,
- 7) Rejestrator RR Holter – 1 szt,
- 8) Spirometr – 1 szt,



SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

- 9) Tomograf komputerowy wielorzędowy wraz z konsolą sterowniczą – 1 szt,
- 10) Ucyfrowiony aparat RTG ze ścianką do prześwietlania – 1 szt,
- 11) Zestaw do ESWL – 1 szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Biurko lekarskie - 9 szt,
- 2) Fotel do zabiegów urologicznych - 1 szt,
- 3) Kozetka lekarska - 8 szt,
- 4) Krzesło chirurgiczne - 1 szt,
- 5) Krzesło szpitalne - 1 szt,
- 6) Lampa bezcieniowa przejezdna – 2 szt,
- 7) Leżanka drewniana - 1 szt,
- 8) Negatoskop 2–klatkowy - 7 szt,
- 9) wywoływarka automat. do zdjęć RTG o dużej wydajności - 1 szt,
- 10) Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej - 1 szt,
- 11) Reflektor lekarski - 6 szt,
- 12) Stojak do wylewów i kroplówek - 1 szt,
- 13) Szafa lekarska - 8 szt,
- 14) Taboret obrotowy -17 szt,
- 15) Wózek anestezjologiczny – zabiegowy - 1 szt,
- 16) Wózek do transportu chorych z wyposażeniem -1 szt,
- 17) Wózek sprzątacza -1 szt,
- 18) Wózek zabiegowy - 1 szt,
- 19) Zestaw mebli metalowych ze zlewem jednokomorowym – 2 szt,
- 20) Zestaw mebli metalowych ze zlewem dwukomorowym - 1 szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Biurko z dostawką - 5 szt,
- 2) Chłodziarka – 1 szt,
- 3) Kanapa - 2 szt,
- 4) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce - 20 szt,
- 5) Szafki kartotekowe - 2 szt,
- 6) Szafa na dokumentację - 4 szt,
- 7) Szafa ubraniowa jednodrzwiowa -2 szt,
- 8) zestaw komputerowy - 9 szt,
- 9) kserokopiarka -1 szt,

3.3.2 Część II: Pracownia Hemodynamiki i Kardiologii Inwazyjnej;**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) Aparat do znieczulenia ogólnego z układem monitorującym przewoźny - 1 szt,
- 2) Aparat EKG -1 szt,
- 3) Aparat RTG do angiografii z konsolą sterowniczą - 1 szt,
- 4) Automatyczna strzykawka do podawania kontrastu -1 szt,
- 5) Defibrylator - 2 szt,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

- 6) Kardiostymulator zewnętrzny -1 szt,
- 7) Komputer centralny z podglądem na wszystkie sale wzmożonego nadzoru i salę wybudzeń - 1 szt,
- 8) Polifizjograf -1 szt,
- 9) Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa -1 szt,
- 10) Pompa infuzyjna strzykawkowa -1 szt,
- 11) Pulsoksymetr -1 szt,
- 12) Respirator -3 szt,
- 13) Ssak elektryczny - 3 szt,
- 14) Zestaw monitorujący dla 1-stanowiska z monitorem centralnym - 2 szt,
- 15) Zestaw monitorujący dla 2-stanowisk z monitorem centralnym -1 szt,
- 16) Zestaw monitorujący dla 4-stanowisk z monitorem centralnym - 1 szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Krzesło chirurgiczne -2 szt,
- 2) Lampa bakterioobójcza przepływowa ścienna -1 szt,
- 3) Lampa bezcieniowa przejezdna -2 szt,
- 4) Łóżko intensywnej opieki medycznej z wyposażeniem -8 szt,
- 5) Myjnia-dezynfektor -1 szt,
- 6) Negatoskop 2-klatkowy - 2 szt,
- 7) Podest chirurgiczny jednostopniowy - 2 szt,
- 8) Podgrzewacz płynów infuzyjnych - 1 szt,
- 9) Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej - 2 szt,
- 10) Regał na pakiety operacyjne - 2 szt,
- 11) Stojak do wlewów i kroplówek - 1 szt,
- 12) Stojak z podwójną misą na odpadki - 1 szt,
- 13) Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem - 1 szt,
- 14) Stół ze zlewem 1-komorowym -1 szt,
- 15) Szafa lekarska -2 szt,
- 16) Szafka przyłóżkowa z blatem - 8 szt,
- 17) Tabet obrótowy - 9 szt,
- 18) Wózek anestetyczno-zabiegowy - 6 szt,
- 19) Wózek do transportu chorych z wyposażeniem -1 szt,
- 20) Wózek na brudną bieliznę -1 szt,
- 21) Wózek wanna -1 szt,
- 22) Wózek zabiegowy -1 szt,
- 23) Zegar ścienny metalowy -1 szt,
- 24) Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym -2 szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Biurko z dostawką - 4 szt,
- 2) Chłodziarka -1 szt,
- 3) Kanapa - 2 szt,
- 4) Zestaw komputerowy - 4 szt,
- 5) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce - 6 szt,
- 6) Kserokopiarka -1 szt,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

- 7) Stolik-ława - 3 szt,
- 8) Szafa na dokumentację - 4 szt,
- 9) Szafa ubraniowa 1-drzwiowa -1 szt,

3.3.3 Część III: Pracownia Endoskopii Diagnostycznej**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) Aparat EKG -1 szt,
- 2) Defibrylator -3 szt,
- 3) Przewoźny aparat do znieczuleń ogólnych -2 szt,
- 4) Pulsoksymetr -1 szt,
- 5) Respirator -2 szt,
- 6) Ssak elektryczny -3 szt,
- 7) Zestaw do endoskopii z torem wizyjnym i wózkiem (endoskop dolnego odcinka przewodu pokarmowego) -1 szt,
- 8) Zestaw do endoskopii z torem wizyjnym i wózkiem (endoskop górnego odcinka przewodu pokarmowego) -1 szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Biurko lekarskie -2 szt,
- 2) Lampa bezcieniowa przejezdna 5-proj. z kamerą i torem wizyjnym -2 szt,
- 3) Lampa bezcieniowa przejezdna -2 szt,
- 4) Łóżko szpitalne metalowe z wyposażeniem -2 szt,
- 5) Myjnia do endoskopów giętkich -1 szt,
- 6) Negatoskop 2-klatkowy - 2 szt,
- 7) Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej -1 szt,
- 8) Stojak do wlewów i kroplówek -2 szt,
- 9) Stół zabiegowy uniwersalny z oprzyrządowaniem -2 szt,
- 10) Stół ze zlewem 2-komorowym -1 szt,
- 11) Taboret obrotowy - 4 szt,
- 12) Wózek zabiegowy -1 szt,
- 13) Wózek anestezjologiczno- zabiegowy -3 szt,
- 14) Wózek do transportu chorych z wyposażeniem -1 szt,
- 15) Wózek zabiegowy -2 szt,
- 16) Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym -2 szt,

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Zestaw komputerowy – 2 szt,
- 2) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce -1 szt,

3.4 Parametry określone w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia stanowią wymagania graniczne (odcinające), których niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Brak wpisu w rubryce „parametry oferowane” zostanie potraktowane jako niespełnienie parametru.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

3.5 Ilekroć w opisie przedmiotu zamówienia użyto określenia „typu ...” lub wskazano nazwę własną produktu, oznacza to, iż Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia ofert równoważnych. Pod pojęciem oferty równoważnej Zamawiający rozumie aparaturę, sprzęt medyczny i wyposażenie medyczne o parametrach **takich samych lub wyższych** jak opisane w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia. Wykonawca, który powołuje się na rozwiązania równoważne opisywanym przez zamawiającego, jest obowiązany wykazać, że oferowane przez niego dostawy spełniają wymagania określone przez zamawiającego (art. 30 ust. 5 ustawy). Wskazane marki lub nazwy producenta określają klasę produktu.

3.6 Przedmiot zamówienia winien być nowy, wyprodukowany w 2009 r. nieużywany, kompletny, wolny od wad i posiadać prawem wymagane certyfikaty, deklaracje zgodności CE, świadectwa i rejestracje. Aparatura medyczna i sprzęt medyczny składająca się na przedmiot zamówienia winna posiadać wpis do Rejestru wyrobów medycznych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz.U z 2004 r. Nr 93 poz. 896 ze zm.),

- 1) Wykonawca zobowiązany jest udzielić na przedmiot zamówienia **gwarancji** zgodnie z zasadami określonymi we wzorze umowy i złożoną ofertą przetargową, licząc od daty podpisania protokołu przekazania przedmiotu umowy do użytkowania. Termin gwarancji poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia został wskazany w dodatku nr 1,2 i 3 do SIWZ.
- 2) Przedmiot zamówienia ma być opakowany w sposób zabezpieczający go przed uszkodzeniem. Na Wykonawcy ciąży odpowiedzialność z tytułu uszkodzenia lub utraty przedmiotu umowy aż do chwili wydania Zamawiającemu na miejsce dostawy, potwierdzonej protokołem przekazania przedmiotu umowy do użytkowania.
- 3) Przedmiot zamówienia należy dostarczyć na adres: Szpital Powiatowy w Radomsku 97-500 Radomsko, ul. Jagiellońska 36.
- 4) Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć na własny koszt i ryzyko przedmiot zamówienia w miejsce dostawy, a następnie go uruchomić oraz tam gdzie jest to wymagane, wykonać badania próbne oraz przeprowadzić instruktaż obsługowy dla personelu wyznaczonego przez Zamawiającego w zakresie działania i obsługi sprzętu w miejscu jego dostawy.
- 5) **Wszelkie informacje dotyczące parametrów technicznych wymaganego przedmiotu zamówienia, warunków dostawy i montażu zawarte zostały w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym dodatek nr 1,2 i 3 do SIWZ.**

3.7 Nazwa i kod dotyczący przedmiotu zamówienia określony we Wspólnym Słowniku Zamówień (CPV) :

Główny przedmiot:	33.10.00.00-1 – urządzenia medyczne
Dodatkowe przedmioty:	33.11.10.00-1 – aparatura rentgenowska
	33.11.23.40-3 – echokardiografy
	33.18.21.00-0 – defibrylatory
	33.11.16.50-2 – urządzenia do mammografu
	33.11.17.20-4 – urządzenia do angiografii
	33.11.15.00-9 – urządzenia do tomografu

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

33.11.18.00-9 – diagnostyczny system rentgenowski
 33.11.23.20-7 – urządzenia Dopplera
 33.14.13.10-6 – strzykawki
 44.61.90.00-2 – inne pojemniki
 44.61.12.00-8 – respiratory
 33.19.30.00-9 – pojazdy inwalidzkie, wózki inwalidzkie i podobne urządzenia
 39.11.20.00-0 – krzesła
 33.19.41.10-0 – pompy infuzyjne
 33.19.41.00-7 – urządzenia i przyrządy do infuzji
 33.19.00.00-8 – różne urządzenia i produkty medyczne
 33.19.23.00-5 – meble medyczne, z wyjątkiem łóżek i stołów
 39.13.00.00-2 – meble biurowe
 39.12.11.00-7 – biurka
 39.11.31.00-8 – fotele
 39.11.20.00-0 – krzesła
 39.11.32.00-9 – taborety
 39.25.41.00-8 – zegary
 39.14.31.10-0 – łóżka i kanapy oraz specjalne meble tapicerowane
 39.44.11.00-2 – bieżnie mechaniczne
 39.71.11.30-0 – chłodziarki
 30.12.13.00-6 – urządzenia do powielania
 39.13.20.00-6 – szafy na akta
 30.23.21.10-8 – drukarki laserowe
 30.21.40.00-2 – stacje robocze
 30.23.13.00-0 – monitory ekranowe

Rozdział 4. Termin wykonania zamówienia.

4.1. Termin wykonania *oddzielnie dla każdej Części* zamówienia: **do 70 dni od dnia podpisania umowy.**

Rozdział 5. Opis warunków udziału w postępowaniu oraz opis dokonywania oceny spełnienia tych warunków.**5.1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:**

- 1) posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- 2) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, w tym wykonali w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie co najmniej dwie dostawy na rzecz zakładów opieki zdrowotnej odpowiadające swoim rodzajem dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia w danej Części, na

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

którą Wykonawca składa ofertę i których łączna wartość jest nie mniejsza niż wartość podana niżej dla danej części na którą Wykonawca składa ofertę , tj:

- a) 5.000.000 PLN dla części I,
- b) 3.000.000 PLN dla części II,
- c) 500.000 PLN dla części III.

Uwaga:

- 1. Przez dostawy odpowiadające swoim rodzajem dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia Zamawiający rozumie dostawę aparatury, sprzętu medycznego lub wyposażenia medycznego wraz z montażem.**
- 2. Pod pojęciem zakładów opieki zdrowotnej należy rozumieć zakłady opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U z 2007 r. 14 poz. 89 ze zm.) .**
- 3) dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, lub przedstawia pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia;
- 4) znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia, w tym:
 - a) posiadają środki finansowe lub zdolność kredytową w wysokości co najmniej
 - 5.000.000 PLN dla części I,
 - 3.000.000 PLN dla części II,
 - 500.000 PLN dla części III,

Uwaga: Wykonawca składający ofertę dla więcej niż jednej Części zobowiązany jest przedłożyć dokument na sumę wartości wymaganych dla oferowanych Części.

- b) są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności na sumę ubezpieczenia nie mniejszą niż:
 - 5.000.000 PLN dla części I,
 - 3.000.000 PLN dla części II,
 - 500.000 PLN dla części III;

Uwaga: Wykonawca składający ofertę dla więcej niż jednej Części zobowiązany jest przedłożyć dokument na sumę wartości wymaganych dla oferowanych Części.

- 5) nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.
- 5.2. Złożenie przez Wykonawcę w ofercie dokumentów i oświadczeń wymienionych w pkt 6.1.2 SIWZ będzie stanowiło podstawę do oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu. Zamawiający sprawdzi z treści tych dokumentów i oświadczeń czy Wykonawca spełnia wszystkie w/w warunki.

Uwaga:

Zamawiający wykluczy z postępowania Wykonawcę, który nie spełnia wymaganych warunków

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

oraz jeżeli stwierdzi, że złożone przez niego informacje mające wpływ na wynik prowadzonego postępowania są nieprawdziwe.

Rozdział 6. Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć wykonawcy w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu.**6.1. Dokumenty i oświadczenia wymagane w postępowaniu**

Wykonawca zobowiązany jest złożyć w terminie wskazanym w pkt 12.1 i formie określonej w Rozdziale 10 SIWZ:

6.1.1. Ofertę składającą się z:

- 1) wypełnionego formularza ofertowego o treści zgodnej z określoną we wzorze stanowiącym **dodatek nr 4** do SIWZ, wraz z formularzem cenowym,
- 2) dokumentów wymienionych w pkt 6.1.2 niniejszej specyfikacji.
- 3) oświadczenia, że oferowany przedmiot dostawy odpowiada wymaganiom określonym przez zamawiającego - z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 6** do SIWZ,
- 4) dowodu wniesienia wadium,
- 5) druku wykazu dostaw, które Wykonawca powierzy podwykonawcom – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 9** do SIWZ (zgodnie z punktem 27.2 SIWZ Wykonawca, który nie będzie powierzał do wykonania przedmiotu zamówienia podwykonawcom przy realizacji przedmiotu zamówienia, nie dołącza do oferty w/w dodatku).

6.1.2. Oświadczenia oraz dokumenty potwierdzające spełnianie warunków, o których mowa w pkt 5.1:

- 1) oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 ustawy – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 5A, 5B, 5C, 5D, 5E, 5F** do SIWZ,

Uwaga: Jeżeli wykonawca **nie dysponuje** potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia a wskazał w ofercie, że **będzie dysponował** takim potencjałem technicznym i osobami, wówczas winien złożyć oświadczenie – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 5D** do SIWZ.

- 2) aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, **wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;**
- 3) aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że wykonawca

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności, lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu podatkowego, **wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;**

- 4) aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające odpowiednio, że wykonawca nie zalega z opłacaniem opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu, **wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;**
 - 5) aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, **wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;**
 - 6) aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, **wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert** (dotyczy podmiotów zbiorowych w myśl ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary – Dz.U. z 2002 r. Nr 197, poz. 1661 z późn. zm.);
 - 7) wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, odpowiadających swoim rodzajem i wartością dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączeniem dokumentów potwierdzających, że dostawy te zostały wykonane należycie (np. referencje Zamawiającego). W wykazie należy wskazać, oddzielnie dla każdej Części zamówienia, co najmniej dwie dostawy spełniające wymóg określony w pkt 5.1. ppkt 2.
 - 8) informacji banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo- kredytowej, w którym wykonawca posiada rachunek, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową wykonawcy, wystawionej nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
 - 9) polisy, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności.
- 6.1.3. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym w niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:**
- 1) opisy, fotografie, foldery lub rysunki oferowanego przedmiotu zamówienia z zaznaczeniem pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia (nr Części której dotyczy),
 - 2) materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych, z

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

- zaznaczeniem pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia (nr Części której dotyczy),
- 3) dokumenty potwierdzające, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz.U z 2004 r. Nr 93 poz. 896 ze zm.), tj:
- a) deklaracje zgodności,
 - b) certyfikaty CE wystawione przez jednostkę notyfikowaną,
 - c) zgłoszenie lub wpis wyrobu medycznego do Rejestru Wyrobów Medycznych (*jeżeli dotyczy*).
 - d) w przypadku gdy opisany w SIWZ przedmiot zamówienia nie został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i zgodnie z dyrektywami europejskimi i ustawą o wyrobach medycznych nie jest objęty deklaracjami zgodności i nie podlega żadnemu wpisowi Zamawiający wymaga złożenia stosownego oświadczenia.

6.2. Oferta wspólna

6.2.1 Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia (w ramach oferty wspólnej w rozumieniu art. 23 ustawy) pod warunkiem, że taka oferta spełniać będzie następujące wymagania:

- 1) Wykonawcy występujący wspólnie są zobowiązani do ustanowienia **Pełnomocnika** do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego;
- 2) Oryginał pełnomocnictwa lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez notariusza powinien być załączony do oferty i zawierać w szczególności wskazanie:
 - a) postępowania o zamówienie publiczne, którego dotyczy;
 - b) wszystkich wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia wymienionych z nazwy z określeniem adresu siedziby;
 - c) ustanowionego **Pełnomocnika** oraz zakres jego umocowania;
- 3) Dokument pełnomocnictwa musi być podpisany przez wszystkich Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia. Podpisy muszą być złożone przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli wymienione we właściwym rejestrze lub ewidencji Wykonawców.
- 4) Dokumenty, o których mowa w pkt 6.1.2 ppkt 1,2,3,4,5,6, musi złożyć **osobno** każdy z Wykonawców składających ofertę wspólną;
- 5) Wykonawcy występujący wspólnie muszą spełniać łącznie wymagania określone w pkt 5.1 ppkt 2,3, 4 lit.a);
- 6) Wymagania określone w pkt 5.1 ppkt 4 lit. b) winny być spełnione przez co najmniej jednego Wykonawcę występującego wspólnie z innymi (wymaganie nie podlega sumowaniu).
- 7) Dokumenty, o których mowa w pkt 6.1.2 ppkt 9 nie są wymagane do złożenia przez wszystkich Wykonawców występujący wspólnie jeśli warunki, na potwierdzenie

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

których są składane, zostaną spełnione przez jednego lub kilku z Wykonawców występujących wspólnie.

Pozostałe dokumenty są wspólne dla wszystkich występujących wspólnie Wykonawców.

- 8) Formularze, dokumenty sporządzone na załączonych do SIWZ wzorach, składa i podpisuje w imieniu wszystkich Wykonawców, **Pełnomocnik** wpisując w miejscu przeznaczonym na podanie nazwy i adresu Wykonawcy, nazwy i adresy wszystkich Wykonawców składających ofertę wspólną;
- 9) Wszystkie **kopie dokumentów** załączone do oferty muszą być **opisane „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez Pełnomocnika;**
- 10) Wszelka korespondencja prowadzona będzie przez Zamawiającego wyłącznie z Pełnomocnikiem, którego adres należy wpisać w formularzu ofertowym.

6.3. Wykonawca zamieszkały poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

6.3.1. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w pkt 6.1.2

- 1) ppkt 2,3,4,6 - składa dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
 - a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości,
 - b) nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
 - c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie
- 2) ppkt 5 – składa zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego kraju pochodzenia albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy.

6.3.2. Dokumenty, o których mowa w pkt 6.3.1 ppkt 1 lit. a) i c), oraz ppkt 2, powinny być wystawione **nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert**. Dokument, o którym mowa w pkt 6.3.1 ppkt 1 lit. b) powinien być wystawiony **nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert**.

6.3.3. Jeżeli w kraju pochodzenia osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt 6.3.1, zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju pochodzenia osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania. Postanowienia pkt 6.3.2 SIWZ stosuje się odpowiednio.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

Rozdział 7. Informacje o sposobie porozumiewania się zamawiającego z wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń lub dokumentów, a także wskazanie osób uprawnionych do porozumiewania się z wykonawcami.

- 7.1. Postępowanie o udzielenie niniejszego zamówienia z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ustawie, prowadzi się z zachowaniem formy pisemnej.
- 7.2. Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzi się w języku polskim.
- 7.3. Zamawiający wymaga, aby wszelkiego rodzaju oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje itp. (dalej zbiorczo Korespondencja) były kierowane pisemnie na adres:

Starostwo Powiatowe w Radomsku
Referat ds. Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych i Zamówień Publicznych
97-500 Radomsko
ul. Leszka Czarnego 22
Znak sprawy: FP.341.12/09
tel. +48 (044) 683 45 09 w. 239, faks +48 (044) 683 43 35

Wykonawcy winni we wszelkich kontaktach z Zamawiającym powoływać się na wyżej podany znak sprawy.

Godziny pracy Starostwa: poniedziałek - piątek: 7.30 - 15.30, czwartek: 8.00 - 16.30

Uwaga: Przesyłanie dokumentów po wyżej wymienionych godzinach, odpowiednio 15.30 lub 16.30, skutkować będzie zarejestrowaniem takiego pisma, jako poczty przychodzącej, z datą następnego dnia roboczego zamawiającego.

- 7.4. Zamawiający dopuszcza składanie korespondencji za pomocą faksu. Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują Korespondencję faksem, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt otrzymania faksu.
- 7.5. Korespondencję przekazaną Zamawiającemu za pomocą faksu uważa się za złożoną w terminie, jeżeli jej treść dotarła do Zamawiającego na adres i w godzinach pracy, podany w pkt. 7.3 SIWZ, przed upływem terminu i została niezwłocznie potwierdzona pisemnie.
- 7.6. Oferty muszą być złożone w formie pisemnej.
- 7.7. Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do porozumiewania się z wykonawcami jest:
 - 1) pod względem merytorycznym – Anna Grochowalska, pracownik w Zespole Zamówień Publicznych Szpitala Powiatowego w Radomsku tel. 044 685 47 04.
 - 2) pod względem formalnym:
 - a) Andrzej Ślęzak - pokój nr 218 tel. 044 683 45 09 w. 239.
 - b) Ryszard Gajda - pokój nr 217 tel. 044 683 45 09 w. 238.
 - c) Grzegorz Wierzbicki - pokój nr 217 tel. 044 683 45 09 w. 238.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

Rozdział 8. Wymagania dotyczące wadium.

- 8.1. Zamawiający żąda wniesienia wadium w kwocie: 207.000,00 PLN (słownie: dwieście siedem tysięcy złotych 00/100) dla oferty całkowitej. Wykonawca musi wskazać, **na którą część lub, na które części zamówienia wpłaca wadium.**
- 8.2. Wadium dla ofert częściowych przedstawia się następująco:
- 1) **115.000,00 PLN na I część zamówienia,**
 - 2) **76.000,00 PLN na II część zamówienia,**
 - 3) **16.000,00 PLN na III część zamówienia.**
- 8.3. Wadium musi być wniesione przed upływem terminu składania ofert wskazanym w pkt 12.1 SIWZ.
- 8.4. Wykonawca może wnieść wadium w jednej lub kilku następujących formach:
- 1) pieniądzu, **przelewem** na rachunek bankowy Zamawiającego w Banku Spółdzielczym w Radomsku:

Nr rachunku: 73 8980 0009 2007 0037 0246 0004

z dopiskiem: „Wadium – Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego - Część”.

Uwaga:

Za termin wniesienia wadium w formie pieniężnej przyjmuje się termin uznania na rachunku Zamawiającego.

- 2) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
 - 3) gwarancjach bankowych;
 - 4) gwarancjach ubezpieczeniowych;
 - 5) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz.U. Nr 109, poz. 1158 z późn. zm.).
- 8.5. Jeżeli wadium zostanie wniesione w formie, o której mowa w pkt 8.3 ppkt 2-5 wówczas Wykonawca dołączy do oferty kopię dokumentu potwierdzoną przez Wykonawcę lub właściwą(-e) osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentacji danego Wykonawcy. Oryginał dokumentu wystawiony na rzecz Zamawiającego należy złożyć w siedzibie Zamawiającego – Kancelaria Ogólna p. 114 w trwale zamkniętym opakowaniu (np. kopercie) opisanym tak jak opakowanie z ofertą, z dopiskiem „WADIUM”. Dokument ten musi zachowywać ważność przez cały okres, w którym Wykonawca jest związany ofertą.
- 8.6. Jeżeli wadium zostanie wniesione w pieniądzu - przelewem, Wykonawca dołączy do oferty kopię wpłaty wadium z potwierdzeniem dokonanego przelewu. Na poleceniu przelewu należy wpisać: „Wadium – Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego - Część”.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

- 8.7. Wykonawca, którego oferta nie będzie zabezpieczona wadium zostanie przez Zamawiającego wykluczony z postępowania, a jego oferta zostanie odrzucona.
- 8.8. Zamawiający będzie dokonywał zwrotu wadium zgodnie z zasadami określonymi w art. 46 ustawy.

Rozdział 9. Termin związania ofertą.

- 9.1. Termin związania ofertą do dnia **07.09.2009r.** Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Rozdział 10. Opis sposobu przygotowywania ofert.

- 10.1. Wykonawcy zobowiązani są zapoznać się dokładnie z informacjami zawartymi w SIWZ i przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w tym dokumencie.
- 10.2. Wykonawca ma prawo złożyć jedną ofertę na wszystkie Części zamówienia lub na każdą Część zamówienia z osobna. Wykonawca, który przedkłada lub partycypuje w więcej niż jednej ofercie spowoduje, że wszystkie oferty z udziałem tego wykonawcy zostaną odrzucone.
- 10.3. Oferta oraz wszelkie dokumenty wymagane w niniejszej specyfikacji muszą spełniać następujące wymogi:
- a) oferta musi zostać sporządzona w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej np. na maszynie do pisania, komputerze lub inną trwałą i czytelną techniką.
 - b) formularz ofertowy i wszystkie załączane dokumenty sporządzone przez Wykonawcę (również te złożone na załączonych do SIWZ wzorach) muszą być podpisane; za podpisane uznaje się własnoręczny podpis z pieczętką imienną przez osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentowania zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestrowym lub innym dokumencie, właściwym dla formy organizacyjnej.
 - c) w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, do oferty musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy. Pełnomocnictwo należy załączyć w formie oryginału lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. W sytuacji, w której pełnomocnik działa na podstawie innego pełnomocnictwa lub pełnomocnictw (tzw. ciąg pełnomocnictw), wówczas takie pełnomocnictwo(-a) winno zostać załączone w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza.
 - d) pozostałe oświadczenia i dokumenty (inne niż wymienione w pkt. 6.2 ppkt 2 oraz pkt. 10.3 lit. b SIWZ) należy załączyć w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę lub właściwą(-e) osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentacji danego Wykonawcy oraz muszą być one sporządzone w języku polskim, chyba że specyfikacja stanowi inaczej.
- 10.4. Ewentualne poprawki w tekście oferty muszą być naniesione w czytelny sposób i parafowane przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

- 10.5. Określone w Rozdziale 6 SIWZ dokumenty składające się na ofertę, powinny być parafowane własnoręcznie przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.
- 10.6. Dołączone do oferty dokumenty sporządzone w języku obcym, muszą być składane wraz z ich tłumaczeniem na język polski, sporządzonym przez tłumacza przysięgłego. Tłumaczenie musi być poświadczane przez osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentowania Wykonawcy.
- 10.7. Zaleca się ponumerowanie stron oferty oraz połączenie w sposób trwały wszystkich kart oferty, przy czym Wykonawca może nie numerować stron niezapisanych.
- 10.8. We wszystkich przypadkach gdzie jest mowa o pieczętkach, Zamawiający dopuszcza złożenie czytelnego zapisu o treści pieczęci, np. nazwa (firma), adres lub czytelny podpis w przypadku pieczęci imiennej.
- 10.9. W przypadku gdyby oferta, oświadczenia lub dokumenty zawierały informacje, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób nie budzący wątpliwości zastrzec, które informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Brak stosownego zastrzeżenia będzie traktowany jako jednoznaczna zgoda na włączenie całości przekazanych dokumentów i danych do dokumentacji postępowania oraz ich ujawnienie na zasadach określonych w ustawie.
- 10.10. Wykonawca **nie może zastrzec** informacji podawanych podczas otwarcia ofert tj. nazwy (firmy) oraz adresu, a także informacji dotyczących ceny i terminu wykonania zamówienia (por. art.86 ust. 4 ustawy).
- 10.11. Zamawiający zaleca, aby informacje zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez wykonawcę złożone w oddzielnym opakowaniu (np. kopercie) z oznakowaniem „tajemnica przedsiębiorstwa”, lub spięte (zszyte) oddzielnie od pozostałych, jawnych elementów oferty.
- 10.12. Ofertę należy złożyć w trwale zamkniętym opakowaniu (np. kopercie). **Opakowanie** powinno być oznakowane jako „OFERTA” oraz opatrzone nazwą przedmiotu zamówienia oraz **pieczęcią firmową Wykonawcy** (lub opisem w przypadku jej braku) zawierającą, co najmniej jego **nazwę, adres, numer telefonu oraz faksu**. Opakowanie zawierające ofertę powinno być zamknięte i zabezpieczone przed otwarciem, bez uszkodzenia, gwarantujące zachowanie poufności jej treści do czasu otwarcia.
- 10.13. Opakowanie należy zaadresować i opisać według wzoru:

Starostwo Powiatowe w Radomsku

97-500 Radomsko

ul. Leszka Czarnego 22

Na opakowaniu powinien znajdować się napis:

OFERTA PRZETARGOWA

„Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)”

Nie otwierać przed 10.07. 2009 r., godz. 10:15



SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

- 10.14. W przypadku oferty wspólnej należy na opakowaniu wymienić z nazwy z określeniem **adresu siedziby – wszystkich Wykonawców** składających **ofertę wspólną** z zaznaczeniem **Pełnomocnika**.
- 10.15. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty własne związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku Postępowania.
- 10.16. Wykonawca może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonej oferty w formie pisemnej przed terminem składania ofert.
- 10.17. Wprowadzone zmiany muszą być złożone wg takich samych zasad jak złożona oferta tj. w odpowiednio oznakowanym opakowaniu (np. kopercie) z dopiskiem „ZMIANA” (pozostałe oznakowanie wg pkt 10.13).
- 10.18. Opakowanie oznakowane dopiskiem „ZMIANA” zostanie otwarte na sesji publicznego otwarcia ofert przy otwieraniu oferty wykonawcy, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonania zmian, zostaną dołączone do oferty.
- 10.19. Wykonawca ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać ofertę poprzez złożenie pisemnego powiadomienia (wg takich samych zasad jak wprowadzanie zmian) z napisem na opakowaniu (np. kopercie) „WYCOFANIE”.
- 10.20. Opakowanie oznakowane „WYCOFANIE” będzie otwierane na sesji publicznego otwarcia ofert w pierwszej kolejności. Opakowanie z ofertami, których dotyczy wycofanie nie będą otwierane.
- 10.21. W przypadku nieprawidłowego zaadresowania lub zamknięcia opakowania, zamawiający nie bierze odpowiedzialności za złe skierowanie przesyłki i jej przedterminowe otwarcie. Oferta taka nie weźmie udziału w postępowaniu.

Rozdział 11. Opis sposobu udzielania wyjaśnień oraz modyfikacja treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

- 11.1. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Zamawiający niezwłocznie udzieli wyjaśnień, chyba że prośba o wyjaśnienie treści specyfikacji wpłynęła do zamawiającego na mniej niż 6 dni przed terminem składania ofert.
- 11.2. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekaze wykonawcom, którym przekazał specyfikację istotnych warunków zamówienia, bez ujawniania źródła zapytania; treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający zamieści także na stronie internetowej <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/> (na której została zamieszczona specyfikacja).
- 11.3. Zamawiający przewiduje zwołanie zebrania wszystkich Wykonawców w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Informacja o terminie zebrania zamieszczona zostanie także na stronie internetowej <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/> (na której została zamieszczona specyfikacja).

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

- 11.4. Informacja z zebrania zostanie doręczona wszystkim wykonawcom, którym przekazano specyfikację, a także zamieszczona na stronie internetowej <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/> (na której została zamieszczona specyfikacja).. W takim wypadku zamawiający sporządza informację zawierającą zgłoszone na zebraniu zapytania o wyjaśnienie treści specyfikacji oraz odpowiedzi na nie, bez wskazywania źródeł zapytania. Informację z zebrania doręcza się niezwłocznie wykonawcom, którym przekazano SIWZ.
- 11.5. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może przed upływem terminu składania ofert, zmienić treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Dokonaną zmianę zamawiający przekaze niezwłocznie wszystkim wykonawcom, którym przekazano specyfikację istotnych warunków zamówienia oraz zamieści ją na stronie internetowej <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/>. Każda wprowadzona zmiana stanie się częścią SIWZ.
- 11.6. Jeżeli w wyniku zmiany treści niniejszej SIWZ nieprowadzącej do zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu będzie niezbędny dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach, Zamawiający przedłuży termin składania ofert o ten czas i poinformuje o tym wykonawców, którym przekazano SIWZ, oraz zamieści tę informację na stronie internetowej <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/>

Rozdział 12. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert.

- 12.1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego – Kancelaria Ogólna p. 114 **nie później niż do dnia 10.07.2009r. do godz. 10:00**
- 12.2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona wykonawcy bez otwierania, po upływie terminu przewidzianego na wniesienie protestu.
- 12.3. Publiczne otwarcie ofert nastąpi dnia **10.07.2009r. o godz. 10:15** w siedzibie Zamawiającego – Starostwo Powiatowe, 97-500 Radomsko, ul. Leszka Czarnego 22, p.118.
- 12.4. Informacje ogłoszone w trakcie publicznego otwarcia ofert zamawiający przekaze niezwłocznie wykonawcom, którzy nie byli obecni przy otwarciu ofert, na ich wniosek.

Rozdział 13. Opis sposobu obliczenia ceny.

- 13.1. Przed obliczeniem ceny oferty Wykonawca powinien dokładnie i szczegółowo zapoznać się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia.
- 13.2. Wykonawca uwzględniając wszystkie wymogi, o których mowa w niniejszej SIWZ powinien w cenie ofertowej na wybraną część lub części zamówienia ująć wszelkie koszty związane z wykonywaniem zamówienia, niezbędne dla prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia określonego dla każdej części.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

- 13.3. Cenę każdej części należy podać w formie ryczału, którego definicję określa art. 632 Kodeksu cywilnego.
- 13.4. W formularzu ofertowym Wykonawca podaje cenę netto za wykonanie wybranych części przedmiotu zamówienia, kwotę podatku od towarów i usług (VAT) wg obowiązujących przepisów dotyczących wysokości stawki podatku od towarów i usług (VAT) oraz cenę brutto za wybraną część lub części przedmiotu zamówienia.
- 13.5. Dodatkowo Wykonawca określi ceny na wszystkie pozycje zamówienia wymienione w formularzu cenowym w ten sposób, że:
- 1) wszystkie pozycje muszą zawierać cenę jednostkową,
 - 2) cena jednostkowa każdej pozycji musi obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, w tym ewentualne upusty,
 - 3) wartość brutto winna być wyliczona w sposób określony w formularzu cenowym według wskazań poszczególnych rubryk cenowych.
- 13.6. Do oceny ofert Zamawiający będzie brał pod uwagę cenę brutto (z VAT) za wykonanie części przedmiotu zamówienia. Zastosowanie przez Wykonawcę stawki podatku VAT od towarów i usług niezgodnego z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług spowoduje odrzucenie oferty.
- 13.7. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 13.8. Wszystkie wartości podane w formularzu ofertowym i formularzu cenowym powinny być liczone w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w rozumieniu ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. o denominacji złotego (Dz.U. Nr 84, poz. 386 z późn. zm.). Wartości wykazywane w formularzach zaokrągla się do pełnych groszy, przy czym końcówki poniżej 0,5 grosza pomija się, a końcówki 0,5 grosza i wyższe zaokrągla się do 1 grosza.
- 13.9. Zamawiający nie dopuszcza podawania cen ofertowych w walutach obcych.
- 13.10. Zamawiający poprawi w tekście oferty
- 1) oczywiste omyłki pisarskie – czyli widocznie mylna pisownia wyrazu, ewidentny błąd gramatyczny, niezamierzone opuszczenie wyrazu lub jego części, czeski błąd itp.
 - 2) oczywiste omyłki rachunkowe w obliczeniu ceny z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek – czyli błędy wynikające z niewłaściwego przeprowadzenia działań arytmetycznych,
 - 3) inne omyłki polegające na niezgodności oferty ze SIWZ niepowodujące istotnych

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

- zmian w treści oferty
– niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę, którego oferta została poprawiona.

Rozdział 14. Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert.

14.1. Kryteria oceny ofert i znaczenie tych kryteriów *oddzielnie do każdej Części zamówienia*:

- 1) cena – 100%

14.2. Sposób oceniania ofert:

- 1) w kryterium cena, w którym zamawiającemu zależy, aby Wykonawca przedstawił jak najniższy wskaźnik (cena), zostanie zastosowany następujący wzór:

$$\frac{\text{Liczba punktów}}{\text{zdobytych}} = \frac{\text{Cn}}{\text{Cb}} \times 100 \times \text{waga kryterium } \mathbf{100\%}$$

Gdzie:

Cn – cena najniższa wśród ofert nie odrzuconych

Cb – cena oferty badanej

100 – wskaźnik stały

100 % – procentowe znaczenie kryterium ceny

Liczba punktów, którą można uzyskać w ramach tego kryterium obliczona zostanie przez podzielenie ceny najniższej z ofert przez cenę ocenianej oferty i pomnożenie tak otrzymanej liczby przez 100 punktów i wagę kryterium, którą ustalono na 100%.

- 14.3. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Wykonawców w zakresie w/w kryterium *oddzielnie w odniesieniu do każdej Części zamówienia*. Oferta wypełniająca w najwyższym stopniu wymagania określone w powyższym kryterium otrzyma maksymalną liczbę punktów. Pozostałym Wykonawcom, spełniającym wymagania kryterialne przypisana zostanie odpowiednio mniejsza (proporcjonalnie mniejsza) liczba punktów.

- 14.4. Zamawiający zastosuje zaokrąglanie każdego wyniku do dwóch miejsc po przecinku.

Rozdział 15. Informacje o formalnościach, jakie powinny zostać dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.

- 15.1. Wybranemu wykonawcy, zamawiający określi miejsce i termin podpisania umowy. Termin zawarcia umowy może ulec zmianie w przypadku złożenia przez któregoś z Wykonawców protestu. O nowym terminie zawarcia umowy wybrany Wykonawca zostanie poinformowany po zakończeniu postępowania protestacyjno - odwoławczego.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

- 15.2. Osoby reprezentujące wykonawcę przy podpisywaniu umowy powinny posiadać ze sobą dokumenty potwierdzające ich umocowanie do podpisania umowy, o ile umocowanie to nie będzie wynikać z dokumentów załączonych do oferty.
- 15.3. Jeżeli oferta Wykonawców występujących wspólnie zostanie wybrana, Zamawiający zażąda przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego, umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.

Rozdział 16. Wymagania dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

- 16.1. Zamawiający nie wymaga zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

Rozdział 17. Istotne dla stron postanowienia umowy

- 17.1. Wszystkie istotne postanowienia umowy, wraz z wysokością kary w przypadku rozwiązania umowy oraz ze szczegółowym zakresem obowiązków Wykonawcy związanych z realizacją przedmiotu zamówienia zawarte zostały we wzorze umowy stanowiącym **dodatek nr 8** do niniejszej SIWZ.
- 17.2. Wykonawca akceptuje treść wzoru umowy na wykonanie przedmiotu zamówienia, stanowiący załącznik do niniejszej SIWZ, oświadczeniem zawartym w treści formularza ofertowego. Postanowienia umowy ustalone we wzorze nie podlegają zmianie przez Wykonawcę. Przyjęcie przez Wykonawcę postanowień wzoru umowy stanowi jeden z warunków ważności oferty.

Rozdział 18. Środki ochrony prawnej.

- 18.1. Wykonawcom a także innym osobom, jeżeli ich interes prawny w uzyskaniu zamówienia doznał lub może doznać uszczerbku w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów ustawy, przysługują środki ochrony prawnej określone w Dziale VI ustawy, tj. protest, odwołanie, skarga do sądu.
- 18.2. Przed upływem terminu do składania ofert w przypadku naruszenia przez zamawiającego przepisów ustawy środki ochrony prawnej przysługują również organizacjom zrzeszającym wykonawców wpisanym na listę organizacji uprawnionych do wnoszenia środków ochrony prawnej, prowadzoną przez Prezesa Urzędu.

18.3. Protest.

Wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, czynności podjętych przez zamawiającego w postępowaniu oraz w przypadku zaniechania przez zamawiającego czynności, do której jest obowiązany na podstawie ustawy, można wnieść protest do zamawiającego.

Protest wnosi się w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia. Protest uważa się za wniesiony z chwilą, gdy dotarł on do zamawiającego w taki sposób, że mógł zapoznać się z jego treścią.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

Protest dotyczący treści ogłoszenia, a jeżeli postępowanie jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, także dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, wnosi się w terminie 14 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia na stronie internetowej - jeżeli wartość zamówienia jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8

W przypadku wniesienia protestu dotyczącego treści ogłoszenia lub postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.

Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.

Zamawiający odrzuca protest wniesiony po terminie, wniesiony przez podmiot nieuprawniony lub protest niedopuszczalny na podstawie art. 181 ust. 6.

Protest powinien wskazywać oprotestowaną czynność lub zaniechanie zamawiającego, a także zawierać żądanie, związane przytoczenie zarzutów oraz okoliczności faktycznych i prawnych uzasadniających wniesienie protestu.

W przypadku wniesienia protestu po upływie terminu składania ofert bieg terminu związania ofertą ulega zawieszeniu do czasu ostatecznego rozstrzygnięcia protestu.

O zawieszeniu biegu terminu związania ofertą zamawiający informuje niezwłocznie wykonawców, którzy złożyli oferty.

Zamawiający w dowolnym czasie, jednak nie później niż na 7 dni przed upływem ważności wadium, wzywa wykonawców, pod rygorem wykluczenia z postępowania, do przedłużenia ważności wadium albo wniesienia nowego wadium na okres niezbędny do zabezpieczenia postępowania do zawarcia umowy, po ostatecznym rozstrzygnięciu protestu.

Kopię wniesionego protestu zamawiający niezwłocznie przekazuje wykonawcom uczestniczącym w postępowaniu o udzielenie zamówienia, a jeżeli protest dotyczy treści ogłoszenia lub postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, zamieszcza ją również na stronie internetowej, na której jest udostępniana specyfikacja, wzywając wykonawców do wzięcia udziału w postępowaniu toczącym się w wyniku wniesienia protestu.

Uczestnikami postępowania toczącego się w wyniku wniesienia protestu stają się wykonawcy, którzy mają interes prawny w tym, aby protest został rozstrzygnięty na korzyść jednej ze stron, i którzy przystąpili do postępowania:

- 1) w terminie 3 dni od dnia otrzymania wezwania, o którym mowa w ust. 3;
- 2) do upływu terminów, o których mowa w art. 180 ust. 3, jeżeli protest dotyczy treści ogłoszenia lub w postępowaniu w trybie przetargu nieograniczonego także postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Wykonawca zgłasza przystąpienie do postępowania toczącego się w wyniku wniesienia protestu, wskazując swój interes prawny w przystąpieniu i określając swoje żądanie w zakresie zarzutów zawartych w proteście. Zgłoszenie przystąpienia wnosi się do zamawiającego, przekazując jednocześnie jego kopię wykonawcy wnoszącemu protest.

Wykonawca wnoszący protest oraz wykonawca wezwany zgodnie z ust. 3 nie mogą następnie korzystać ze środków ochrony prawnej na czynności zamawiającego wykonane zgodnie z ostatecznym rozstrzygnięciem protestu zapadłym w postępowaniu toczącym się w wyniku wniesienia protestu.

Wykonawca wnoszący protest oraz wykonawca wezwany zgodnie z ust. 3 nie mogą następnie wnieść protestu, powołując się na te same okoliczności.

Do czasu ostatecznego rozstrzygnięcia protestu zamawiający nie może zawrzeć umowy.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

Protest jest ostatecznie rozstrzygnięty:

- 1) jeżeli nie przysługuje odwołanie - wraz z rozstrzygnięciem przez zamawiającego protestu lub z upływem terminu na jego rozstrzygnięcie;
- 2) jeżeli nie wniesiono odwołania - z upływem terminu do wniesienia odwołania;
- 3) w przypadku wniesienia odwołania - z dniem wydania postanowienia kończącego postępowanie odwoławcze albo wyroku Izby.

Zamawiający może złożyć do Izby wnioszek o uchylenie zakazu zawarcia umowy przed ostatecznym rozstrzygnięciem protestu. Izba może uchylić zakaz zawarcia umowy, jeżeli niezawarcie umowy mogłoby spowodować negatywne skutki dla interesu publicznego przewyższające korzyści związane z koniecznością ochrony wszystkich interesów, w odniesieniu do których zachodzi prawdopodobieństwo doznania uszczerbku w wyniku czynności podjętych przez zamawiającego w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Izba rozpoznaje wniosek na posiedzeniu niejawnym, w drodze postanowienia, nie później niż w terminie 5 dni od dnia jego złożenia. Przepis art. 186 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Zamawiający rozstrzyga jednocześnie wszystkie protesty dotyczące treści ogłoszenia, postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, wykluczenia wykonawcy z postępowania o udzielenie zamówienia, odrzucenia ofert i wyboru najkorzystniejszej oferty - w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, w terminie 10 dni od upływu ostatniego z terminów na wniesienie protestu.

Protest inny niż wymieniony powyżej zamawiający rozstrzyga w terminie 10 dni od dnia jego wniesienia.

Brak rozstrzygnięcia protestu w terminach, o których mowa powyżej, uznaje się za jego oddalenie.

Rozstrzygnięcie protestu wraz z uzasadnieniem oraz pouczeniem o sposobie i terminie wniesienia odwołania zamawiający przekazuje jednocześnie podmiotowi, który wniósł protest, oraz wykonawcom, którzy przystąpili do postępowania toczącego się w wyniku wniesienia protestu, a jeżeli protest dotyczy treści ogłoszenia lub postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, zamieszcza również na stronie internetowej, na której jest udostępniana.

W przypadku uwzględnienia protestu zamawiający powtarza oprotestowaną czynność lub dokonuje czynności bezprawnie zaniechanej:

- 1) niezwłocznie - jeżeli uwzględnił wszystkie zgłoszone żądania;
- 2) po ostatecznym rozstrzygnięciu protestu - jeżeli co najmniej jedno ze zgłoszonych żądań nie zostało uwzględnione.

O powtórzeniu lub dokonaniu czynności zamawiający informuje niezwłocznie wszystkich wykonawców.

18.4. Odwołanie.

Od rozstrzygnięcia protestu przysługuje odwołanie. Odwołanie wnosi się do Prezesa Urzędu w terminie 10 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia protestu lub upływu terminu rozstrzygnięcia protestu, jednocześnie przekazując kopię treści odwołania zamawiającemu. Złożenie odwołania w placówce pocztowej operatora publicznego jest równoznaczne z jego wniesieniem do Prezesa Urzędu.

Kopię odwołania zamawiający przekazuje jednocześnie wszystkim uczestnikom postępowania toczącego się w wyniku wniesienia protestu, nie później jednak niż w terminie 2

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

dni od dnia jej otrzymania, wzywając ich do wzięcia udziału w postępowaniu odwoławczym.

Uczestnik postępowania toczącego się w wyniku wniesienia protestu może zgłosić przystąpienie do postępowania odwoławczego najpóźniej do czasu otwarcia posiedzenia składu orzekającego Izby, wskazując swój interes prawny w przystąpieniu i stronę, do której przystępuje. Zgłoszenie przystąpienia doręcza się Prezesowi Urzędu, przekazując jego kopię zamawiającemu oraz wykonawcy wnoszącemu odwołanie.

Czynności wykonawcy, który przystąpił do postępowania odwoławczego, nie mogą pozostawać w sprzeczności z czynnościami i oświadczeniami strony, do której przystąpił.

Odwołanie podlega rozpoznaniu, jeżeli uiszczono wpis. Wpis uiszcza się najpóźniej w dniu wniesienia odwołania, a dowód jego uiszczenia dołącza się do odwołania.

Jeżeli wpis nie został uiszczony Prezes Urzędu zwraca odwołanie. O zwrocie odwołania rozstrzyga Prezes Urzędu w drodze postanowienia, na które nie przysługuje zażalenie.

Odwołanie rozpoznaje Izba w składzie trzyosobowym. Prezes Izby wskazuje przewodniczącego składu orzekającego Izby spośród wyznaczonych członków.

Izba rozpoznaje odwołanie w terminie 15 dni od dnia jego doręczenia Prezesowi Urzędu. Prezes Izby może zarządzić łączne rozpoznanie odwołań przez Izbę, jeżeli zostały one złożone w tym samym postępowaniu o udzielenie zamówienia i dotyczą tych samych czynności zamawiającego.

18.5. Skarga do sądu

Na orzeczenie Izby stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu. Skargę wnosi się do sądu okręgowego właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania zamawiającego. Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa Urzędu w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi.

Prezes Urzędu przekazuje skargę wraz z aktami postępowania odwoławczego sądowi właściwemu w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania. W terminie 21 dni od dnia wydania orzeczenia skargę może wnieść także Prezes Urzędu. Skarga powinna czynić zadość wymaganiom przewidzianym dla pisma procesowego oraz zawierać oznaczenie zaskarżonego orzeczenia, przytoczenie zarzutów, zwięzłe ich uzasadnienie, wskazanie dowodów, a także wnioski o zmianę orzeczenia w całości lub w części.

Sąd na posiedzeniu niejawnym odrzuca skargę wniesioną po upływie terminu lub niedopuszczalną z innych przyczyn, jak również skargę, której braków strona nie uzupełniła w terminie.

Jeżeli strona nie dokonała w terminie czynności procesowej nie ze swojej winy, sąd na jej wniosek przywraca termin. Postanowienie w tej sprawie może być wydane na posiedzeniu niejawnym.

Pismo z wnioskiem o przywrócenie terminu wnosi się do sądu w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny uchybienia terminowi. Sąd rozpoznaje sprawę niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 1 miesiąca od dnia wpłynięcia skargi do sądu.

Sąd oddala skargę wyrokiem, jeżeli jest ona bezzasadna. W przypadku uwzględnienia skargi sąd zmienia zaskarżone orzeczenie i orzeka wyrokiem co do istoty sprawy, a w pozostałych sprawach wydaje postanowienie.

Jeżeli odwołanie zostaje odrzucone albo zachodzi podstawa do umorzenia postępowania,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

sąd uchyla wyrok lub zmienia postanowienie oraz odrzuca odwołanie lub umarza postępowanie. Sąd nie może orzekać co do zarzutów, które nie były przedmiotem protestu.

Strony ponoszą koszty postępowania stosownie do jego wyniku; określając wysokość kosztów w treści orzeczenia sąd uwzględnia także koszty poniesione przez strony w związku z rozpoznaniem odwołania.

Od wyroku sądu nie przysługuje skarga kasacyjna. Przepisu nie stosuje się do Prezesa Urzędu. Do czynności podejmowanych przez Prezesa Urzędu stosuje się odpowiednio przepisy o prokuratorze ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego.

Rozdział 19. Opis części zamówienia, jeżeli zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.

19.1 Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.

19.2 Pod pojęciem oferty częściowej Zamawiający rozumie ofertę na dowolnie wybrane zadanie.

19.3 Przedmiot zamówienia został podzielony na 3 (trzy) niezależne od siebie Części tak jak to zostało wskazane w pkt 3.3 SIWZ.

Rozdział 20. Maksymalna liczba wykonawców, z którymi zamawiający zawrze umowę ramową, jeżeli zamawiający przewiduje zawarcie umowy ramowej.

Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.

Rozdział 21. Informacja o przewidywanych zamówieniach uzupełniających, jeżeli Zamawiający przewiduje udzielenie takich zamówień.

Zamawiający **nie** przewiduje udzielania zamówień uzupełniających, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt. 7 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Rozdział 22. Opis sposobu przedstawienia ofert wariantowych oraz minimalne warunki, jakim muszą odpowiadać oferty wariantowe, jeżeli zamawiający dopuszcza ich składanie.

22.1 Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

22.2 Oferty niejednoznaczne (zawierające propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych) będą odrzucone.

Rozdział 23. Adres poczty elektronicznej lub strony internetowej Zamawiającego, jeżeli zamawiający dopuszcza porozumiewanie się drogą elektroniczną.

Zamawiający nie dopuszcza porozumiewania się drogą elektroniczną.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

Rozdział 24. Informacje dotyczące walut obcych.

Wszelkie rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone wyłącznie w złotych polskich. Zamawiający nie przewiduje rozliczenia w walutach obcych.

25. Postanowienia dotyczące aukcji elektronicznej.

Zamawiający nie przewiduje wyboru najkorzystniejszej oferty z zastosowaniem aukcji elektronicznej.

26. Wysokość zwrotu kosztów udziału w postępowaniu, jeżeli zamawiający przewiduje ich zwrot.

Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

27. Podwykonawcy.

- 27.1. Wykonawca może powierzyć wykonanie część dostawy składającej się na przedmiot zamówienia podwykonawcy. Wówczas jest obowiązany **w dodatku nr 9** do SIWZ wskazać, jaki zakres dostaw powierzy podwykonawcom.
- 27.2. Jeżeli Wykonawca nie będzie powierzał przedmiotu zamówienia podwykonawcom przy realizacji zamówienia, wówczas nie dołącza do oferty **dodatku nr 9** do SIWZ.
- 27.3. Maksymalny stopień zleconego podwykonawstwa nie może przekroczyć **30 %** ceny ofertowej brutto zaoferowanej przez Wykonawcę.
- 27.4. W przypadku zatrudnienia podwykonawców Wykonawca odpowiada za ich pracę jak za swoją własną.

28. Zmiana umowy.

W odniesieniu do art. 144 ust. 1 ustawy Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmiany warunków umowy na etapie jej realizacji w zakresie:

- 1) terminu wykonania zamówienia – pod warunkiem, że zaszły okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, a w szczególności przestojów i opóźnień zawinionych przez Zamawiającego, działania siły wyższej (np. klęski żywiołowe) mającego bezpośredni wpływ na terminowość wykonywania dostaw,
- 2) wynagrodzenia umownego – pod warunkiem, że zmiany te są korzystne dla Zamawiającego,
- 3) podwykonawców – pod warunkiem, że zmiana wynika z okoliczności których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
- 4) przedstawicieli stron umowy, o których mowa w § 1 ust. 6 i 7 wzoru umowy pod

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn. : **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

warunkiem, że zmiana ta wynika z okoliczności których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

29. Wykaz dodatków.

- Dod. Nr 1 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części I,
- Dod. Nr 2 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części II,
- Dod. Nr 3 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części III,
- Dod. Nr 4 – druk formularza ofertowego,
- Dod. Nr 5 – druk oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu z wykorzystaniem wzorów określonych w **dodatku nr 5A, 5B, 5C, 5D, 5E, 5F** do SIWZ,
- Dod. Nr 6 – druk oświadczenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez zamawiającego,
- Dod. Nr 7 – druk wykazu wykonanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia,
- Dod. Nr 8 – wzór umowy,
- Dod. Nr 9 – druk wykazu robót, które Wykonawca powierzy podwykonawcom.

W imieniu Zamawiającego

STAROSTA

/-/

Mieczysław Zyskowski

.....

(podpis)

Radomsko, dn. 28.05.2009 r.



**PROGRAM
REGIONALNY**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Łódzkie

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat EKG szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	aparat 3,6 i 12 kanałowy	Tak	
2.	analiza i interpretacja	Tak	
3.	detekcja stymulatora serca	Tak	
4.	klawiatura alfanumeryczna	Tak	
5.	wyświetlacz graficzny, pozwalający na prezentację do 12 odprowadzeń EKG	Tak	
6.	szerokość papieru: ok. 112 mm	Tak, podać	
7.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badania spirometryczne)	Tak, podać	
8.	interfejs komunikacyjny: RS 232, AsLink	Tak, podać	
9.	transmisja zapisu na dowolny FAX	Tak, podać	
10.	bezprzewodowa transmisja danych do PC przez interfejs AsLink	Tak	
11.	czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV	Tak	
12.	zasilanie: 90-240 V, 50/60 Hz	Tak	
13.	akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu	Tak	
14.	liniowa głowica termiczna	Tak	
15.	cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
16.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badanie spirometryczne)	Tak	
17.	automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
18.	sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
19.	prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s	Tak	
20.	wymiary (D x S x W): ok. 255 x 195 x 66 mm	Tak, podać	
21.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
22.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
23.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Aparat EKG						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia **Aparat USG stacjonarny z kolorowym Dopplerem – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Kliniczny, cyfrowy, wysokiej klasy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem	Tak, podać	
2.	Konstrukcja i oprogramowanie oferowanej wersji aparatu – wprowadzone do produkcji i eksploatacji nie wcześniej niż w 2008 roku.	Tak, podać	
3.	Przetwornik 12-bitowy	Tak	
4.	Zaawansowany technicznie cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej.	Tak, opisać	
5.	Ilość niezależnych kanałów nadawczych: min. 1024	Tak, podać	
6.	Ilość niezależnych kanałów odbiorczych: min. 1024	Tak, podać	
7.	Ilość aktywnych gniazd głowic: min. 3	Tak, podać	
8.	Dynamika obrazu: co najmniej 170 dB.	Tak, podać	
9.	Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości. Przekątna ekranu minimum 15 cali. Możliwość obrotu ekranu monitora w płaszczyźnie poziomej i pionowej oraz zmiana wysokości monitora względem pulpitu sterowniczego.	Tak, podać	
10.	Zakres częstotliwości pracy USG: od 2 MHz do co najmniej 10 MHz.	Tak, podać	
11.	Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop): min. 2000	Tak, podać	
12.	Możliwość uzyskania dynamicznych obrazów po zamrożeniu ze zmianą prędkości odtwarzania (tzw. Cineloop)	Tak	
13.	Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 1000 sek.	Tak, podać	
14.	Głębokość pola obrazowego: co najmniej od 2 cm do 24 cm.	Tak, opisać	
15.	Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika: minimum 15	Tak, opisać	
16.	Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z nich.	Tak, opisać	
	Obrazowanie i prezentacja obrazu		
17.	Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów.	Tak, opisać	
18.	FRAME RATE dla trybu B: min. 500 obrazów/sek.	Tak, podać	
19.	FRAME RATE dla trybu B + kolor: min. 80 obrazów/sek.	Tak, podać	
20.	Obrazowanie na II harmonicznej	Tak	
21.	Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD) ze wszystkich głowic.	Tak	
22.	Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) min.: +/- 6,3 m/sek (przy zerowym kącie bramki)	Tak, podać	
23.	Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) ze wszystkich głowic.	Tak	
24.	Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 3,9 m/sek	Tak, podać	
25.	Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) ze wszystkich głowic.	Tak	

26.	Aparat wyposażony w obrazowanie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym Min. 2 kursory (linie proste) do kardiologii płodowej	Tak, podać	
27.	Aparat wyposażony w obrazowanie M-mode anatomiczny z pamięci Cineloop Min. 2 kursory (linie proste) do kardiologii płodowej	Tak, podać	
28.	Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) na wszystkich głowicach.	Tak	
29.	Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym	Tak	
30.	Zakres bramki dopplerowskiej: min. od 0,5 mm do 10 mm	Tak, podać	
	Archiwizacja obrazów		
31.	Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym i bazą pacjentów.	Tak, opisać	
32.	Aparat w standardzie wyposażony w zapis obrazów w formacie DICOM i wyjście do podłączenia sieci DICOM (wersja 3.0)	Tak	
33.	Zapis obrazów na dyskietce w formatach JPG, BMP i TIF bezpośrednio z systemu archiwizacyjnego wbudowanego w aparat.	Tak	
34.	Videoprinter czarno-biały.	Tak	
35.	Możliwość bezpośredniego podłączenia drukarki komputerowej do wydruku raportów.	Tak	
36.	Opcjonalna możliwość bezpośredniego podłączenia nagrywarki CD-R	Tak	
	Funkcje użytkowe		
37.	Powiększenie obrazu bez pogorszenia jakości: min. x6	Tak, podać	
38.	Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie: Minimum 8.	Tak, podać	
39.	Pomiar odległości, obwodu, pola powierzchni, objętości	Tak	
40.	Przełączanie głowic z klawiatury.	Tak	
41.	Pełna klawiatura alfanumeryczna.	Tak	
42.	Programowalne klawisze min. 20	Tak, podać	
43.	Specjalistyczne oprogramowanie ginekologiczno-położnicze posiadające: - Szczegółowe raporty badań z uśrednieniem wyników - Możliwość przedstawienia wyników na siatkach centylowych Automatyczne zapamiętywanie wszystkich raportów z badań	Tak	
44.	Oprogramowanie do badań: - Naczyniowych - Urologicznych - Małych narządów (tarczyca, piersi) - Ostopedycznych (badania bioderek z pomiarem kątów metodą Grafa) - Pediatrycznych - Kardiologicznych - Transkranialnych	Tak	
	Głowice ultradźwiękowe	Tak	
	Głowica elektroniczna Convex , szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. (podać typ i producenta)	Tak	
45.	1) Zakres częstotliwości pracy: co najmniej 2,0 – 6,0 MHz.	Tak, podać	
46.	2) Liczba elementów: min. 190	Tak, podać	
47.	3) Kąt skanowania max. 60 st.	Tak, podać	
48.	4) obrazowanie harmoniczne min. 3 pasma częstotliwości	Tak, podać	
49.	Głowica elektroniczna Liniowa szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy (podać typ i producenta)	Tak	

50	1) Zakres częstotliwości pracy: co najmniej 4,0 – 10,0 MHz.	Tak, podać	
51	2) Liczba elementów: min. 190	Tak, podać	
52	3) szerokość pola skanowania max. 40 mm	Tak, podać	
53	Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)		
54	Możliwość rozbudowy o obrazowanie w trybie Kolorowy Doppler Tkankowy (Color Tissue Doppler) oraz Spektralny Doppler Tkankowy	Tak	
55	Możliwość rozbudowy o inne typy obrazowania i współpracy z głowicami do badań: - kardiologicznych - naczyniowych - małych narządów - położniczych - ginekologicznych - ortopedycznych - endokawitarnych - śródoperacyjnych - przezczaszkowych	Tak	
56	Możliwość poszerzenia systemu o współpracy z głowicą transrektalną dwupłaszczyznową	Tak	
57	Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Endocavitarną, częstotliwość min. 3-9 MHz, kąt skanowania min. 170 stopni, promień max. R10 mm, min. 190 elementy	Tak, podać	
58	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
59	Okres gwarancji (na wszystkie elementy)	min. 24 miesiące	
60	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Aparat USG stacjonarny z kolorowym Dopplerem						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Bieżnia z osprzętem do prób wysiłkowych – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Prędkość taśmy regulowana od 0 do ok. 20km.h	TAK, podać	
2	Kąt wzniesienia regulowany od 0% do 25%	TAK, podać	
3	Długość użytkowa taśmy ok., 1300mm, szerokość ok. 500mm	TAK	
4	Zasilanie 230V, 50H	TAK	
5	Wymiary (dxsxd) ok. 2000x830x1250mm	TAK, podać	
6	System kontroli nachylenia – wbudowany inklinometr zapewniający automatyczne poziomowanie bieżni i niwelację nierówności podłoża	TAK	
7	Funkcja” zero start”	TAK	
8	Wbudowany moduł EKG o parametrach : - 12 standardowych odprowadzeń w trybie diagnostycznym - 2 odprowadzenia w trybie treningowym - czułość 2,5/5/10/20 mm/Mv - przesuw 25/50/100mm/s - cyfrowe filtry 25Hz, 35Hz, 50Hz - cyfrowy filtr linii izoelektrycznej	TAK	
9	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
11	Instalacja urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Bieżnia z osprzętem do prób wysiłkowych						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Densytometr - 1 szt.**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
I	DENSYTOMETR		
1	Zasilanie jednofazowe 230V, 50 Hz $\pm 10\%$	TAK	
II	LAMPA RTG		
1	Wiązka wachlarzowa (tzn. fan beam) – jednokrotne przejście, równolegle wzdłuż stołu nad diagnozowanym obszarem w modach diagnostycznych	TAK/ Nie, opisać	
3	Szybkość chłodzenia anody min. 25 kHU/min	TAK - podać	
4	Lampa z ogniskiem max 0,3 mm	TAK - podać	
5	Promieniowanie rozproszone w odległości 1 m od aparatu (mSv)	Podać w (mSv)	
6	Dawki promieniowania pochłoniętego przez pacjenta w czasie skanowania (mSv)	Podać w (mSv)	
III	DETEKTOR		
1	Typ - półprzewodnikowy	Tak	
IV	STÓŁ		
1	Obszar skanowania min. 65 x 195 cm	Tak / podać	
2	Stół stacjonarny z ruchomym blatem, opisać	Tak / Nie	
V	KALIBRACJA APARATU		
1	Automatyczna kalibracja aparatu przed każdym badaniem, automatyczna bez użycia fantomu	Tak	
2	Automatyczna kontrola jakości (podać metodę i skład zestawu)	Tak	
3	Fantom kontroli jakości	Tak	
VI	OBSZARY POMIAROWE		
1	Kręgosłup w projekcji AP	Tak	
2	Szyjka kości udowej	Tak	
3	Pomiar biodra	Tak	
4	Jednoczesny pomiar i analiza dwóch szyjek kości udowej	Tak	
5	Przy pomiarze dwóch szyjek kości udowej automatyczne pozycjonowanie ramienia i stołu do pomiaru drugiej szyjki kości udowej bez ingerencji operatora.	Tak	
6	Prezentacja całkowitego wyniku pomiaru BMD dla dwóch szyjek kości udowej jednocześnie	Tak	
7	Możliwość wyznaczenia wskaźnika ryzyka złamania	Tak	
8	Przedramię	Tak	
9	Analiza kręgosłupa i biodra o niskiej gęstości.	Tak	
10	Oprogramowanie ortopedyczne z automatyczną detekcją implantów	Tak	
11	Oprogramowanie pediatryczne do pomiaru gęstości kości w obrębie kręgosłupa, szyjki kości udowej	Tak	
12	Możliwość zbadania i porównania pomiarów gęstości kości całego ciała	Tak	
VII	ZESTAW KOMPUTEROWY		
1	Komputer sterujący	Tak	
2	Wyposażenie zestawu badawczego w zestaw komputerowy zapewniający komfortową pracę operatora wraz z niezbędnymi urządzeniami peryferyjnymi, z niezbędnym oprogramowaniem systemowym i użytkowym. Ukompletowanie sprzętowe i programowe zestawu komputerowego winno zapewnić: - możliwość realizacji badań, gromadzenia, edycji i przeglądania danych dotyczących realizowanych usług zgodnie z obowiązującymi przepisami. - możliwość generowania zestawień i wydruków odpowiedniej jakości dla wykonywanych badań - możliwość eksportu gromadzonych danych dotyczących realizowanych usług medycznych (badań). - w jednym z formatów: csv, html, xml, xls, - możliwość wykonywania kopii stanu systemu i prowadzonych danych na	Opisać	

	płyta CD-R. - oprogramowanie winno spełniać wymogi ustawy O Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. nr. 133 poz. 883 z 1997r)		
3	Komputer o parametrach nie gorszych niż: /2GB_DDR2 /500GB_SATAII/ GF8400_512mb/ / XP_PROF / OFFICE 2007/	Tak, podać	
4	Nagrywarka CD/DVD-RW	Tak, .podać	
5	Monitor kolorowy min. 21' 1680x1050/	Tak, podać	
6	Kolorowa drukarka laserowa	Tak	
7	Port USB i LAN	Tak	
VII	DODATKOWE WYPOSAŻENIE		
1	Pozycjoner laserowy krzyżowy	Tak	
2	Akcesoria do pozycjonowania pacjentów	Tak	
3	Stolik pod zestaw sterujący	Tak	
VIII	INNE		
1	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
2	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
3	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Densytometr						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Mammograf z funkcją do pobierania biopsji – 1 szt.**

LP	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Mammograf z przystawką do stereotaksji	TAK	
	I. GENERATOR		
2.	Generator HF – podać częstotliwość min. 50 [kHz]	TAK	
3.	Moc generatora min. 2 [kW]	TAK	
4.	Zakres wysokiego napięcia min. 22-35 [kV]	TAK	
5.	Zakres mAs min 2-500 [mAs]	TAK	
	II. AUTOMATYKA AEC		
6.	Ilość detektorów AEC min. 5 detektorów	TAK	
7.	Wyświetlacz parametrów ekspozycji	TAK	
8.	System automatycznej kontroli ekspozycji	TAK	
9.	Automatyczny dobór wysokiego napięcia	TAK	
10.	Automatyczny dobór obciążenia prądowo – czasowego	TAK	
11.	Automatyka filtracji (zmiana filtra bez ingerencji operatora na podstawie badanej piersi)	TAK/NIE	
	III. LAMPA RTG		
12.	Pojemność cieplna anody lampy min 300 [kHU]	TAK	
13.	Lampa rtg dedykowana do mammografii dwuogniskowa	TAK	
14.	Wielkość ogniska małego wg normy IEC 336 max 0,10 [mm]	TAK	
15.	Wielkość ogniska dużego wg normy IEC 336 max 0,30 [mm]	TAK	
16.	Moc dla małego ogniska min. 1,2 [kW]	TAK	
17.	Moc dla dużego ogniska min. 4,5 [kW]	TAK	
18.	Maksymalny prąd dużego ogniska na anodzie molibdenowej przy 25 kV min. 100 [mA]	TAK	
19.	Filtr molibdenowy i rodowy	TAK	
	IV. STATYW MAMMOGRAFICZNY		
20.	Statyw wolnostojący	TAK	
21.	Motorowy ruch głowicy w pionie	TAK	
22.	Zakres regulacji wysokości stolika od podłogi min. 60 [cm]	TAK	
23.	Zakres obrotu głowicy min. 300 [°]	TAK	
24.	Odległość SID min 60 [cm]	TAK	
25.	Wyświetlacz cyfrowy ustawień statywu	TAK	
26.	Kompresja dwustronna od strony płyty kompresyjnej (z góry) i od strony stolika Bucky (od dołu)	TAK/NIE	
27.	System uciskowy automatyczny z ustawianiem maksymalnej siły kompresji i ręczny	TAK	
28.	Wyświetlacz parametrów ucisku	TAK	
	V. WYPOSAŻENIE MAMMOGRAFU		
29.	Konstrukcja mocowania stolików Bucky zapewniająca szybką zmianę wielkości stolika	TAK	

30.	Automatyczny mechanizm pobierania i wyjmowania kasety	TAK/NIE	
31.	Stolik Bucky z kratką ruchomą 18x24 cm z płytą kompresyjną	TAK	
32.	Stolik Bucky z kratką ruchomą 24x30 cm z płytą kompresyjną	TAK	
33.	Stolik do powiększeń obrazu z min. 2 krotnościami powiększenia	TAK/NIE	
34.	Płyta kompresyjna elastyczna w dwóch kierunkach 18x24 lub sztywna wysoka	TAK	
35.	Płyta kompresyjna elastyczna w dwóch kierunkach 24x30 lub sztywna wysoka	TAK	
36.	Płyta kompresyjna punktowa	TAK	
37	Płyta kompresyjna typu Axilla	TAK	
3	Komplet znaczników mammograficznych	TAK	
39	Przystawka do stereotaksji wyposażona umożliwiającą wykonywanie biopsji cienkoigłowej, grubo igłowej i podciśnieniowej.	TAK	
40	Zestaw startowy igieł biopsyjnych do biopsji cienkoigłowej	TAK	
41	Możliwość zainstalowania całego zestawu rentgenowskiego w jednym pomieszczeniu bez wydzielonej sterowni.	TAK	
42	System ucyfrowienia – rok produkcji 2009	TAK	
43	Automatyczny jednokasetowy skaner (czytnik) do płyt obrazowych – 1 szt.	TAK	
44	Producent, nazwa i typ urządzenia	PODAĆ	
45	Skanowanie wszystkich formatów płyt z rozdzielczością min. 10 pikseli/mm	TAK	
46	Skanowanie płyt mammograficznych 18x24 cm i 24x30 cm z rozdzielczością min. 20 piksel/mm.	TAK	
47	Wydajność skanowania płyt 35x43 cm przy rozdzielczości 10 pikseli/mm min. 46 płyt na godzinę	TAK, PODAĆ	
48	Możliwość podłączenia kilku konsoli techników,- min. 3	TAK, PODAĆ	
49	Podtrzymywanie baterijne systemu umożliwiające zakończenie cyklu skanowania płyty i przesłanie obrazów w przypadku zaniku napięcia zasilającego.	TAK	
50	Automatyczne raportowanie przez urządzenie sytuacji awaryjnych do centrum serwisowego bez udziału obsługi.	TAK	
51	Automatyczne informowanie użytkownika o konieczności wykonania przeglądu okresowego.	TAK	
52	Rodzaje i formaty obsługiwanych kaset, co najmniej kasety do badań ogólnodiagnostycznych formatów: 18x24 cm, 24x30 cm, 35x35 cm, 35x43 cm oraz 18x24 i 24x30 cm mammograficzne	TAK, PODAĆ OBSŁUGIWANE FORMATY KASET	
VI. KASETY Z PŁYTAMI OBRAZOWYMI			
53	Kaseta z płytą obrazową 35x43 cm szt. 4	TAK	
54	Kaseta z płytą obrazową 35x35 cm szt. 4	TAK	
55	Kaseta z płytą obrazową 24x30 cm szt. 4	TAK	
56	Kaseta z płytą obrazową 18x24 cm szt. 4	TAK	
57	Kaseta mammograficzna płytą obrazową 18x24 cm szt.4	TAK	
58	Kaseta mammograficzna z płytą obrazową 24x30 cm szt.4	TAK	
59	Gwarantowana przez producenta trwałość płyty (ilość cykli zapisu, odczytu i kasowania) > 30000	TAK, PODAĆ	
60	Bezdotykowy transport ekranu do skanera zmniejszający prawdopodobieństwo powstawania artefaktów na obrazie.	TAK	
61	Kasety niezintegrowane z płytą obrazową (oddzielny element)	TAK	
62	Kasety zarejestrowane w Polsce jako wyrób medyczny lub posiadające certyfikat CE właściwy dla urządzenia oprogramowania stwierdzający zgodność z dyrektywą 93/42/EEC.	TAK, ZAŁĄCZYĆ DO OFERTY	
63	KONSOLA TECHNIKA – 2 SZTUKI	TAK	
64	Zintegrowana lub niezintegrowana ze skanerem konsola technika.	TAK	
65	Możliwość rejestracji pacjenta bezpośrednio na stacji technika. Pobieranie listy pacjentów z systemu RIS poprzez mechanizm DICOM Worklist.	TAK	
66	Przesyłanie obrazów w formacie DICOM do stacji lekarskich, systemu archiwizacji i do wydruku.	TAK	
67	Możliwość współpracy z min. 2 skanerami do płyt obrazowych.	TAK, PODAĆ	
68	Wiązanie danych pacjenta z płytą przed i po badaniu.	TAK	

69.	Możliwość wprowadzenia wszystkich typów danych przy pomocy ekranu dotykowego i / lub klawiatury i myszy.	TAK	
70.	Przypisywanie kaset / wprowadzanie danych przy pomocy czytnika kodu kreskowego.	TAK	
71.	Wielopoziomowy dostęp do zaawansowanych opcji zależny od uprawnień nadanych poszczególnym technikom.	TAK	
72.	Dostęp do stacji tylko po uprzednim zalogowaniu się przez technika.	TAK	
73.	Podstawowa obróbka zeskanowanych obrazów – zmiana zaczernienia i kontrastu, powiększanie (automatyczne-skokowe: min. 50% i 100%), obracanie, funkcje pozytyw – negatyw. Automatyczne rozpoznawanie typu projekcji i dopasowywania obróbki obrazu do danej projekcji. Marker umożliwiający ustalenie pozycji oryginalnego obrazu (np. po obrocie lub inwersji na stacji przez technika).	TAK	
74.	Oprogramowanie do wieloskalarnej automatycznej obróbki obrazu.	TAK	
75.	Możliwość otwarcia co najmniej dwóch kolejnych sesji z różnymi badaniami różnych pacjentów.	TAK	
76.	Oprogramowanie konsoli technika w języku polskim lub interfejs ikonograficzny.	TAK	
77.	Oprogramowanie umożliwiające automatycznie i manualne (manualne przesuwanie pozycji blendy – granicy przesłanianego obrazu) blendowanie (przesłanianie) nie naświetlonych fragmentów obrazu.	TAK	
78.	Oprogramowanie umożliwiające usuwanie obrazu kratki przeciw rozproszeniowej	TAK	
79.	Automatyczne dodawanie do obrazu skali centymetrowej	TAK	
80.	Możliwość wprowadzenia pola tekstowego w dowolnym miejscu na zdjęcie pacjenta.	TAK	
81.	Zdefiniowane elektroniczne markery (znaczniki) min. 40	TAK	
82.	Możliwość wydruku obrazu w trybie TRUE-SIZE (skala 1:1)	TAK	
83.	Możliwość uzyskiwania na stacji informacji o statusie suchego systemu wydruku	TAK	
84.	Wydruk obrazów bezpośrednio ze stacji technika poprzez mechanizm DICOM Print, kompozytor wydruków. Wydruk kliku obrazów na jednej kliszy, min. 1/2/3/4 obrazy.	TAK	
85.	Możliwość wpisywania do systemu danych o parametrach ekspozycji (kV mAs)	TAK	
86.	Przekątna ekranu monitora dotykowego min. 17"	TAK	
87.	Możliwość prowadzenia statystyk zdjęć wykonanych, odrzuconych, wg techników. Analiza ilości zdjęć przeeksponowanych, niedoeksponowanych i korygowanych przez techników umożliwiającą optymalizację procesu obróbki i poprawę jakości otrzymanych obrazów. Statystyka ilości ekspozycji dla danej kasety. Możliwość eksportu wygenerowanych statystyk do pliku Excel.	TAK	
88.	Serwer obrazowy dedykowany do archiwizacji obrazów mammograficznych i ogólnie diagnostycznych o minimalnych parametrach: Procesor: zgodny z x86, ilość rdzeni w strukturze procesora : 4, częstotliwość zegara ≥ 2.4 GHz, FSB ≥ 1066 MHz, cache L2 ≥ 8 MB, obsługa instrukcji 64 bitowych. Pamięć ≥ 2048 MB RAM, napędy wbudowane: CD-ROM, streamer (pojemność przed/po kompresji sprzętowej: minimum 36 / 72GB) Dyski twarde: ≥ 160 GB SATA / SAS (w RAID-1) Macierz dyskowa o pojemności ≥ 1,5TB Napęd taśmowy LTO-3 Klawiatura, mysz 2 x gigabitowa karta sieciowa Monitor LCD 19"	TAK	
89.	Dwumonitorowa stacja diagnostyczna z oprogramowaniem do mamografii – dwa monitory min 5M plus monitor do opisów badań + komputer	TAK	

90.	Dwumonitorowa stacja diagnostyczna z oprogramowaniem do radiografii– dwa monitory min 3M plus monitor do opisów badań + komputer	TAK	
91.	Drukarka do wydruku badań mammograficznych i ogólnie diagnostycznych wyposażona w min. 5 podajników na różne formaty filmów	TAK	
92.	VII. INNE		
93.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
94.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
95.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Mammograf z funkcją do pobierania biopsji						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Rejestrator do EKG Holter - 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Liczba rejestrowanych kanałów - 3	TAK, podać	
2	Czas rejestracji do 48 godzin	TAK	
3	Detekcja plików rozrusznika serca	TAK	
4	Zapis danych na karcie Compact Flash bez kompresji	TAK	
5	Wyświetlacz graficzny prezentujący zapis EKG on-line poprzez AsLink i IrDA	TAK	
6	Ocena jakości przygotowania pacjenta	TAK	
7	Rejestracja zdarzeń pacjenta - przycisk EVENT	TAK	
8	Dane pacjenta zapisywane na karcie pamięci wraz z danymi EKG	TAK	
9	Zasilanie 2 baterie 1,5 V(AA)	TAK	
10	Współpraca z oprogramowaniami HolCARD i CardioTEKA	TAK	
11	Wymiary ok. 130x96x30mm	TAK, podać	
12	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
13	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
14	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Rejestrator do EKG Holter						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Rejestrator RR Holter - 1 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wkonawcę
1	Zakres mierzonego ciśnienia od ok. 0-300mm Hg	TAK	
2	Automatyczne dobieranie ciśnienia	TAK	
3	Pomiar na żądanie – przycisk EVENT	TAK	
4	Metoda pomiaru oscylometryczna	TAK	
5	Zasilanie 4xAA baterie lub akumulatory	TAK	
6	Nieograniczony czas przechowywania badań w pamięci	TAK	
7	Wewnętrzny zegar czasu rzeczywistego	TAK	
8	Wyświetlacz znakowy LCD, bezpośredni odczyt ostatniego badania	TAK	
9	Sygnalizacja obniżenia napięcia baterii (akumulatorów)	TAK	
10	Klawiatura funkcyjna	TAK	
11	Gniazdo zewnętrzne USB do komunikacji z PC poprzez kabel USB	TAK	
12	Wymiary rejestratora 900x360x930mm	TAK, podać	
13	Oprogramowanie umożliwiające: - pomiar i rejestrację ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, średniego krwi oraz częstotliwości rytmu serca - możliwość podziału doby na 6 podokresów pomiarowych - analizę wyników obejmujących statystyki: Max, MIN, UQ, LQ, Mediana, Średnie, SD dla ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego oraz częstości rytmu - statystykę dostępną dla całego badania oraz dla każdego z sześciu okresów pomiarowych - rejestrację ciśnienia tętniczego krwi w ciągu tygodnia(500 pomiarów) z dowolnymi odstępami pomiarów -automatyczne określenie zakresu pompowanego ciśnienia - prezentację wyników ostatniego zapisanego pomiaru - pomiar na żądanie - rozpoczęcie rejestracji poza systemem komputerowym Graficzną i tabelaryczną prezentację wyników pomiaru	TAK	
14	Torba na rejestrator	TAK	
15	Mankiet dla dorosłych	TAK	
16	Kabel USB	TAK	
17	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
18	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
19	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Rejestrator RR Holter						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Spirometr - 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Zasilanie : akumulator ładowany z sieci	TAK, podać	
2	Przepływomierz: turbina dwukierunkowa	TAK,	
3	Zakres przepływu 16l/s	TAK	
4	Waga ok. 1,9kg	TAK	
5	Pamięć 6000 testów	TAK	
6.	Podłączenie USB, bluetooth, bezprzewodowy wewnętrzny modem do dźwiękowego połączenia z telefonem	TAK	
7.	Zapis 3 najlepszych prób	TAK	
8.	Zapis Do 8 wydmuchów na1 ekranie	TAK	
9.	Wewnętrzny czujnik temperatury do konwersji BTPS	TAK	
10.	Obraz krzywej FVC, VC z wzorem oddechu oraz MVV w czasie rzeczywistym	TAK	
11.	Kolorowy ekran o wysokiej rozdzielczości	TAK	
12.	Szybka, cicha drukarka termiczna, papier 112mm	TAK	
13	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
14	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
15	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Spirometr						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Tomograf komputerowy wielorzędowy wraz z konsolą**

Sterowniczą – 1 szt.

LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
I. WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Wykonawca oświadcza, że oferowane poniżej, wyspecyfikowane urządzenia są kompletne, nowe, niepowystawowe, nierekondycjonowane i będą po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności diagnostycznej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.	Tak	
2.	Tomograf komputerowy posiadający detektor o min. 64 rzędach (lub odpowiadający 64 rzędom elementów detekcyjnych) w osi „Z” urządzenia, umożliwiający akwizycję minimum 64 warstw w czasie jednego pełnego obrotu lampy – detektor.	Tak	
3.	Tomograf umożliwiający zbadanie obszaru pacjenta z urazem wielonarządowym na długości min. 175 cm, bez konieczności zmiany położenia pacjenta na stole.	Tak	
4.	Tomograf umożliwiający zbadanie serca u pacjentów z tętnem maksymalnym min. 80 uderzeń na minutę bez podawania betablokerów.	Tak	
5.	Tomograf umożliwiający wykonywanie badań „Triple Rule Out” (tzw. potrójnego wykluczenia – zatorowość płucna, zawał mięśnia sercowego i rozwarstwienie aorty).	Tak	
6.	Tomograf wyposażony w kardiomonitor zintegrowany z gantry lub na wózku jezdny.	Tak	
7.	Tomograf wyposażony w dwie diagnostyczne stacje lekarskie : A i B.	Tak	
8.	Dwugłowicowy, automatyczny wstrzykiwacz kontrastu : 1. Podwójna głowica na statywie na kółkach z zintegrowanym wieszakiem na płyny. 2. Kolorowy, dotykowy panel sterujący. 3. Możliwość uzbrojenia wstrzykiwacza zarówno na głowicy, jak i na panelu sterującym w sterowni. 4. Możliwość przeprowadzenia iniekcji jednocześnie z obu wkładów (środek cieniujący i roztwór soli fizjologicznej) z zaprogramowaniem procentowej wartości wstrzykiwanego roztworu. 5. Możliwość graficznego monitorowania ciśnienia w trakcie iniekcji. 6. Możliwość iniekcji testowej i wielofazowej do min. 5 faz. 7. Możliwość zapamiętania min. 20 protokołów iniekcji. 8. Ogrzewacze wkładów (środka cieniującego i roztworu soli fizjologicznej). 9. Opakowanie jednorazowych wkładów 100 kpl.	Tak	
9.	Zestaw fantomów do kalibracji i kontroli jakości obrazowania.	Tak	
10.	Urządzenia UPS zapewniające podtrzymanie pracy stacji lekarskich i komputerów tomografu przez okres 15 minut w celu bezpiecznego zamknięcia aplikacji.	Tak	

11.	System informatyczny PACS/RIS przeznaczony do obsługi pracowni tomografii komputerowej.	Tak	
12.	Instalacja tomografu i wszystkich urządzeń towarzyszących w pomieszczeniach Zamawiającego.	Tak	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
II. GENERATOR / LAMPA ORAZ GANTRY / STÓŁ			
13.	Maksymalna moc generatora wykorzystywana w protokołach badań [kW]	Min. 72 kW	
14.	Zakres regulacji napięcia anodowego [kV]	135 kV	
15.	Maksymalny prąd lampy RTG, wykorzystywany w protokołach badań dla napięcia 120 kV [mA]	Min 600 mA	
16.	Pojemność cieplna anody lampy RTG (dla innej niż standardowa konstrukcji lampy dopuszcza się podanie wartości parametru równoważnego) [MHU]	Min. 7,5 MHU	
17.	Średnica okola gantry [cm]	Min. 70 cm	
18.	Maksymalny kąt pochylenia gantry [°]	Min. ± 30°	
19.	Możliwość sterowania pochyleniem gantry: z obu stron gantry, z konsoli w sterowni i automatycznie z protokołu badań	Tak	
20.	Ilość czynnych elementów akwizycyjnych w jednym rzędzie detektora (bez elementów odniesienia / referencyjnych)[N]	Min. 700	
21.	Maksymalna szybkość przesuwu blatu stołu możliwa do uzyskania w akwizycji spiralnej, według protokołu badań [mm/s]	Min 120 mm/s	
22.	Nośność blatu stołu przy zachowaniu precyzji pozycjonowania ± 0,25 mm [kg]	Min 200 kg	
23.	Wyposażenie stołu: 1. Materac. 2. Przenośny blat stołu umożliwiający unieruchomienie pacjenta (dla pacjentów urazowych). 3. Podglówek usztywniający do badań głowy. 4. Podpora pod głowę do badań pacjenta w pozycji na wznak. 5. Podpora pod ramię . 6. Podpora pod nogi i kolana. 7. Pasy stabilizujące pacjenta.	Tak	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
III. SYSTEM SKANOWANIA			
24.	Maksymalne pole widzenia (FOV)[cm]	Min. 50 cm	
25.	Kolimacja kąta wiązki promieniowania lampy zgodna z wielkością pola skanowania (FOV)	Tak	
26.	Możliwe pozycje projekcji skanu topograficznego [°]	Maks. co 10°, w tym 0°, 90°, 180°, 270°	
27.	Możliwość zatrzymania topogramu w dowolnym czasie	Tak	
28.	Szerokość kolimacji wiązki promieniowania X (pola widzenia), w osi „Z” dla jednoczasowego wykonywania akwizycji min. 64 warstw submilimetrowych, w jednym pełnym skanie (w kącie 360°) [mm]	Min 32 mm	
29.	Czas najkrótszego, pełnego skanu (w kącie 360°) dla 64 warstw wykonywanych jednocześnie w trybie spiralnym oraz rozdzielczości standardowej i wysokiej [s]	Maks. 0,35 s	
30.	Zakres zmienności współczynnika pitch [min. – maks.]	min.0,2 maks.1,3	
31.	Grubość najcieńszej warstwy w jednoczesnej akwizycji min. 64 jednakowych warstw [mm]	Maks. 0,65 mm	

32.	Automatyczny system redukcji dawki w akwizycji spiralnej realizowany poprzez modulację prądu anody w trzech osiach X,Y i Z	Tak	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
IV. REKONSTRUKCJE I PARAMETRY JAKOŚCIOWE			
33.	Matryca rekonstrukcyjna obrazu [n x n]	Min. 512 x 512	
34.	Szybkość rekonstrukcji obrazów [Obr/s]	Min 16 obr/s	
35.	Matryca prezentacyjna obrazu [n x n]	Min.1024 x 1024	
36.	Zdolność rozdzielcza niskokontrastowa dla różnicy kontrastu 0,3% (3 HU) i dla fantomu CATHPAN o średnicy 20 cm : określona dla skanu pełnego, dla warstwy min. 10mm, napięcia maks. 120 kV i dawki powierzchniowej maks. 25mGy [mm]	Maks. 3 mm	
37.	Rozdzielczość przestrzenna w punkcie 2% krzywej MTF określona dla skanu pełnego, dla warstwy 2mm, czasu skanu 1 s, napięcia maks 120 kV, prądu maks. 200 mA – na fantomie o średnicy 20 cm [pl/cm]	Min. 14 pl/cm	
38.	Zdolność rozdzielcza (najwyższa możliwa do uzyskania) w kierunku osi Z dla skanu spiralnego, w jednoczesnej akwizycji min. 64 jednakowych warstw [mm]	Maks. 0,35 mm	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
V. OPROGRAMOWANIE AKWIZYCYJNE			
39.	Akwizycja obrazów do badań perfuzji mózgowej	Tak	
40.	Akwizycja obrazów do badań pulmonologicznych	Tak	
41.	Akwizycja obrazów do badań naczyń obwodowych	Tak	
42.	Akwizycja obrazów do wirtualnej endoskopii z przekrojami w trzech głównych płaszczyznach	Tak	
43.	Akwizycja obrazów do badań kardiologicznych	Tak	
44.	Automatyczne modulowanie promieniowania X sygnałem EKG przy obrazowaniu tętnic wieńcowych, w czasie skanu spiralnego (pełna dawka w wyznaczonych fazach pracy serca, obniżona dawka w pozostałych fazach)	Tak	
45.	Akwizycja obrazów serca bramkowana sygnałem EKG, metodą prospektywną (skanem sekwencyjnym) – skriningowe badanie stopnia zwężenia naczyń wieńcowych.	Tak	
46.	Akwizycja obrazów serca bramkowana sygnałem EKG metodą retrospektywną (skanem spiralnym) – kliniczne badanie naczyń wieńcowych, badania funkcjonalne.	Tak	
47.	Minimalna retrospektywna rozdzielczość czasowa kardiologiczna dla rekonstrukcji wielosegmentowych [ms]	Maks. 45 ms	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
VI. STACJA OPERATORSKA			
48.	Stacja dwustanowiskowa: 1. Min. Jeden monitor obrazowy, kolorowy typu LCD o przekątnej ekranu – min. 19 cali 2. Konsola – stół pod monitor(y), klawiaturę(y), panel sterujący automatycznego wstrzykiwacza kontrastu, monitor TV obserwacyjny – z miejscem dla dwóch osób. 3. Regulowane fotele operatorskie – 2 szt.	Tak	
49.	Dwukierunkowy interkom do komunikacji głosowej z pacjentem.	Tak	

50.	System automatycznego instruktażu głosowego dla pacjenta w języku polskim.	Tak	
51.	System video obserwacji pacjenta od strony tyłu gantry z małym monitorem obserwacyjnym LCD na konsoli operatorskiej (kamera TV zintegrowana z gantry lub zewnętrznie mocowana na ścianie).	Tak	
52.	Wielkość pamięci HDD dla obrazów w matrycy 512x512 bez kompresji (bez części HDD na dane surowe) [obr.]	Min. 150000 obr	
53.	Stacja dysków CD/DVD z możliwością rejestracji badania pacjenta wraz z dograną przeglądarką obrazów DICOM.	Tak	
54.	Interfejs użytkownika w systemie okienkowym	Tak	
55.	Prezentacja dawki ekspozycyjnej otrzymywanej przez pacjenta w czasie badania.	Tak	
56.	Wielozadaniowość/wielodostęp, w tym możliwość automatycznej rekonstrukcji, archiwizacji i dokumentacji w tle (w trakcie skanowania)	Tak	
57.	Pomiary geometryczne: długości, kątów, powierzchni i objętości	Tak	
58.	Pomiary analityczne (pomiar poziomu gęstości, profile gęstości, histogramy, analiza skanu dynamicznego).	Tak	
59.	Elementy manipulacji obrazem (przedstawienie w negatywie, obrót obrazu i odbicie lustrzane, powiększenie obrazu, dodawanie i subtrakcja obrazów)	Tak	
60.	Oprogramowanie niezależne od stacji lekarskich: - MPR rekonstrukcje wielopłaszczyznowe (również skośne i krzywoliniowe) - SSD (Surface Shaded Display) - VRT (Volume Rendering Technique) - MIP max i MIP min. - prezentacje Cine	Tak	
61.	System optymalizacji jakości uzyskiwanych obrazów – automatyka doboru parametrów rekonstrukcji, filtrów i algorytmów korekcji artefaktów	Tak	
62.	Możliwość ręcznego wyboru optymalnej fazy rekonstrukcji w celu uzyskania minimum artefaktów ruchowych	Tak	
63.	Możliwość ręcznej korekty rozpoznawania przez system załamków R w sygnale EKG	Tak	
64.	Możliwość przesuwania okna rekonstrukcyjnego dla przypadków arytmii lub skurczów dodatkowych	Tak	
65.	Interfejs sieciowy w formacie DICOM 3.0 z klasami serwisowymi: • Dicom Print • Dicom Send/Receive • Dicom Storage • Dicom Modality Worklist Management • Dicom Modality Performance Procedure Step • Dicom Query/Retrieve SCP i SCU	Tak	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
VII. STACJA LEKARSKA DIAGNOSTYCZNA A			
66.	Stacja jedno lub dwumonitorowa: 1. Monitor(y) medyczny(e) typu LCD (jeden o przekątnej ekranu min. 21 cali lub dwa o przekątnej min. 19 cali) 2. konsola-stół pod monitor(y), klawiaturę, drukarkę laserową kolorową i komputer systemu RIS - z miejscem dla dwóch osób 3. regulowane fotele - 2 szt.	Tak	
67.	Pojemność pamięci obrazowej min. 250 000 obrazów w matrycy 512x512 bez kompresji	Tak	
68.	Pamięć operacyjna RAM	Min. 8 GB	
69.	Stacja dysków CD/DVD z możliwością rejestracji badania pacjenta wraz z dograną przeglądarką obrazów DICOM	Tak	

70.	Pomiary geometryczne i analityczne	Tak	
71.	Wirtualna endoskopia z przekrojami w trzech płaszczyznach	Tak	
72.	MIP (Maximum Intensity Projection oraz Minimum Intensity Projection)	Tak	
73.	MPR Rekonstrukcje wielopłaszczyznowe (również skośne i krzywoliniowe)	Tak	
74.	SSD (Surface Shaded Display)	Tak	
75.	VRT (Volume Rendering Technique)	Tak	
76.	Oprogramowanie do badań perfuzji mózgowej 1. ocena czynnościowej perfuzji tkankowej 2. mapy perfuzyjne (min. CBF, CBV, MTT i TTP) 3. ocena perfuzji w obrębie nowotworowych zmian ogniskowych	Tak	
77.	Oprogramowanie do badań pulmonologicznych 1. Ocena zmian ogniskowych w obrębie tkanki płucnej 2. Ocena dynamiki zmian w guzkach płuc	Tak	
78.	Oprogramowanie do badań kolonoskopii jelita grubego 1. Automatyczne wyznaczanie ścieżki nawigacji 2. Prezentacja wnętrza jelita i przekrojów w 3 głównych płaszczyznach 3. Możliwość swobodnego poruszania się w świetle jelita	Tak	
79.	Automatyczna identyfikacja i izolacja naczyń wypełnionych kontrastem	Tak	
80.	Automatyczne usuwanie struktur kostnych z pozostawieniem wyłącznie zakontrastowanego drzewa naczyniowego. Możliwość prezentacji układu naczyniowego oraz przeziernych struktur kostnych	Tak	
81.	Oprogramowanie do oceny tętnic obwodowych 1. Reformacja (rozwiniecie) wzdłuż osi naczynia 2. Automatyczne pomiary geometrii naczynia (średnica min. i maks. oraz pole przekroju) w płaszczyźnie prostopadłej do osi naczynia 3. Automatyczne wyznaczanie stenoz	Tak	
82.	Automatyczna wizualizacja blaszek miażdżycowych w tętnicach obwodowych z określeniem gęstości i rodzaju (definiowanie progów z kodowaniem w kolorze)	Tak	
83.	Automatyczne otrzymywanie obrazu tętnic wieńcowych w prezentacji MIP, 3D (bez zacięniowanych komór serca)	Tak	
84.	Automatyczne usuwanie struktur kostnych klatki piersiowej (tkanek otaczających serce) z pozostawieniem serca i głównych naczyń.	Tak	
85.	Automatyczna reformacja (rozwiniecie) wzdłuż osi tętnicy wieńcowej wraz z wykresem przekroju tętnic oraz pomiarem ich światła (pola powierzchni przekroju).	Tak	
86.	Automatyczne wyznaczanie stenoz w tętnicach wieńcowych.	Tak	
87.	Oprogramowanie do oceny zwapnień w tętnicach wieńcowych (Calcium Scoring).	Tak	
88.	Oprogramowanie do wyznaczania konturów endokardium i epikardium lewej komory.	Tak	
89.	Automatyczna ocena parametrów czynnościowych serca: 1. Objętość skurczowa 2. Objętość rozkurczowa 3. Objętość wyrzutowa 4. Frakcja wyrzutowa 5. Kurczliwość odcinkowa 6. Ruchomość ściany.	Tak	
90.	Oprogramowanie do oceny parametrów czynnościowych lewego przedsionka serca, pomiary światła i geometrii żył płucnych, możliwość planowania zabiegów elektrofizjologicznych.	Tak	
91.	Automatyczna wizualizacja blaszek miażdżycowych w tętnicach	Tak	

	wieńcowych z określeniem gęstości i rodzaju (definiowanie progów z kodowaniem w kolorze).		
92.	Oprogramowanie do tworzenia kompleksowych raportów z badań kardiologicznych z możliwością wklejania obrazów	Tak	
93.	Drukarka laserowa kolorowa do drukowania w kolorze map czynnościowych z badań perfuzji mózgowej i raportów (wyników) badań kardiologicznych.	Tak	
94.	Interfejs sieciowy w formacie DICOM 3.0 z klasami serwisowymi: 1. Dicom Print 2. Dicom Send/Receive 3. Dicom Storage 4. Dicom Query/Retrieve	Tak	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d

VIII. STACJA LEKARSKA DIAGNOSTYCZNA B

95.	Konsola dwumonitorowa: 1. Monitory medyczne typu LCD (przekątna ekranu min. 21 cali) 2. Stół pod monitory, klawiaturę, drukarkę laserową kolorową i komputer systemu RIS - z miejscem dla dwóch osób 3. Regulowane fotele - 2 szt.	Tak	
96.	Pojemność pamięci obrazowej min. 250 000 obrazów w matrycy 512x512 bez kompresji.	Tak	
97.	Pamięć operacyjna RAM.	Min. 8 GB	
98.	Stacja dysków CD/DVD z możliwością rejestracji badania pacjenta wraz z dograną przeglądarką obrazów DICOM.	Tak	
99.	Pomiary geometryczne i analityczne.	Tak	
100.	Wirtualna endoskopia z przekrojami w trzech płaszczyznach.	Tak	
101.	MIP(Maximum Intensity Projection oraz Minimum Intensity Projection)	Tak	
102.	MPR Rekonstrukcje wielopłaszczyznowe (również skośne i krzywoliniowe).	Tak	
103.	SSD (Surface Shaded Display).	Tak	
104.	VRT (Volume Rendering Technique).	Tak	
105.	Automatyczna identyfikacja i izolacja naczynia wypełnionego kontrastem.	Tak	
106.	Automatyczne usuwanie struktur kostnych z pozostawieniem wyłącznie zakontrastowanego drzewa naczyniowego. Możliwość prezentacji układu naczyniowego oraz przeziernych struktur kostnych.	Tak	
107.	Oprogramowanie do oceny tętnic obwodowych 1. Reformacja (rozwiniecie) wzdłuż osi naczynia 2. Automatyczne pomiary geometrii naczynia (średnica min. i maks. oraz pole przekroju) w płaszczyźnie prostopadłej do osi naczynia 3. Automatyczne wyznaczanie stenoz.	Tak	
108.	Automatyczne otrzymywanie obrazu tętnic wieńcowych w prezentacji MIP, 3D (bez zacięniowanych komór serca).	Tak	
109.	Automatyczne usuwanie struktur kostnych klatki piersiowej (tkanek otaczających serce) z pozostawieniem serca i głównych naczyń.	Tak	
110.	Automatyczna reformacja (rozwiniecie) wzdłuż osi tętnicy wieńcowej wraz z wykresem przekroju tętnic oraz pomiarem ich światła (pola powierzchni przekroju).	Tak	
111.	Automatyczne wyznaczanie stenoz w tętnicach wieńcowych.	Tak	
112.	Oprogramowanie do oceny zwapnień w tętnicach wieńcowych (Calcium Scoring).	Tak	

113.	Oprogramowanie do wyznaczania konturów endokardium i epikardium lewej komory.	Tak	
114.	Automatyczna ocena parametrów czynnościowych serca: 1. Objętość skurczowa 2. Objętość rozkurczowa 3. Objętość wyrzutowa 4. Frakcja wyrzutowa 5. Kurczliwość odcinkowa 6. ruchomość ściany.	Tak	
115.	Oprogramowanie do oceny parametrów czynnościowych lewego przedsionka serca, pomiary światła i geometrii żył płucnych, możliwość planowania zabiegów elektrofizjologicznych.	Tak	
116.	Automatyczna wizualizacja blaszek miażdżycowych w tętnicach wieńcowych z określeniem gęstości i rodzaju (definiowanie progów z kodowaniem w kolorze).	Tak	
117.	Oprogramowanie do tworzenia kompleksowych raportów z badań kardiologicznych z możliwością wklejania obrazów.	Tak	
118.	Drukarka laserowa kolorowa do drukowania raportów (wyników) badań kardiologicznych.	Tak	
119.	Interfejs sieciowy w formacie DICOM 3.0 z klasami serwisowymi: 1. Dicom Print 2. Dicom Send/Receive 3. Dicom Storage 4. Dicom Query/Retrieve	Tak	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d

IX. GWARANCJA I SERWIS GWARANCYJNY

120.	Okres pełnej gwarancji dla tomografu komputerowego, w tym: lampy RTG, stacji operatorskiej, stacji lekarskich diagnostycznych i kardiomonitora - liczony od dnia zrealizowania zamówienia potwierdzonego pisemnym protokołem zdawczo-odbiorczym i dopuszczeniem do eksploatacji przez SANEPID [m-c] Gwarancja podstawowa obejmuje: 1. Pełną bezpłatną obsługę serwisową wykonywaną przez autoryzowany serwis producenta 2. Bezpłatne dostawy, wymiany i naprawy wszystkich uszkodzonych i zużytych części i podzespołów w w/w sprzęcie, w tym lampy RTG 3. Bezpłatne dojazdy i robociznę 4. Bezpłatne przeglądy techniczne zgodnie z dokumentacją DTR, 5. Wszelkie inne koszty niezbędne do należytego wykonania świadczeń objętych gwarancją.	Min.24 miesiące	
121.	Okres pełnej gwarancji dla urządzeń towarzyszących, w tym: dwugłowicowego automatycznego wstrzykiwacza kontrastu, kamery cyfrowej dokumentacyjnej pracującej w systemie suchym i systemu informatycznego PACS/RIS) - liczony od dnia zrealizowania zamówienia potwierdzonego pisemnym protokołem zdawczo-odbiorczym i dopuszczeniem do eksploatacji tomografu komputerowego przez SANEPID [m-c] Gwarancja obejmuje: 1. Pełną bezpłatną obsługę serwisową wykonywaną przez autoryzowany serwis producenta 2. Bezpłatne dostawy, wymiany i naprawy wszystkich uszkodzonych i zużytych części i podzespołów w w/w sprzęcie, w tym lampy RTG 3. Bezpłatne dojazdy i robociznę 4. Bezpłatne przeglądy techniczne zgodnie z dokumentacją DTR 5. Wszelkie inne koszty niezbędne do należytego	Min.24 miesiące	

	wykonania świadczeń objętych gwarancją.		
122.	Przedłużenie okresu pełnej gwarancji o każde min. 3 dni trwającej naprawy gwarancyjnej, liczone od daty zgłoszenia awarii na piśmie lub e-mailem przez upoważnionych przedstawicieli Zamawiającego.	Tak	
123.	Wykonywanie testów akceptacyjnych po istotnych naprawach i testów specjalistycznych, zgodnie z obowiązującym prawem (Rozp. MZ z 25 sierpnia 20005 roku) przez cały okres gwarancji dla tomografu komputerowego.	Tak	
124.	Zdalna diagnostyka przez modem serwisowy 1. Komunikacja przez łącze szerokopasmowe 2. Rejestracja i odczyt on-line rejestru błędów 3. Monitorowanie systemu TK min. 24 godz.	Tak	
125.	System pomocy (Help desk) we wszystkie dni robocze w godzinach od 9.00 do 17.00.	Tak	
126.	Maksymalny czas reakcji serwisu (przyjęcie zgłoszenia, udzielenie porady poprzez Help desk, itp.) przez wszystkie dni robocze [godz.]	Maks. 2 godz.	
127.	Maksymalny czas przystąpienia serwisu do naprawy gwarancyjnej od zgłoszenia uszkodzenia [dzień roboczy]	Maks. 2 dni	
128.	Maksymalny czas wykonania naprawy gwarancyjnej (od powiadomienia przez Zamawiającego o uszkodzeniu do zakończenia naprawy) bez konieczności importu części zamiennych [dzień roboczy]	Maks. 5 dni	
129.	Maksymalny czas wykonania naprawy (od powiadomienia przez Zamawiającego o uszkodzeniu do zakończenia naprawy) z koniecznością importu części zamiennych [dzień roboczy]	Maks. 10 dni	
130.	Dostępność części zamiennych dla tomografu i towarzyszących urządzeń medycznych [rok]	Min. 5 lat	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d

X. WARUNKI INSTALACYJNE

131.	Wymagana moc podłączeniowa [podać w kVA]	Tak	
132.	Wymagana rezystancja sieci zasilającej [podać w Ω]	Tak	
133.	Ilość ciepła emitowana przez poszczególne urządzenia [podać w kW]	Tak	
134.	Wymiary poszczególnych urządzeń: dług. x szer. x wys. [podać w cm]	Tak	
135.	Ciężary poszczególnych urządzeń [podać w kg]	Tak	
136.	Wymagana obciążalność stropu w pomieszczeniu badań [podać w kg/m ²]	Tak	
137.	Wymagana wilgotność względna w pomieszczeniu badań [podać w %]	Tak/podać	
138.	Instrukcja obsługi w języku polskim - 3 egz. [przy dostawie].	Tak	
139.	Dokumentacja DTR w języku polskim dotycząca przeglądów technicznych i wymiany części - 2 egz. [przy dostawie].	Tak	
140.	Wykonanie testu akceptacyjnego po zakończeniu instalacji tomografu.	Tak	
141.	Wykonanie pomiarów promieniowania rentgenowskiego w pomieszczeniach pracowni TK oraz w pomieszczeniach przyległych zakończonych protokołem stwierdzającym, że ekspozycja na promieniowanie rentgenowskie osób zawodowo narażonych i osób postronnych jest zgodna z zasadą optymalizacji - po zakończeniu instalacji tomografu.	Tak	
142	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
143	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Tomograf komputerowy wielorzędowy wraz z konsolą sterowniczą.						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli w
imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Ucyfrowiony aparat RTG ze ścianką do prześwietlania – 1 szt.**

LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
I. WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Fabrycznie nowy aparat	Tak	
2.	Wyposażenie aparatu : stół kostny, statyw, stanowisko technika, konsolę lekarską (stanowisko opisowe).	Tak	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
II. GENERATOR			
3.	Generator typu HF	TAK	
4.	Częstotliwość napięcia anodowego	≥ 100 [kHz]	
5.	Moc wyjściowa generatora	≥ 65 [kW]	
6.	Zakres napięcia	≤ 40 [kV] ≥150 [kV]	
7.	Zakres ustawiania prądu mA	≤ 10 [mA] ≥800 [mA]	
8.	Zakres ustawienia mAs	≤ 0,5 [mAs] ≥ 600 [mAs]	
9.	Rozrusznik szybkoobrotowy	TAK	
10.	Automatyczna kontrola ekspozycji –AEC	TAK	
11.	Ręczny dobór parametrów ekspozycji	TAK	
12.	Autodiagnostyka generatora z komunikatami o błędach	TAK	
13.	Zasilanie trójfazowe	400 [V] / 50 [Hz]	
14.	Dopuszczalne wahania zasilania	≤+/- 10%	

15.	Programy anatomiczne	≥100	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
a	b	c	d
III. LAMPA RTG, KOLIMATOR			
16.	Wielkość małego ogniska (wg normy IEC 336)	≤ 0,6 [mm]	
17.	Moc małego ogniska (wg normy IEC 613)	≥ 35 [kW]	
18.	Wielkość dużego ogniska (wg normy IEC 336)	≤ 1,3 [mm]	
19.	Moc dużego ogniska (wg normy IEC 613)	≥ 80 [kW]	
20.	Pojemność cieplna anody	≥ 300 [kHU]	
21.	Pojemność cieplna kołpaka	≥ 1500 [kHU]	
22.	Nominalne obroty anody	≥ 8500 [obr./min.]	
23.	Kolimacja manualna	TAK	
24.	Kolimacja automatyczna	TAK	
25.	Automatyka zabezpieczenia lampy przed przegrzaniem	TAK	
26.	Monitorowanie poziomu wykorzystania pojemności cieplnej lampy	TAK	
27.	Filtry dodatkowe min. 3	TAK	
28.	Automatyka wsuwania dodatkowych filtrów za pomocą programów anatomicznych lub z poziomu konsoli operatora	TAK	
29.	Dotykowy panel przy lampie z interfejsem umożliwiającym dwustronną wymianę danych pomiędzy stanowiskiem przy stole/kolumnie a generatorem (ustawianie parametrów ekspozycji, trybu pracy)	TAK	
30.	Interfejs z wyświetlaczem parametrów min.: kV, mAs, napięcie, odległość SID, kąt pochylenia lampy, nazwisko pacjenta	TAK /NIE	
31.	Miernik wartości dawki ekspozycji DAP	TAK /NIE	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
A	b	c	d
IV. DETEKTORY SYSTEMU DR			
32.	Płaskie detektory cyfrowe szt. 2	TAK	
33.	Detektory wykonane w technologii umożliwiającej wyjmowanie detektora dla projekcji promieniem poziomym na stole lub statywie oraz pod obciążeniem	TAK/NIE	

34.	Producent detektora	Podać	
35.	Rozmiar detektora - powierzchnia aktywna	≥ 410 [mm] x 410 [mm]	
36.	Matryca obrazowa	≥ 4 mln. [pikseli]	
37.	Rozmiar piksela	≤ 200 [μ m]	
38.	Współczynnik DQE	$\geq 65\%$	
39.	Głębokość bitów przetwarzania	≥ 14 [bitów]	
40.	Maksymalne dopuszczalne obciążenie detektora powyżej 80 kg (podać)	TAK/NIE	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
A	b	c	d

V. ZAWIESZENIE SUFITOWE LAMPY RTG

41.	Zakres ruchu głowicy lampy umożliwiający wykonywanie badań pacjenta w pozycji pionowej oraz na stole stacjonarnym i stole mobilnym	TAK	
42.	Zakres ruchu wzdłużnego lampy rtg	≥ 350 [cm]	
43.	Zakres ruchu poprzecznego lampy rtg	≥ 200 [cm]	
44.	Zakres ruchu pionowego lampy rtg	≥ 150 [cm]	
45.	Obrót kołpaka z lampą rtg wokół osi poziomej	$\geq \pm 125$ [$^{\circ}$] (od pozycji środkowej)	
46.	Obrót kołpaka z lampą rtg wokół osi pionowej	$\geq \pm 170$ [$^{\circ}$] (od pozycji środkowej)	
47.	Centralne zwalnianie blokad 3 ruchów liniowych kolumny i wysięgnika kołpaka za pomocą jednej ręki	TAK	
48.	Układ głowicy lampy rtg podążający automatycznie za ruchem detektora w zależności od opcji wybranej przez operatora (stół, statyw) i podążanie detektora za ruchem głowicy w zależności od opcji wybranej przez operatora	TAK	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
A	b	c	d

VI. STATYW DO ZDJĘĆ Z DETEKTOREM

49.	Akwizycja realizowana przy pomocy płaskiego detektora cyfrowego.	TAK	
50.	Detektor wyjmowany z obudowy statywu bez użycia narzędzi	TAK/ NIE	

51.	Automatyka ekspozycji AEC w stojaku. Komora AEC min. trzypolowa	TAK	
52.	Najniższe położenie punktu centralnego detektora	≤ 35 [cm]	
53.	Zakres ruchu pionowego detektora	≥ 150 [cm]	
54.	Zmotoryzowana regulacja wysokości detektora	TAK	
55.	Zakres pochylania kąтового blatu detektora min. $90[^\circ]$ (do pozycji poziomej)	TAK	
56.	Zmotoryzowany ruch detektora z pozycji pionowej do pozycji poziomej	TAK	
57.	Komplet uchwytów pacjenta do projekcji PA i LAT	TAK	
58.	Trwałe oznaczenie obszaru aktywnego detektora oraz położenia komór jonizacyjnych systemu AEC	TAK	
59.	Kratka przeciwrozproszeniowa wyjmowana bez użycia narzędzi	TAK	
60.	Kratki przeciwrozproszeniowe w zakresie Fo 100-130 cm – 1 sztuka oraz w zakresie Fo 140-200cm – 1 sztuka	TAK	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
A	b	c	d
VII. STÓŁ DO ZDJĘĆ Z DETEKTOREM			
61.	Akwizycja realizowana przy pomocy płaskiego detektora cyfrowego	TAK	
62.	Detektor wyjmowany z obudowy statywu bez użycia narzędzi	TAK/ NIE	
63.	Automatyka ekspozycji AEC w stole. Komora AEC min. Trzypolowa	TAK	
64.	Długość blatu stołu pacjenta	≥ 220 cm	
65.	Szerokość blatu stołu pacjenta	≥ 80 [cm]	
66.	Pływająca płyta pacjenta	TAK	
67.	Zakres ruchu poprzecznego blatu stołu pacjenta	≥ 22 [cm]	
68.	Zakres ruchu podłużnego blatu stołu pacjenta	≥ 75 [cm]	
69.	Zakres przesuwu wzdłużnego wózka z detektorem	≥ 40 [cm]	
70.	Wysokość blatu stołu pacjenta w pozycji dolnej	≤ 60 [cm]	
71.	Zakres zmotoryzowanej regulacji wysokości stołu pacjenta	≥ 20 [cm]	
72.	Maksymalne obciążenie blatu stołu pacjenta	≥ 210 [kg]	
73.	Kratka przeciwrozproszeniowa w zakresie Fo 100-120 cm	TAK	
74.	Sterowniki nożne zdublowane (umieszczone po obu dłuższych	TAK/NIE	

	bokach stołu)		
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
A	b	c	d
VIII. KONSOLA OPERATORSKA			
75.	Obsługa systemu obrazowego zintegrowana w jednej konsoli do sterowania całym systemem RTG	TAK	
76.	Monitor do przeglądania obrazów podglądowych	≥ 19 ["]	
77.	Możliwość sterowania za pomocą klawiatury i myszy	TAK/ NIE	
78.	Wybór ustawienia pacjenta	TAK	
79.	Wybór i zmiana parametrów generatora	TAK	
80.	Wybór parametrów obróbki obrazu	TAK	
81.	Wybór dodatkowej filtracji	TAK	
82.	Czas oczekiwania na obraz po ekspozycji	≤ 10 [s]	
83.	Ilość obrazów w pamięci (w pełnej matrycy)	≥ 2000 obrazów	
84.	Regulacja okna obrazu, jasności, kontrastu	TAK	
85.	Automatyczne blendowanie (czarne maskowanie tła), wielokątowe	TAK	
86.	Funkcja obracania obrazu	TAK	
87.	Funkcja pozytyw - negatyw	TAK	
88.	Powiększenie	TAK	
89.	Zarządzanie bazą badań, listą pacjentów	TAK	
90.	Funkcja wprowadzania: pola tekstowego w dowolnym miejscu na obrazie, elektronicznych markerów wraz z możliwością definiowania własnych	TAK	
91.	Interfejs DICOM 3.0 z obsługą protokołów: Storage, Print, Query/Retrieve, Modality Worklist, MPPS	TAK	
92.	Analiza zdjęć odrzuconych z możliwością tworzenia raportów	TAK	
93.	UPS o mocy min. 1000W do stacji operatorskiej	TAK	
LP	OPIS PARAMETRU	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
A	b	C	d
IX. KONSOLA LEKARSKA			
94.	Dwa parowane monitory diagnostyczne o parametrach rozdzielczości min. 3 MP z funkcją stabilizacji jasności	≥ 21 ["]	

95.	Komputer PC dla Stacji opisowej – szt.1 - procesor min. CZĘSTOTLIWOŚĆ 2,33 GHz - pamięć min. 2048 MB RAM, - nagrywarka DVD+/-RW, napęd DVD- ROM - dysk twardy: min.250GB SATA-II - klawiatura, mysz - gigabitowa karta sieciowa - monitor dodatkowy min. LCD 21" - oprogramowanie diagnostyczne - kar.graficzna dedykowana do obsługi oferowanych monitorów	TAK	
96.	Jasność monitorów	$\geq 900\text{cd/m}^2$	
97.	Kontrast monitorów	$\geq 800:1$	
98.	Wybór parametrów obróbki obrazu: kontrast, jasność	TAK	
99.	Indeks lub miniatury zdjęć	TAK	
100.	Obroty i odbicia lustrzane obrazu	TAK	
101.	Pakiet pomiarowy: odległość, kąty, powierzchnia, regiony zainteresowań (ROI), kąty Cobba	TAK	
102.	Dedykowany zestaw do kalibracji monitorów LCD	TAK	
103.	Powiększenie/lupa	TAK	
104.	Zarządzanie bazą badań	TAK	
105.	Nagrywanie płyt DVD lub CD-R w standardzie DICOM	TAK	
106.	Funkcja DICOM Print z możliwością kompozycji wydruku, możliwość powiększeń	TAK	
107.	Trzeci monitor kolorowy LCD do wyświetlania danych demograficznych pacjenta oraz opisów badań w systemie RIS	$\geq 19[\text{"}]$	
108.	Oprogramowanie diagnostyczne producenta aparatu	TAK	
109.	Import dokumentów (plików graficznych)	TAK	
110.	UPS o mocy min. 1000W do stacji lekarskiej	TAK	
X.	INNE		
111.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
112.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

113.	Uruchomienie urządzenia	TAK	
------	-------------------------	-----	--

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Ucyfrowiony aparat RTG ze ścianką do prześwietlania						1	

.....

(miejscowość i data)

.....

podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw do ESWL – 1 szt.**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
ESWL			
1.	Fala uderzeniowa elektrohydrauliczna lub elektromagnetyczna	TAK	
2.	Urządzenie przewoźne, modułowe (oddzielnie: stół, generator impulsów i podgląd RTG)	TAK	
3.	Zastosowanie: możliwość kruszenia złogów w nerce i w moczowodzie	TAK	
4.	Pozycjonowanie kamienia za pomocą RTG	TAK	
5.	Regulowana energia impulsów	TAK	
6.	Maksymalne ciśnienie w ognisku terapeutycznym [MPa] ≤ 100	TAK/Podać	
7.	Maksymalna gęstość energii w ognisku terapeutycznym [mJ/mm ²] $\leq 1,2$	TAK/Podać	
8.	Wielkość ogniska – czyli obszaru, na granicach którego ciśnienie jest równe 50% ciśnienia w punkcie ogniskowania (mm x mm): długość ≥ 60 mm, szerokość ≥ 5 mm	TAK/Podać	
9.	Średnica reflektora ≥ 150 mm	TAK/Podać	
10.	Zmienna częstotliwość impulsów fali uderzeniowej	TAK/Podać	
11.	Wykonywanie zabiegów bez konieczności znieczulenia	TAK	
12.	Brak konieczności posiadania przyłącza wody oraz kanalizacji do aparatu	TAK	
13.	Sterowanie pracą ESWL z konsoli operatorskiej przy generatorze impulsów	TAK	
14.	Zasilanie AC 230 V 50 Hz +/- 10%	TAK	
ESWL – Stół zabiegowy			
15.	Blat stołu łatwo przenikalny dla promieni X	TAK	
16.	Ruchy blatu sterowane elektrycznie w trzech osiach	TAK	
17.	Transport chorego na stole zabiegowym poza salę zabiegową (stół zabiegowy na kołach, nie połączony na stałe z aparatem ESWL)	TAK	
18.	Maksymalne obciążenie blatu stołu [kg] > 160	TAK	
19.	Szyny do mocowania sprzętu na bocznych krawędziach blatu stołu	TAK	

20.	Zasilanie AC 230 V 50 Hz +/- 10%	TAK	
Inne			
21.	Uchwyt do głowicy USG montowany na aparacie ESWL, umożliwiający pozycjonowanie kamienia przy pomocy aparatu ultrasonograficznego	TAK	
22.	Materiały zużywalne pozwalające na wykonanie minimum 100 procedur ESWL	TAK	
23	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
24	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
25	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw do ESWL						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/12 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Biurko lekarskie - 9 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonane z płyty wiórowej laminowanej.	TAK	
2	Krawędzie zabezpieczone tworzywowymi nakładkami.	TAK	
3	Wyposażone w trzy szuflady z centralnym zamkiem oraz półkę nad nimi	TAK	
4	Szuflady na prowadnicach rolkowych	TAK	
5	Wymiary około: 1105 x 600 x 780 mm	TAK, podać	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Biurko lekarskie						9	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Fotel do zabiegów urologicznych – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Długość całkowita leża w pozycji poziomej : ok. 1755mm	TAK, podać	
2	Długość całkowita leża bez płyty podudzia ok. 1280mm	TAK, podać	
3	Szerokość siedziska i oparcia ok. 570mm	TAK, podać	
4	Całkowita szerokość leża ok. 740mm	TAK, podać	
5	Regulacja oparcia placów 650	TAK, podać	
6.	Regulacja pochylenia siedziska -65 ⁰ do +65 ⁰	TAK, podać	
7.	Pozycja Trendelenburga/anty-Trendelenburga 10 ⁰ /65 ⁰	TAK, podać	
8.	Regulacja wysokości siedziska od. ok. 640 do 945mm	TAK, podać	
9.	Regulacja wysokości leża w pozycji poziomej od. ok. 825 do 1130mm	TAK	
10.	Wyposażony w miskę ze stali nierdzewnej oraz uchwyt na rolkę papieru podkładu który ma znajdować się w komorze pod oparciem placów	TAK	
11.	Regulacja wysokości siedziska, pochylenie oparcia pleców, przechyły Trendelenburga realizowane za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych sterowaniem nożnym	TAK	
12	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
13	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
14	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Fotel do zabiegów urologicznych						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Kozetka lekarska – 8 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podstawa kozetki z kształtowników stalowych malowanych proszkowo	TAK	
2	Leże tapicerowane gąbką i skajem bezszwowe	TAK	
3	Regulowany kąt nachylenia nagłówka w zakresie od -30 ⁰ do +30 ⁰	TAK	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Dł. x szer. ok. 2000x620mm	TAK, podać	
6.	Wysokość ok. 600mm	TAK,podać	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Kozetka lekarska						8	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Krzesło chirurgiczne – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości	TAK,	
3	Podstawa w kształcie okręgu , posiadająca pięć kół antystatycznych z czego 3 z blokadą	TAK	
4	Regulacja wysokości siedziska w zakresie 470 do 715 mm	TAK	
5	Średnica siedziska ok.. 345mm	TAK	
6	Siedzisko łatwozmywalne odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Krzesło chirurgiczne						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **krzesło szpitalne – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szerokość siedziska ok. 475 mm	Tak, podać	
2.	Głębokość siedziska ok. 415 mm	Tak, podać	
3.	Wysokość siedziska od podłogi ok. 470 mm	Tak, podać	
4.	Metalowa, chromowana rama	Tak	
5.	Tapicerowane siedzisko i oparcie skajem	Tak	
1.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
2.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
krzesło szpitalne						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa bezcieniowa przejezdna - 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Lampa przeznaczona do oświetlania pola podczas zabiegów medycznych	TAK	
2.	Lampa na statywie, przejezdna wyposażona w koła z blokadą – podstawa wyposażona w akumulator	TAK	
3.	Lampa z możliwością ogniskowania oraz regulacją jasności oświetlenia	TAK	
4.	Regulacja natężenia oświetlenia z klawiatury umieszczonej na statywie lampy	TAK	
5.	Natężenie oświetlenia min. 45 000 lx	TAK, podać	
6.	Współczynnik oddawania barw min. Ra=96	TAK, podać	
7.	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób płynny w zakresie: min. 14-19 cm	TAK	
8.	Temperatura barwowa min. 4200 K	TAK, podać	
9.	Zakres pracy bez konieczności ogniskowania: min. 70-140 cm	TAK, podać	
10.	Zasilanie: 230V, 50/60 Hz	TAK	
11.	Źródło światła: żarówki halogenowe o mocy min. 50 W	TAK, podać	
12.	Żywotność żarówek min. 1300 h	TAK, podać	
13.	Regulacja wartości natężenia oświetlenia realizowana elektronicznie w sposób płynny w zakresie: min. 50-100 %	TAK, podać	
14.	Układ zawieszenia umożliwiający regulację wysokości oraz obrót głowicy	TAK	
15.	Deklaracja zgodności, wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
1.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
2.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Lampa bezcieniowa przejezdna						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Leżanka drewniana – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Długość ok. 194cm	TAK, podać	
2	Szerokość ok. 70cm	TAK, podać	
3	Waga ok. 29 kg	TAK, podać	
4	Regulacja kąta oparcia ok. 55 ⁰	TAK	
5	Dopuszczalne obciążenie 150 kg	TAK	
6	Wysokość regulowana skokowo 58-83 cm	TAK	
7	Regulacja 25 ⁰	TAK	
8	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
9	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Leżanka drewniana						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Negatoskop 2- klatkowy– 7 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wymiary: ok.. 740 x 510 x 92 mm	Tak, podać	
2.	masa:ok. 13,5 kg	Tak, podać	
3.	klasa ochronności: I	Tak	
4.	ilość klatek: 2	Tak	
5.	wymiary ekranu: ok. 72 x 43 cm	Tak	
6.	regulacja luminancji:	Tak	
7.	luminancja ekranu: 4200 cd / m2 ±25%	Tak	
8.	pobór mocy: 295 VA	Tak	
9.	napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Negatoskop 2-klatkowego						7	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

CZĘŚĆ I

Dodatek nr 1/20 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wywoływarka automat do zdjęć RTG o dużej wydajności –1 szt**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wywoływarka	Podać oferowany typ generatora oraz producenta	
2	Możliwość wywoływania błon rtg o formatach od 13x18 cm do 35x43 cm oraz błon mammograficznych	Tak	
3	Zakres ustawień czasu procesu	min: równe lub < 90 sek max: równe lub > 180 sek	
4	Maksymalna przepustowość dla formatu 35x43 cm	równe lub > 60 błon/godz	
5	Zakres regulacji temperatury wywoływacza	równe lub > 28 + 35°C	
6	Wartość maksymalna regulowanej temperatury suszenia wywoływanych błon	równe lub > 70° wywoływanych błon	
7	Pojemność komór wywoływacza i utrwalacza	równe lub > 5 l	
8	Zabezpieczenie przed przekroczeniem dopuszczalnego poziomu wypełnienia komór ciemni	Tak	
9	Ustawienia: czasu procesu, wartości temperatur i szybkości regeneracji odczynników łatwo dostępne dla użytkownika poprzez panel sterujący z wyświetlaczem ustawianych wartości	Tak	
10	Wyświetlanie kodów błędów	Tak	
11	Wyświetlanie liczby wywołanych filmów	Tak	
12	Funkcja automatycznego napełniania komór ciemni	Tak	
13	Funkcja automatycznego przeciwdziałania utlenianiu odczynników	Tak	
14	Funkcja automatycznego przeciwdziałania krystalizacji	Tak	

15	Automatyczna detekcja błony wprowadzonej do tacy podawczej	Tak	
16	Pojemność tanków z odczynnikiem regeneracyjnym	równe lub > 25 l	
17	Wolnostojąca podstawa wywoływarki, pozwalająca na lokalizację tanków regenerujących pod wywoływarką	Tak	
18	Filtr wodny oraz komplet akcesoriów niezbędnych do przyłączenia wywoływarki do instalacji wodnej i kanalizacyjnej	Tak	
19	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
20	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
21	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wywoływarka automat do zdjęć RTG o dużej wydajności						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Kosz ze stali nierdzewnej polerowanej	TAK	
2.	otwierany przyciskiem pedałowym	TAK	
3.	pojemność 20 l	TAK	
4.	pokrywa otwierana przyciskiem pedałowym	TAK	
5.	zaopatrzony w wyjmowane plastikowe wiadro	TAK	
6.	Wysokość 44,5 cm	TAK	
7.	Średnica 29,5 cm	TAK	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
9.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Pojemnika na odpadki ze stali nierdzewnej						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **reflektor lekarski - 6 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETRY WYMAGANE	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Lampa na statywie, przejezdna, wyposażona w kółka	TAK	
2.	Oprawa lampy wykonana z odpornego termicznie tworzywa sztucznego o dużej trwałości i wytrzymałości mechanicznej	TAK	
3.	Uchwyt przeznaczony do manewrowania i ustawiania kierunku wiązki światła, regulacji skupienia wiązki światła	TAK	
4.	Wyposażone w zasilacz sieciowy lub sieciowo-akumulatorowy	TAK	
5.	Natężenie oświetlenia w odległości 1m – min 50 000 lux	TAK, podać	
6.	średnica pola roboczego ok., 16cm	TAK, podać	
7.	Temperatura barwowa 4200 K	TAK	
8.	Wskaźnik oddawania barw Ra 92	TAK, podać	
9.	Całkowite natężenie napromieniowania dla 100 000 lux – 230W/m ²	TAK, podać	
10.	Zasilanie 230V, 50/60Hz	TAK	
11.	Źródło światła – żarówki halogenowe 12V, 75W	TAK, podać	
12.	I stopień zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym	TAK, podać	
13.	Stopień ochrony obudowy IP20	TAK, podać	
14.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
15.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
reflektor lekarski						6	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stojak do wlewów i kroplówek – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podstawa i tubus chromowana	TAK	
2	Statyw na płyny infuzyjne chromowane	TAK	
3	Wysokość 1740 do 2450mm	TAK	
4	Średnica podstawy ok. 550mm	TAK	
5	5 kółek jezdnych	TAK, podać	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stojak do wlewów i kroplówek						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **szafa lekarska – 8 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szafa wykonana są z blachy ocynkowanej o grubości minimum 0,8 mm, malowanej lakierem proszkowym	Tak, podać	
2.	drzwi z szybą ze szkła hartowanego	Tak	
3.	szklane półki z możliwością regulacji wysokości co 25 mm	Tak	
4.	w drzwiach zamontowany uchwyt pełniący równocześnie funkcję zamka ryglującego drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	szafa posiadająca stopki z regulacją wysokości	Tak	
6.	wymiary szafy około 1000x425x1800 mm	Tak, podać	
1.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
2.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
szafa lekarska						8	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Taboret obrotowy – 17 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Średnica siedziska: 370 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości: 430 do 720 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3	Podstawa z profili stalowych pokryta lakierem proszkowym	TAK	
4	Podstawa pięcioramienna zakończona stopkami	TAK	
5	Tapicerowane siedziska gąbką i skajem	TAK	
6	Możliwość wyboru koloru tapicerki	TAK	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Taboret obrotowy						17	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek anestezjologiczno zabiegowy - 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wymiary około 810 x 580 x 1453 mm (wysokość wraz z nadstawką)	TAK, podać	
2.	wózek wyposażony w zestaw iniekcyjny składający się z 3 dużych i 5 małych pojemników	TAK	
3.	blat roboczy z tworzywa ABS z czterostronnymi podwyższonymi krawędziami i z bocznym przedłużeniem	TAK	
4.	3 szuflady o wysokości czoła 125mm oraz 1 szuflada 250mm z mechanizmem blokowania zapobiegającym wysuwaniu podczas jazdy	TAK	
5.	Konstrukcja wózka oparta na profilach aluminiowych, boki metalowe lakierowane proszkowo odporne na środki dezynfekcyjne i promieniowanie UV	TAK	
6.	wózek wyposażony w kosz	TAK	
7.	uchwyt zapewniający wygodne prowadzenie i manewrowanie	TAK	
8.	4 kółka jezdne z blokadą	TAK	
9.	odboje zabezpieczające korpus i osprzęt wózka przed uszkodzeniem	TAK	
1.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
2.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek anestezjologiczno zabiegowy						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek do transportu chorych z wyposażeniem – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Całkowita długość ok. 2000mm	TAK, podać	
2	Całkowita szerokość bez poręczy ok. 680mm	TAK, podać	
3	Zakres regulacji wysokości leża od ok. 550 do 810 mm	TAK, podać	
4	Zakres regulacji oparcia placów -15 ⁰ do 70 ⁰	TAK, podać	
5	4 koła jezdne o średnicy ok. 200mm	TAK, podać	
6	Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
7	Segmenty leża wypełnione płytą laminatową	TAK	
8	Zmiana wysokości leża uzyskiwana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej	TAK	
9	Regulacja pochylenia oparcia wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
10	Rama leża wyposażona w narożniki w krążki odbojowe	TAK	
11	Poręcz boczna chromowana 2szt.	TAK	
12	Wieszak kroplówki (haczyki chromowane)	TAK	
13	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
14	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek do transportu chorych z wyposażeniem						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **wózek sprzątacza – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	stelaż chromowany na kółkach samoskrętnych	TAK	
2.	dwa wiadra o pojemności 20 litrów każde	TAK	
3.	prasa do wyciskania mopów	TAK	
4.	koszyk metalowy	TAK	
5.	Szerokość 42 cm	TAK	
6.	Wysokość 93 cm	TAK	
7.	Głębokość 80 cm	TAK	
8.	Waga ok. 9,9 kg	TAK	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
9.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
wózek sprzątacza						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/29 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek zabiegowy - 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wymiary ok. 860x750x450mm	TAK, podać	
2	Stolik wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK,	
3	2 Półki ze szkła hartowanego	TAK	
4	2 miski osadzone w ruchomych koszykach	TAK	
5	4 kółka jezdne		
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek zabiegowy						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestawu mebli metalowych ze zlewem jednokomorowym – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione. Po lewej stronie stół zabudowany pionowym rzędem szuflad (trzy szuflady - jedna pod drugą). pozostała część bez zabudowy. Po prawej stronie komora o wymiarach (dł x szer x gł) w mm ok. : 400x400x250. Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową. Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu).	TAK, podać	
2	Stół roboczy zabudowany szufladami wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Stół z trzema szufladami (jedna pod drugą). Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK, podać	
3	Szafka wisząca wykonana ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestawu mebli metalowych ze zlewem jednokomorowym						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw mebli metalowych ze zlewem dwukomorowym – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem dwukomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione. Po lewej stronie stół zabudowany pionowym rzędem szuflad (trzy szuflady - jedna pod drugą). pozostała część bez zabudowy. Po prawej stronie komora o wymiarach (dłxszxw) w mm ok. : 800x400x250. Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową. Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu).	TAK, podać	
2	Stół roboczy zabudowany szufladami wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Stół z trzema szufladami (jedna pod drugą). Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK, podać	
3	Szafka wisząca wykonana ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestawu mebli metalowych ze zlewem dwukomorowym						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

WYPOSAŻENIE

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Biurko z dostawką	biurko, wymiary (metry): D/S/W 1,4 x 0,7 x 0,8 - z szufladą na klawiaturę po środku , po prawej stronie 4 szuflady zamykane- uchwyty metalowe, po lewej jedna szafka podzielona z miejscem na stację dysków i drukarkę - wykonano z płyty laminowanej wykończone obrzeżem PCV - kolor olcha dostawka – boczne przedłużenie biurka, na jednej metalowej nodze, wymiary: m 0,7 x0,5	
2.	chłodziarka	wymiary : wysokość – 135-140 cm, szerokość - 60 cm, głębokość 62,5 cm - wolnostojąca, - kolor : biała - pojemność 280 – 290 l - wyposażenie: szuflady, pojemniki , balkoniki na drzwiach	
3.	kanapa	- 3 osobowa z bokami, nierozkładana, tapicerka z tkaniny - wymiary: m 1,73 x 0,88 x 0,89 - kolor średni brąz	
4.	Krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
5.	Szafki kartotekowe	- korpus szafki wykonany z blachy stalowej gr. 1.0 mm, fronty szuflad z blachy gr. 1.0 mm, wieniec dolny z blachy ocynkowanej, pozostałe części szuflad z blachy grubości 0,8 mm. Szuflady dwurzędowe przystosowane do teczek zawieszkowych format A4 na prowadnicach kulkowych o pełnym wysuwie, z zabezpieczeniem przed wypadnięciem. Centralne ryglowanie szuflad. - kolor piaskowy lub jasnoszary - wymiary (m) W/S/G 1,285 x 0,775 x 0,630 - wymiary wewnętrzne szuflad (m) W/S/G 0,244 (frontu 0,280) x 0,690 x 0,585	
6.	Szafa na dokumentację	- dwudrzwiowa z czterema półkami, z płyty laminowanej, wykończona obrzeżem PCV, - wyposażona w mocne uchwyty oraz zamek bębnowy z dwoma kluczami - wymiary: m (SxGxW) 0,900 x 0,385 x 1,900 - kolor - olcha	
7.	Szafa ubraniowa jednodrzwiowa	-wykonana z płyty laminowanej, wykończona obrzeżem PCV, uchwyt satynowy, - z półką na nakrycia głowy i drążkiem na wieszaki. -wyposażona w zamek cylindryczny z dwoma kluczami	

		-wymiary S/G/W m 0,60 x 0,385 x 1,833 - kolor olcha	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Biurko z dostawką						5	
chłodziarka						1	
kanapa						2	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						20	
Szafki kartotekowe						2	
Szafa na dokumentację						4	
Szafa ubraniowa jednodrzwiowa						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw komputerowy – 9 szt.**
Kserokopiarka – 1 szt.

Opis przedmiotu zamówienia

Lp	Komputer	Minimalne parametry	Ilość
1.	Procesor	Procesor typu Core2 Duo o min. częstotliwości zegara 2,6 GHz	1
2.	Płyta główna	4 x USB 2.0 , PCIE,	1
3.	Pamięć	2 GB DDR3	1
4.	HDD	320 GB SATA2	1
5.	Karta graficzna	512MB DDR3, 256b DVI	1
6.	Karta sieciowa	min. 10/100	1
7.	Nagrywarka CD/DVD	wymagana	1
8.	Karta dźwiękowa	wymagana	1
9.	Obudowa ATX	Zasilacz 400W, USB front	1
10.	Napęd FDD	wymagany	1
11.	Oprogramowanie	1. Typu Windows XP Professional SP3 2. Typu Microsoft Office 2007 Small Business	1
12.	Klawiatura	wymagana	1
13.	Mysz optyczna + podkł	wymagana	1
Lp	Monitor	Minimalne parametry	Ilość
1.	LCD	Przekątna 22" wielkość plamki 0,26 odświeżanie p 60-75Hz Czas reakcji 2ms, DVI	1
Lp	Drukarka	Minimalne parametry	Ilość
1.	Laser mono, format A4	Złącze usb; min rozdzielczość 600x600; wydajność min10 str/min, 10000 str/miesięcznie; druk dwustronny, czarno biały; pamięć min 32 Mb; kabel USB, gramatura papieru od 70 do 160; pojem. podajnika 100 szt.	1
Lp	Kserokopiarka	Minimalne parametry	Ilość
1.	Mono (skala szarości 256 odcieni)	Prędkość min. 20 str / min Format A3 ZOOM: 50 do 200% Duplex Rozdzielczość kopiowaia :600dpi x 600dpi, 1200dpi odpowiednik x 600dpi	1
Lp	Inne	Minimalne parametry	
1.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	1

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw (komputer, monitor, drukarka)						9	
kserokopiarka						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat do znieczulenia ogólnego z układem monitorującym , przewoźny - 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min 2 kół	tak	
2.	Aparat przystosowany do zawieszenia na kolumnie anestezjologicznej wyposażonej w uniwersalne złącze montażowe.	tak	
3.	Zasilanie 230 V 50 Hz	tak	
4.	4 gniazda elektryczne 230 V	tak	
5.	Zasilanie gazowe O ₂ N ₂ O i powietrze z sieci centralnej	tak	
6.	Awaryjne zasilanie z butli O ₂	tak	
7.	Minimum 2 szuflady na drobne akcesoria	tak	
8.	Ssak z regulacją siły ssania	tak	
9.	Mechaniczne lub pneumatyczno-mechaniczne zabezpieczenie przed podaniem mieszaniny gazów powodującej hipoksję na poziomie min. 23 lub 25%	tak	
10.	Półka lub blat do pisania	tak	
11.	Podświetlenie blatu do pisania (do zabiegów laparoskopowych) – oświetlenie wbudowane w aparat Podświetlenie precyzyjnych mechanicznych przepływomierzy, rotametrycznych.	tak	
12.	Konfiguracja aparatu: Aparat podstawowy; pochłaniacz dwutlenku węgla; respirator; monitor	tak	
II.	System dystrybucji gazów		
13.	Precyzyjne, podwójne mechaniczne – rotametryczne przepływomierze dla: O ₂ , N ₂ O, powietrza	tak	
14.	Kalibracja i dokładność przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami	tak	
III.	Układ oddechowy		
15.	Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności	tak	
16.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH ₂ O)	tak	

17.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej i objętości maksymalnie do 1,5 L.	tak	
18.	Możliwość eliminacji gazów anestezjologicznych poza salę operacyjną	tak	
19.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	tak	
20.	Alarm niskiego stężenia O ₂	tak	
21.	Alarm wysokiego stężenia O ₂	tak	
22.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych – 1szt	tak	
23.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	tak	
IV.	Tryb wentylacji		
24.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	tak	
25.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	tak	
26.	Oddech spontaniczny. Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	tak	
27.	Wentylacja kontrolowana objętością	tak	
28.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	tak	
29.	Dodatknie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	tak	
V.	Regulacje		
30.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	tak	
31.	Regulacja częstości oddechu. Minimum 4-65 l/min	tak	
32.	Regulacja objętości oddechu. Minimum 50-1400ml	tak	
33.	Regulacja ciśnienia wdechowego : min. 5-50 cm H ₂ O.	tak	
34.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH ₂ O)	tak	
VI.	Alarmy		
35.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu .	tak	
36.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	tak	
37.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	tak	
38.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	tak	
39.	Brak zasilania w energię elektryczną.	tak	
40.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	tak	
VII.	Pomiar i obrazowanie		
41.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	tak	
42.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	tak	
43.	Pomiar i obrazowanie objętości oddechowej	tak	
44.	Pomiar minutowej objętości oddechowej	tak	

45.	Obrazowanie, wyświetlanie krzywej oddechowej ciśnienie/czas	tak	
46.	Wyświetlanie – stężenia tlenu	tak	
VIII.	Inne		
47.	Awaryjne wbudowane zasilanie bateryjne na min. 45 minut w warunkach standardowych	tak	
48.	Uchwyty do zamocowania dwóch parowników	tak	
49.	Parowniki do sevofluranu	tak	
50.	Dodatkowy przepływomierz do tlenu	tak	
51.	Wapno z indykatorem – min. 1 opakowanie 5 litrów	tak	
52.	Minimum 24 miesięczny okres gwarancyjny	tak	
IX.	Monitor		
53.	Ekran typu TFT	tak	
54.	Ekran kolorowy, przekątna ekranu min. 12 cali	tak	
55.	Oprogramowanie w języku polskim	tak	
56.	Ilość jednocześnie wyświetlanych krzywych – min.6.	tak	
57.	Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz	tak	
58.	Zasilanie akumulatorowe min. 90 minut w warunkach standardowych	tak	
59.	Monitor transportowo – stacjonarny, możliwość odłączenia monitora od aparatu, monitor wyposażony w rączkę do przenoszenia	tak	
60.	Instalacja monitora w ramieniu, wysięgniku aparatu do znieczulania	tak	
X.	Parametry mierzone		
61.	Pomiar EKG z min. 3 odprowadzeń, analiza arytmii w zakresie podstawowym, analiza wybranych krzywych, w komplecie filtr zakłóceń w.cz. przewód EKG	tak	
62.	Częstość oddechów (respiracja impedancyjna), prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie.	tak	
63.	Pulsoksymetria dla dorosłych, mierzona metodą zawierającą efektywny algorytm statystycznej obróbki wyników pomiarów	tak	
64.	Pomiar temperatury, w komplecie czujnik temperatury. Wymagane wyświetlanie różnicy temperatur mierzonej w dwóch różnych punktach	tak	
65.	Kapnografia	tak	
66.	Pomiar gazów anestetycznych, pomiar stężenia N2O, CO2 wdech i wydech, MAC	tak	
67.	Rozdzielność trendów	Podać	
68.	Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (w komplecie min 5 szt. przetworników)	tak	
69.	Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną (preferowane z układem eliminacji artefaktów), przewód i 3 mankiety : dla dorosłych mały, średni, duży i dodatkowy mankiety dla dzieci	tak	

XI.	Alarmy		
70.	Ustawienie granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrów	tak	
71.	Alarmy z hierarchią ważności	tak	
72.	Alarmy optyczne i akustyczne przy przekroczeniu nastawionych granic alarmowych dla monitorowanych parametrów	tak	
XII.	Inne		
73.	Moduł pomiaru zwiotczenia mięśniowego sterowany z monitora z oprogramowaniem w języku polskim – 1 szt.	tak	
74.	Czujnik mechaniczny zwiotczenia mięśniowego 1-szt	tak	
75.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
76.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
77.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Aparat do znieczulenia ogólnego, z układem monitorującym, przewoźny						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat EKG szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	aparat 3,6 i 12 kanałowy	Tak	
2.	analiza i interpretacja	Tak	
3.	detekcja stymulatora serca	Tak	
4.	klawiatura alfanumeryczna	Tak	
5.	wyświetlacz graficzny, pozwalający na prezentację do 12 odprowadzeń EKG	Tak	
6.	szerokość papieru:ok. 112 mm	Tak, podać	
7.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badania spirometryczne)	Tak, podać	
8.	interfejs komunikacyjny: RS 232, AsLink	Tak, podać	
9.	transmisja zapisu na dowolny FAX	Tak, podać	
10.	bezprowadowa transmisja danych do PC przez interfejs AsLink	Tak	
11.	czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV	Tak	
12.	zasilanie: 90-240 V, 50/60 Hz	Tak	
13.	akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu	Tak	
14.	liniowa głowica termiczna	Tak	
15.	cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
16.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badanie spirometryczne)	Tak	
17.	automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
18.	sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
19.	prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s	Tak	
20.	wymiary (D x S x W): ok. 255 x 195 x 66 mm	Tak, podać	
21.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
22.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
23.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Aparat EKG						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat RTG do angiografii z konsolą sterowniczą
(w tym automatyczna strzykawka do podawania kontrastu)**

	Parametry techniczne i funkcjonalne	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
I	Statyw		
1.	Sposób mocowania angiografu	wpisać	
2.	Położenia statywu umożliwiające wykonywanie zabiegów wewnątrznaczyniowych (statyw za głowę pacjenta) oraz w obrębie brzucha i kończyn dolnych (statyw z boku stołu pacjenta) – bez konieczności przekładania pacjenta.	Tak	
3.	Obszar badania pacjenta bez konieczności przekładania/przesuwania go na stole (zakres ruchu wzdłużnego)	≥ 180 cm	
4.	Zakres projekcji LAO/RAO [°] w pozycji statywu za głowę pacjenta	≥ +105 °-105 °	
5.	Zakres projekcji CRAN/CAUD [°] w pozycji statywu za głowę pacjenta	≥ +45 °-45 °	
6.	Szybkość ruchów statywu [°/s] w płaszczyźnie LAO/RAO przy zmianie angulacji statywu (z wyłączeniem ruchów wykonywanych przy angiografii rotacyjnej) w pozycji statywu za głowę pacjenta	≥ 18 °/s	
7.	Szybkość ruchów statywu [°/s] w płaszczyźnie CRAN/CAUD przy zmianie angulacji statywu (z wyłączeniem ruchów wykonywanych przy angiografii rotacyjnej) w pozycji statywu za głowę pacjenta	≥ 18 °/s	
8.	Szybkość ruchów statywu [°/s] przy wykonywaniu angiografii rotacyjnej	≥ 40 °/s	
9.	Silnikowe ustawianie statywu w pozycji do badań w obszarze kończyn	Tak	
10.	Pozycja parkingowa statywu (Odjazd statywu do tyłu do pozycji umożliwiającej nieograniczony dostęp do pacjenta na stole ze wszystkich stron)	Tak	
11.	Silnikowe ustawianie statywu w pozycji parkingowej	Tak	
12.	Ręczne (bez używania silników) ustawianie statywu w pozycji parkingowej	Tak/Nie	
13.	Pamięć pozycji statywu ≥ 50 pozycji	Tak	
14.	Pulpit sterowniczy ruchów statywu w sali zabiegowej	Tak	

15.	System zabezpieczenia pacjenta przed kolizją	Tak, podać jaki	
16.	Automatyczne zachowanie ustawionej projekcji w płaszczyznach LAO/RAO i CRAN/CAUD przy obrocie statywu wokół osi pionowej	wpisać	
17.	Automatyczne ustawianie statywu w pozycji odpowiadającej wybranemu obrazowi referencyjnemu	Tak	
18.	Automatyczne, jednoczesne ustawianie pozycji przysłon i odległości wzmacniacza obrazu lub detektora cyfrowego od lampy rtg. w trakcie automatycznego ustawiania statywu w pozycji odpowiadającej wybranemu obrazowi referencyjnemu	wpisać	
II	Stół pacjenta		
1.	Mocowanie stołu na podłodze	Tak	
2.	Obrót stołu wokół osi pionowej	Tak	
3.	Zakres obrotu stołu wokół osi pionowej [°]	min. $\pm 90^\circ$	
4.	Przesuw wzdłużny płyty pacjenta [cm]	≥ 80 cm	
5.	Przesuw poprzeczny płyty pacjenta [cm]	$\geq \pm 14$ cm	
6.	Silnikowa regulacja wysokości stołu [cm]	≥ 20 cm	
7.	Długość płyty pacjenta	≥ 280 cm	
8.	Pochłanianie blatu pacjenta	$\leq$ ekwiwalent 1,0 mmAl	
9.	Max ciężar pacjenta [kg]	≥ 200 kg	
10.	Dodatkowe obciążenie płyty stołu dla akcji reanimacyjnej (przy maksymalnie wysuniętej płycie stołu) [kg]	≥ 100 kg	
11.	Resuscytacja pacjenta dozwolona w dowolnym położeniu płyty	Tak	
12.	Pulpit sterowniczy ruchów stołu w sali badań	Tak	
13.	Akcesoria, minimum:	Tak, wymienić	
	-materac,	tak	
	-podkładka (przepuszczalna dla promieniowania rtg) pod ramię przy iniekcji,	tak	
	-podpórki pod ramiona wzdłuż stołu (przepuszczalne dla promieniowania rtg),	tak	
	- stabilizator głowy,	tak	
	-statyw na płyny infuzyjne	tak	
	- podpórka z materacem, pod rękę - przeznaczona do wykonywania badań przez tętnicę promieniową - przepuszczalna dla promieni rtg	tak	

III	Generator HS		
1.	Moc [kW]	$\geq 100 \text{ kW}$	
2.	Min czas ekspozycji [ms]	$\leq 1 \text{ ms}$	
3.	Przejsie z prześwietlenia do rejestracji sceny bez wykonywania ekspozycji/serii kontrolnych	Tak	
4.	Maksymalny prąd w trybie puls-fluoroskopii [mA]	$\geq 100 \text{ mA}$	
5.	Włączniki ekspozycji (do prześwietleń i zdjęć) w sali badań i w sterowni	Tak	
6.	Bezprzewodowe włączniki ekspozycji w sali badań (do prześwietleń i zdjęć)	wpisać	
IV	Lampa RTG/przysłony		
1	Lampa z mikroogniskiem ($\leq 0,4 \text{ mm}$) do angiografii mózgowej, zgodnie z normą IEC 60613	Tak	
2	Ilość ognisk	≥ 2 , podać ilość i wymiary ognisk	
3	Wymiar największego ogniska [mm], zgodnie z normą IEC 60613,	$\leq 1.0 \text{ mm}$	
4	Obroty anody [obr/min]	$\geq 2900 \text{ obr/min}$	
5	Pojemność cieplna i szybkość chłodzenia układu anoda-kołpak gwarantująca nieprzerwane działanie lampy (bez przerw na chłodzenie w trybach FLUORO-i RADIO	Tak	
6	Sterowanie siatką (GRID-SWITCH)w trybie pulsacyjnym	wpisać	
7	Maksymalna obciążalność lampy w sposób ciągły w trybie FLUORO	$\geq 2000 \text{ W}$	
8	Ochronność kołpaka zgodna z normą IEC 60601-1-3	Tak	
9	Przysłona prostokątna	Tak	
10	Filtry półprzepuszczalne (klinowe)	Tak	
11	Automatyczny (silnikowy i bez ingerencji obsługi) równoczesny obrót przysłony i detektora dla kompensacji obrotu obrazu przy zmianie położenia statywu do pozycji z boku stołu pacjenta	wpisać	
12	Dodatkowa filtracja promieniowania (filtry miedziowe) przy prześwietleniu i ekspozycjach zdjęciowych/scenach	Tak, $\geq$ odpowiednik 0.5 mm Cu , podać wartość w [mm Cu]	
13	Ilość poziomów dodatkowej filtracji promieniowania(filtry miedziowe)	Min.3	
14	Automatyczny dobór dodatkowej filtracji promieniowania (filtr miedziowy) redukującej dawkę w zależności od angulacji (uwzględniający zmieniającą się przepuszczalność pacjenta przy różnych angulacjach) przy prześwietleniu i ekspozycjach zdjęciowych/scenach+	wpisać	
16.	Pomiar dawki promieniowania na wyjściu z lampy RTG wraz z prezentacją sumarycznej dawki z prześwietlenia i akwizycji w trybie zdjęciowym na monitorze/wyświetlaczu w sali zabiegowej	Tak	

V	Detektor matrycowy/monitory		
1.	Detektor matrycowy	wymiar podłużny 30 (+/- 3) cm ; wymiar poprzeczny (28-42) cm	
2.	DQE (%)	Min. 65%	
3.	Rozmiar piksela detektora	≤(155 do 200) um (mikrometrów)	
4.	Ilość pikseli detektora	≥ 2 250 000 pikseli	
5.	Min. 2 monitory obrazowe „flat” (TFT/LCD) w sali zabiegowej (live + obrazy referencyjne)	Tak	
6.	Przekątna monitorów jw.	≥18”	
7.	Luminacja monitorów obrazowych w sali zabiegowej	≥ 500 Cd/m ²	
8.	Zawieszenie sufitowe dla min 3 monitorów w sali zabiegowej (2 monitory obrazowe, monitor/monitory stacji badań hemodynamicznych)	Tak	
9.	Min. 1 monitor obrazowy w sterowni typu ”flat” (TFT/LCD)	Tak	
10.	Przekątna monitora obrazowego w sterowni	≥18”	
11.	Luminacja monitora obrazowego w sterowni	≥500 Cd/m ²	
12.	Automatyczne dopasowanie jasności monitorów obrazowych w sterowni w zależności od natężenia oświetlenia w sali zabiegowej oraz sterowni	Tak	
VI	System cyfrowy/ postprocessing/ archiwizacja		
1.	Filtracja on-line zbieranych danych obrazowych przez system cyfrowy przed ich prezentacją na monitorze obrazowym	Tak, podać nazwę zaoferowanej opcji realizującej tę funkcję i opisać.	
2.	Matryca zapisywania obrazów na dysk twardy aparatu	≥1024(-10%) x1024 (-10%) pikseli	
3.	Matryca prezentacyjna	≥1024(-10%) x1024 (-10%)pikseli	
4.	Głębokość przetwarzania [bit]	≥ 12 bit	
5.	Akwizycja i archiwizacja na HD obrazów z fluoroskopii	Tak	
6.	Zapisywanie i dynamiczne odtwarzanie pętli fluoroskopii (archiwizowanie na HD oraz na nośnikach typu CD/DVD)	Tak – opisać kiedy funkcja jest uruchamiana	
7.	Szybkość zapisywania obrazów na dysk twardy aparatu w matrycy ≥1024x1024 pikseli	w zakresie ≥ 1 – 30 obrazów/s <u>Podać</u>	

8.	Pamięć obrazów na HD aparatu (bez uwzględnienia dodatkowych konsol, dysków, pamięci zewnętrznych typu USB, nośników typu CD/DVD)	≥ 25 000 obrazów w matrycy ≥1024x1024 pikseli i głębokości 12 bit bez kompresji stratnej. Podać	
9.	Cyfrowe prześwietlenie pulsacyjne	Tak, minimum 3 wartości:	
		30; 15 i 7,5 obrazów/s.	
		Podać ilość wartości częstotliwości	
10.	DSA online i offline w zakresie 1-30 obrazów/sek.	Tak	
11.	Angiografia rotacyjna z DSA	Tak	
12.	Automatyczna subtrakcja danych uzyskiwanych w angiografii rotacyjnej, tj. rozpoczynająca się bez ingerencji obsługi natychmiast po akwizycji obrazów z kontrastem a kończąca się dynamiczną prezentacją sceny (po subtrakcji)	wpisać	
13.	Angiografia peryferyjna całych kończyn z jednego wstrzyknięcia kontrastu z DSA	Tak	
14.	Metoda wykonywania angiografii peryferyjnej: a) skokowy (zautomatyzowany) przesuw statywu z możliwością interakcji operatora śledzącego kontrast b) zmotoryzowany przesuw stołu z regulowaną prędkością przez operatora śledzącego kontrast c) inna metoda	Podać metodę	
15.	DSA w trybie on-line dla poszczególnych obrazów uzyskiwanych angiografii peryferyjnej całych kończyn z jednego wstrzyknięcia kontrastu, tj. czy każdy ukazujący się obraz naczyń wypełnionych kontrastem ukazuje się na monitorze już po automatycznym odjęciu od maski (po subtrakcji)	Tak/Nie	
16.	Ustawianie położenia przysłon (prostokątnych i półprzepuszczalnych) znacznikami graficznymi na obrazie zatrzymanym bez promieniowania	Tak	
17.	Automatyczny pixelshift	Tak	
18.	Pixelshift w obszarze zainteresowania (Shift in ROI)	wpisać	
19.	Roadmapping 2D	Tak	
20.	Zoom w postprocessingu	Tak	
21.	Analiza stenoz naczyń obwodowych (min.: automatyczne rozpoznawanie kształtów; określanie stopnia stenoz; automatyczna i manualna kalibracja, pomiary odległości i kątów), analiza lewej komory, QCA	Tak	
22.	Pulpit sterowniczy systemu cyfrowego w sali zabiegowej	Tak	

23.	Realizacja funkcji systemu cyfrowego z pulpitu sterowniczego w sali zabiegowej (łącznie z analizą stenoz obwodowych ,analizą lewej komory oraz QCA na obrazach 2D)	Tak	
24.	Pulpit sterowniczy systemu cyfrowego w sterowni	Tak	
25.	Realizacja funkcji systemu cyfrowego z pulpitu sterowniczego w sterowni (łącznie z analizą stenoz obwodowych ,analizą lewej komory oraz QCA na obrazach 2D)	Tak	
26.	Akwizycja przebiegu EKG, prezentacja synchronicznie ze sceną kardioangiograficzną na monitorach obrazowych w sali zabiegowej i w sterowni.	Tak	
27.	Archiwizacja przebiegu EKG na CD-R razem ze sceną kardioangiograficzną (z możliwością synchronicznego odtworzenia przebiegu EKG i sceny) z dogrywaniem viewera umożliwiającego odtwarzanie nagranych CD-R na komputerach osobistych	Tak	
28.	Odtwarzanie nagranych w standardzie DICOM (wcześniej lub na innych aparatach) CD-R przez system cyfrowy zaoferowanego aparatu wraz z prezentacją odtworzonych obrazów i scen na monitorach obrazowych w sterowni i sali zabiegowej	Tak	
29.	DICOM 3.0:		
	56. Dicom Send	Tak	
	57. Dicom Query/Retrieve	Tak	
	58. Dicom Print	Tak	
	59. Dicom Worklist	Tak	
	60. Dicom Storage	Tak	
VII	Wypożyczenie dodatkowe		
1.	Oslona przed promieniowaniem na dolne partie ciała (dla personelu) w postaci fartucha z gumy ołowiowej przy stole	Tak, 1 szt.	
2.	Oslona przed promieniowaniem na górne części ciała w postaci szyby ołowiowej	Tak, 1 szt.	
3.	Lampa zabiegowa oświetlająca pole cewnikowania	Tak	
4.	Interkom do komunikacji sterownia – sala zabiegowa	Tak	
5.	Strzykawka automatyczna zintegrowana z angiografem o następujących parametrach:	Tak	
	-Prędkość przepływu przynajmniej 0,1ml/s – 40ml/s	Tak	
	-Zakres ciśnień przynajmniej 75 – 1200 psi	Tak	
	-Ilość protokółów ≥ 45	Tak	
	-napełnianie wkładów: ręczne i automatyczne	Tak	
	-iniekcje programowe: pojedyncze i wielofazowe	Tak	
	-głowica wstrzykiwacza dostosowana do wyposażenia we wkłady wymienne o pojemności 50ml, 100ml, 125 ml wypełnionych środkiem cieniującym	Tak	
	-głowica wstrzykiwacza dostosowana do wyposażenia we wkłady jednorazowe o pojemności 150 ml i 200 ml	Tak	
	-ekran dotykowy	Tak	
	-całkowity czas opóźnienia iniekcji przynajmniej 300s	Tak	

VIII	Stacja post processingowa do obróbki danych off- line i opisu badania realizująca funkcje opisane w punktach: VI.20; VI.21; VI.28		
1.	Pobór danych	- z serwera - bezpośrednio z systemu - z serwera i z systemu	
2.	Monitor TFT (flat) z oknem opisu lub dodatkowym monitorem tekstowym	Tak	
IX	Wymagania dodatkowe		
1.	Dokumentacja: instrukcje obsługi w jęz. Polskim.	Tak	
2.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
3.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
4.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Aparat RTG do angiografii z konsolą sterowniczą						1	
automatyczna strzykawka do podawania kontrastu						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Defibrylator - 2 szt.**

Lp.	PARAMETR	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Urządzenie przenośne	Tak	
2	Torba transportowa na defibrylator i akcesoria – swobodny dostęp do elementów regulacyjnych i łyżek	Tak	
3	Zasilanie akumulatorowe	Tak	
4	Możliwość pracy urządzenia i ładowania akumulatorów z sieci 230V AC/50Hz, 12-24V DC	Tak	
5	Czas pracy z zasilania bateryjnego – monitorowanie min. 4h lub defibrylacja z max energią min. 130 wyładowań	Tak podać	
6	Ekran wysokiej rozdzielczości i kontraście, obraz widoczny prze silnym oświetleniu słonecznym	Tak	
7	Przekątna ekranu min. 5”	Tak podać	
8	Waga kompletnego aparatu do 10kg	Tak podać	
9	Temperatura pracy urządzenia od -20do +55°C	Tak	
10	Temperatura przechowywania urządzenia od – 20 do + 65°C	Tak	
Defibrylacja			
11	Synchroniczna i asynchroniczna (kardiowersja)	Tak	
12	Manualna i półautomatyczna	Tak	
13	Dwufazowa fala defibrylacji	Tak	
14	Energia defibrylacji 2 fazowej $\geq 200J$	Tak	
15	Dostępne poziomy energii >20	Tak	
16	Czas ładowania do energii maksymalnej $\leq 5sek$	Tak	
17	Ładowanie kondensatora, wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu	Tak	
18	Defibrylacja przez łyżki i elektrody jednorazowe	Tak	

19	Wskaźnik częstości akcji serca 20-300	Tak	
20	EKG z łyżek zewnętrznych, kabla EKG i jednorazowych elektrod do stymulacji/defibrylacji	Tak	
21	Wzmocnienie sygnału EKG	Tak	
22	Automatyczna kompensacja parametrów (parametrów łyżek zewnętrznych i elektrod jednorazowych) z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta	Tak	
23	Regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji serca	Tak	
Rejestracja			
24	Wydruk EKG – drukarka termiczna na papier o szerokości min 60mm	Tak	
25	Wyświetlanie sygnału EKG na ekranie z możliwością ustawienia widoku 2 krzywych w kaskadzie	Tak	
26	Możliwość wprowadzenia do raportów krótkich opisów tekstowych rejestrujących stosowane procedury resuscytacyjne i podawane leki	Tak	
27	Pamięć wewnętrzna min. 100 epizodów – zapamiętywany odcinek krzywej EKG min. 10 sekund dla każdego epizodu	Tak	
Stymulacja zewnętrzna			
28	Stymulacja przeskórna w trybie „Rytm Sztuczny” i „Na Żądanie”	Tak	
39	Częstość impulsów na minutę najmniej 30-150 imp/min	Tak	
30	Regulacja prądu stymulacji	Tak	
31	Prąd stymulacji najmniej 10 – 150 mA	Tak	
Inne			
32	Urządzenie do ładowania i rekondycjonowania akumulatorów. Czas ładowania od 0 do 100% do 1,5 h	Tak podać	
33	EKG 12-to odprowadzeniowe	Tak	
34	łyżki dla dorosłych	Tak	
35	Kabel EKG oraz kabel do stymulacji/defibrylacji	Tak	
36	Jednorazowe elektrody do stymulacji dla dorosłych - para	Tak	
37	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
38	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
39	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Defibrylator						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Kardiostymulator zewnętrzny– 1 szt.**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stymulacja VVI z nastawami standardowymi po naciśnięciu jednego przycisku	TAK	
2.	Automatyczny test stymulatora i obwodu elektrody w momencie załączenia	TAK	
3.	Akustyczna sygnalizacja zwarcia lub przerwy w obwodzie elektrody	TAK	
4.	Dwustopniowa sygnalizacja stanu baterii	TAK	
5.	Krokowa, dwustopniowa zmiana wartości wszystkich parametrów	TAK	
6.	Zabezpieczenie przed zewnętrzną defibrylacją	TAK	
7.	Niezawodne mocowanie elektrod	TAK	
8.	Funkcje pomiarowe: napięcia impulsu, impedancji obwodu elektrody oraz amplitudy R lub P	TAK	
9.	Funkcje stymulacyjne: VVI, VOO, AAI, AAO, stymulacja szybka	TAK	
10.	Częstość podstawowa: 30 do 150 l /min.	TAK	
11.	Częstość stymulacji szybkiej: 100 do 990 l /min.	TAK	
12.	Amplituda impulsu: 0,1 do 20 mA	TAK	
13.	Szerokość impulsu: 0,2 do 1,2 ms	TAK	
14.	Kształt impulsu prostokątny z kompensacją ładunku	TAK	
15.	Czas refrakcji: 200 do 500 ms	TAK	
16.	Czułość wejściowa: 0,5 do 20 mV	TAK	
17.	Pomiar amplitudy napięcia impulsu: 0,2 do 12 [V]	TAK	
18.	Pomiar impedancji obwodu elektrodowego: 50 do 5000 Ω	TAK	
19.	Pomiar amplitudy załamków R lub P	TAK	
20.	Zakres impedancji obwodu pacjenta: 100 - 2000 Ω	TAK	
21.	Akustyczna sygnalizacja przerwy i zwarcia w obwodzie elektrody	TAK	
22.	Sygnalizacja stanu baterii: dwustopniowa, akustyczna i optyczna	TAK	
23.	Czas pracy na baterii alkalicznej > 25 dni	TAK	
24.	Masa do 260 g – łącznie z baterią	TAK	
25.	Kaniule z igłą do wkłucia 20 szt.	TAK	
26.	Elektroda endokawitarna 20 szt.	TAK	
27.	Opis techniczny + zdjęcie przedmiotu zamówienia w ofercie	TAK	
28.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	

29.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
30.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Kardiostymulator zewnętrzny						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

CZĘŚĆ II

Dodatek nr 2/ 7,14,15,16 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : Komputer centralny z podglądem na wszystkie sale wzmożonego nadzoru i salę wybudzeń oraz zestawy monitorujące dla :

- 1 stanowiska - 2 szt.
- 2 stanowisk - 1 szt
- 4 stanowisk - 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA		Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	1 zestaw dla 4 stanowisk	A. 4 szt. monitorów przyłózkowych	TAK	
		1. przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet	TAK	
		2. modułowa budowa systemu – moduły parametrowe wymienne przez użytkownika bez udziału serwisu	TAK	
		3. komunikacja moduły – jednostka centralna poprzez złącze podczerwieni	TAK	
		4. kolorowy, zintegrowany w jednej obudowie z jednostką centralną i miejscami parkingowymi na moduły, ekran LCD TFT o przekątnej co najmniej 15” rozdzielczość 1280x1024	TAK	
		5. dodatkowa rama na moduły pozwalająca na ewentualne rozszerzenie możliwości pomiarowe o BIS/EEG, moduły współpracujące z innymi urządzeniami (podać jakie moduły)	TAK	
		6. ilość kanałów dynamicznych – min.6	TAK	

		7. komunikacja z użytkownikiem w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
		8. sterowanie monitorem poprzez pokrętko nawigacyjne, przyciski na płycie czołowej monitora, przyciski na modułach i ekran dotykowy	TAK	
		9. trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów min.48 godzin	TAK	
		10. zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (full disclosure) min.6 godzin	TAK	
		11. zapamiętywanie odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi min.100 zdarzeń	TAK	
		12. funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy)	TAK	
		13. zasilanie monitora 230V/50Hz	TAK	
		14. mocowanie monitora do półki	TAK	
		B. Pomiar EKG/ST/Resp – 4 stanowiska	TAK	
		15. pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 250 B/min	TAK	
		16. pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	TAK	
		17. analiza odcinka ST	TAK	
		18. analiza arytmii – ilość wykrywanych kategorii zaburzeń rytmu min.10	TAK	
		19. analiza 12 – odpr. EKG w jednym module (przewód EKG 10-końcówkowy)	TAK	
		20. ustawianie granic alarmowych częstości akcji serca, odchylenia odcinka ST, częstości oddechu oraz czasu trwania bezdechu	TAK	
		21. w wyposażeniu na każdy moduł przewód EKG 3 i 5 odprowadzeniowy	TAK	
		C. Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną – 4 stanowiska	TAK	
		22. wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		23. ustawianie granic alarmowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		24. tryb pracy ręczny	TAK	
		25. tryb pracy automatyczny – odstępy pomiarowe co najmniej od 3 do 360 minut	TAK	

		26. zestaw mankietów: dla dorosłych duży –2szt. dla dorosłych średni –3szt. dla dorosłych mały – 2 szt. , przewód łączący mankiet z modulem	TAK	
		D. Pomiar saturacji i pletyzmografia – 4 stanowiska	TAK	
		27. wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	TAK	
		28. dźwięk sygnalizujący wykrycie pulsu o zmiennej charakterystyce zależnej od wartości saturacji	TAK	
		29. ustawianie granic alarmowych % saturacji oraz częstości pulsu	TAK	
		30. czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec –2szt. na stanowisko	TAK	
		E. Pomiar temperatury (dwa kanały) – 4 stanowiska	TAK	
		31. wyświetlanie wartości temperatur w dwóch punktach ciała	TAK	
		32. wyświetlanie wartości temperatury różnicowej	TAK	
		33. ustawianie granic alarmowych temperatur ciała i różnicowej	TAK	
		34. czujnik temperatury powierzchniowy i centralny	TAK	
		F. Pomiar kapnografii – 4 stanowiska	TAK	
		35. pomiar metodą „z bocznego strumienia” w zakresie 1-99 mmHg	TAK	
		36. pomiar wdechowego i wydechowego stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		37. prezentacja krzywej kapnograficznej	TAK	
		38. ustawianie granic alarmowych stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		G. Pomiar ciśnienia inwazyjnego (dwa kanały) – 4 stanowiska	TAK	
		39. Pomiar ciśnień – ART, PA, CVP, RAP, LAP, ICP	TAK	
		40. wyświetlanie wartości skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	

		41. ustawianie granic alarmowych ciśnień skurczowych, rozkurczowego i średniego	TAK	
		42. przewód interfejsowy oraz po 20 jednorazowych przetworników	TAK	
		H. Pomiar rzutu serca z pakietem obliczeń hemodynamicznych – 4 stanowiska	TAK	
		43. pomiar metodą termodylucji – 1 stanowisko	TAK	
		44. wyświetlanie krzywej iniekcji i możliwość rezygnacji z pomiaru przy obliczaniu średniej	TAK	
		45. komplet akcesoriów do pomiaru rzutu minutowego serca z pomiarem temperatury płynu „One-line”	TAK	
		46. pomiar rzutu minutowego serca metodą PICCO lub IKG z kompletem akcesoriów dla dziesięciu pacjentów – 2 stanowiska	TAK	
		47. ustawianie granic alarmowych mierzonych parametrów	TAK	
Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA		Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
2.	1 zestaw dla 2 stanowisk	A. 2 szt. monitorów przyłóżkowych	TAK	
		1. przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet	TAK	
		1. modułowa budowa systemu – moduły parametrowe wymieniaalne przez użytkownika bez udziału serwisu	TAK	
		2. komunikacja moduły – jednostka centralna poprzez złącze podczerwieni	TAK	
		3. kolorowy, zintegrowany w jednej obudowie z jednostką centralną i miejscami parkingowymi na moduły, ekran LCD TFT o przekątnej co najmniej 15” rozdzielczość 1280x1024	TAK	
		4. dodatkowa rama na moduły pozwalająca na ewentualne rozszerzenie możliwości pomiarowe o BIS/EEG, moduły współpracujące z innymi urządzeniami (podać jakie moduły)	TAK	
		5. ilość kanałów dynamicznych – min.6	TAK	
		6. komunikacja z użytkownikiem w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
		7. sterowanie monitorem poprzez pokrętko nawigacyjne, przyciski na płycie czołowej monitora, przyciski na modułach i ekran dotykowy	TAK	
		8. trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów min.48 godzin	TAK	

		9. zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (full disclosure) min.6 godzin	TAK	
		10. zapamiętywanie odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi min.100 zdarzeń	TAK	
		11. funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy)	TAK	
		12. zasilanie monitora 230V/50Hz	TAK	
		13. mocowanie monitora do półki	TAK	
		B. Pomiar EKG/ST/Resp – 2 stanowiska	TAK	
		14. pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 250 B/min	TAK	
		15. pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	TAK	
		16. analiza odcinka ST	TAK	
		17. analiza arytmii – ilość wykrywanych kategorii zaburzeń rytmu min.10	TAK	
		18. analiza 12 – odpr. EKG w jednym module (przewód EKG 10-końcówkowy)	TAK	
		19. ustawianie granic alarmowych częstości akcji serca, odchylenia odcinka ST, częstości oddechu oraz czasu trwania bezdechu	TAK	
		20. w wyposażeniu na każdy moduł przewód EKG 3 i 5 odprowadzeniowy	TAK	
		C. Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną – 2 stanowiska	TAK	
		21. wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		22. ustawianie granic alarmowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		23. tryb pracy ręczny	TAK	
		24. tryb pracy automatyczny – odstępy pomiarowe co najmniej od 3 do 360 minut	TAK	
		25. zestaw mankietów: dla dorosłych duży –2szt. dla dorosłych średni –3szt. dla dorosłych mały – 2 szt. , przewód łączący mankiet z modulem	TAK	
		D. Pomiar saturacji i pletyzmografia – 2 stanowiska	TAK	

		26. wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	TAK	
		27. dźwięk sygnalizujący wykrycie pulsu o zmiennej charakterystyce zależnej od wartości saturacji	TAK	
		28. ustawianie granic alarmowych % saturacji oraz częstości pulsu	TAK	
		29. czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec –2szt. na stanowisko	TAK	
		E. Pomiar temperatury (dwa kanały) – 2 stanowiska	TAK	
		30. wyświetlanie wartości temperatur w dwóch punktach ciała	TAK	
		31. wyświetlanie wartości temperatury różnicowej	TAK	
		32. ustawianie granic alarmowych temperatur ciała i różnicowej	TAK	
		33. czujnik temperatury powierzchniowy i centralny	TAK	
		F. Pomiar kapnografii – 2 stanowiska	TAK	
		34. pomiar metodą „z bocznego strumienia” w zakresie 1-99 mmHg	TAK	
		35. pomiar wdechowego i wydechowego stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		36. prezentacja krzywej kapnograficznej	TAK	
		37. ustawianie granic alarmowych stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		G. Pomiar ciśnienia inwazyjnego (dwa kanały) – 2 stanowiska	TAK	
		38. Pomiar ciśnień – ART, PA, CVP, RAP, LAP, ICP	TAK	
		39. wyświetlanie wartości skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		40. ustawianie granic alarmowych ciśnień skurczowych, rozkurczowego i średniego	TAK	
		41. przewód interfejsowy oraz po 20 jednorazowych przetworników	TAK	
		H. Pomiar rzutu serca z pakietem obliczeń hemodynamicznych – 2 stanowiska	TAK	

		42. pomiar metodą termodylucji	TAK	
		43. wyświetlanie krzywej iniekcji i możliwość rezygnacji z pomiaru przy obliczaniu średniej	TAK	
		44. komplet akcesoriów do pomiaru rzutu minutowego serca z pomiarem temperatury płynu „One-line”	TAK	
		45. pomiar rzutu minutowego serca metodą PICCO lub IKG z kompletem akcesoriów dla dziesięciu pacjentów – 2 stanowiska	TAK	
		46. ustawianie granic alarmowych mierzonych parametrów	TAK	
Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA		Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
3.	1 zestaw dla 1 stanowiska	A. monitor przyłóżkowy	TAK	
		1. przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet	TAK	
		2. modułowa budowa systemu – moduły parametrowe wymienne przez użytkownika bez udziału serwisu	TAK	
		3. komunikacja moduły – jednostka centralna poprzez złącze podczerwieni	TAK	
		4. kolorowy, zintegrowany w jednej obudowie z jednostką centralną i miejscami parkingowymi na moduły, ekran LCD TFT o przekątnej co najmniej 15” rozdzielczość 1280x1024	TAK	
		5. dodatkowa rama na moduły pozwalająca na ewentualne rozszerzenie możliwości pomiarowe o BIS/EEG, moduły współpracujące z innymi urządzeniami (podać jakie moduły)	TAK	
		6. ilość kanałów dynamicznych – min.6	TAK	
		7. komunikacja z użytkownikiem w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
		8. sterowanie monitorem poprzez pokrętko nawigacyjne, przyciski na płycie czołowej monitora, przyciski na modułach i ekran dotykowy	TAK	
		9. trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów min.48 godzin	TAK	
		10. zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (full disclosure) min.6 godzin	TAK	
		11. zapamiętywanie odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi min.100 zdarzeń	TAK	
		12. funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy)	TAK	
		13. zasilanie monitora 230V/50Hz	TAK	

		14. mocowanie monitora do półki	TAK	
		B. Pomiar EKG/ST/Resp – 1 stanowisko	TAK	
		15. pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 250 B/min	TAK	
		16. pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	TAK	
		17. analiza odcinka ST	TAK	
		18. analiza arytmii – ilość wykrywanych kategorii zaburzeń rytmu min.10	TAK	
		19. analiza 12 – odpr. EKG w jednym module (przewód EKG 10-końcówkowy)	TAK	
		20. ustawianie granic alarmowych częstości akcji serca, odchylenia odcinka ST, częstości oddechu oraz czasu trwania bezdechu	TAK	
		21. w wyposażeniu na każdy moduł przewód EKG 3 i 5 odprowadzeniowy	TAK	
		C. Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną – 1 stanowisko	TAK	
		22. wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		23. ustawianie granic alarmowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		24. tryb pracy ręczny	TAK	
		25. tryb pracy automatyczny – odstępy pomiarowe co najmniej od 3 do 360 minut	TAK	
		26. zestaw mankietów: dla dorosłych duży –2szt. dla dorosłych średni –3szt. dla dorosłych mały – 2 szt. , przewód łączący mankiet z modulem	TAK	
		D. Pomiar saturacji i pletyzmografia – 1 stanowisko	TAK	
		27. wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	TAK	
		28. dźwięk sygnalizujący wykrycie pulsu o zmiennej charakterystyce zależnej od wartości saturacji	TAK	
		29. ustawianie granic alarmowych % saturacji oraz częstości pulsu	TAK	

		30. czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec –2szt. na stanowisko	TAK	
		E. Pomiar temperatury (dwa kanały) – 1 stanowisko	TAK	
		31. wyświetlanie wartości temperatur w dwóch punktach ciała	TAK	
		32. wyświetlanie wartości temperatury różnicowej	TAK	
		33. ustawianie granic alarmowych temperatur ciała i różnicowej	TAK	
		34. czujnik temperatury powierzchniowy i centralny	TAK	
		F. Pomiar kapnografii – 1 stanowisko	TAK	
		35. pomiar metodą „z bocznego strumienia” w zakresie 1-99 mmHg	TAK	
		36. pomiar wdechowego i wydechowego stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		37. prezentacja krzywej kapnograficznej	TAK	
		38. ustawianie granic alarmowych stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		G. Pomiar ciśnienia inwazyjnego (dwa kanały) – 1 stanowisko	TAK	
		39. Pomiar ciśnień – ART, PA, CVP, RAP, LAP, ICP	TAK	
		40. wyświetlanie wartości skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		41. ustawianie granic alarmowych ciśnień skurczowych, rozkurczowego i średniego	TAK	
			TAK	
		42. przewód interfejsowy oraz po 20 jednorazowych przetworników	TAK	
		H. Pomiar rzutu serca z pakietem obliczeń hemodynamicznych – 1 stanowisko	TAK	
		43. pomiar metodą termodylucji – 1 stanowisko	TAK	
		44. wyświetlanie krzywej iniekcji i możliwość rezygnacji z pomiaru przy obliczaniu średniej	TAK	
		45. komplet akcesoriów do pomiaru rzutu minutowego serca z pomiarem temperatury płynu „ One-line”	TAK	

		46. pomiar rzutu minutowego serca metodą PICCO lub IKG z kompletem akcesoriów dla dziesięciu pacjentów – 2 stanowiska	TAK	
		47. ustawianie granic alarmowych mierzonych parametrów	TAK	
Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA		Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
4.	1 zestaw dla 1 stanowiska	A. monitor przyłóżkowy- 1 szt.	TAK	
		1. przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet	TAK	
		2. modułowa budowa systemu – moduły parametrowe wymieniaalne przez użytkownika bez udziału serwisu	TAK	
		3. komunikacja moduły – jednostka centralna poprzez złącze podczerwieni	TAK	
		4. kolorowy, zintegrowany w jednej obudowie z jednostką centralną i miejscami parkingowymi na moduły, ekran LCD TFT o przekątnej co najmniej 15” rozdzielczość 1280x1024	TAK	
		5. dodatkowa rama na moduły pozwalająca na ewentualne rozszerzenie możliwości pomiarowe o BIS/EEG, moduły współpracujące z innymi urządzeniami (podać jakie moduły)	TAK	
		6. ilość kanałów dynamicznych – min.6	TAK	
		7. komunikacja z użytkownikiem w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
		8. sterowanie monitorem poprzez pokrętko nawigacyjne, przyciski na płycie czołowej monitora, przyciski na modułach i ekran dotykowy	TAK	
		9. trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów min.48 godzin	TAK	
		10. zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (full disclosure) min.6 godzin	TAK	
		11. zapamiętywanie odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi min.100 zdarzeń	TAK	
		12. funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy)	TAK	
		13. zasilanie monitora 230V/50Hz	TAK	
		14. mocowanie monitora do półki	TAK	
		B. Pomiar EKG/ST/Resp – 1 stanowisko		
		15. pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 250 B/min	TAK	
		16. pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	TAK	

	17. analiza odcinka ST	TAK	
	18. analiza arytmii – ilość wykrywanych kategorii zaburzeń rytmu min.10	TAK	
	19. analiza 12 – odpr. EKG w jednym module (przewód EKG 10-końcówkowy)	TAK	
	20. ustawianie granic alarmowych częstości akcji serca, odchylenia odcinka ST, częstości oddechu oraz czasu trwania bezdechu	TAK	
	21. w wyposażeniu na każdy moduł przewód EKG 3 i 5 odprowadzeniowy	TAK	
	C. Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną – 1 stanowisko	TAK	
	22. wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
	23. ustawianie granic alarmowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
	24. tryb pracy ręczny	TAK	
	25. tryb pracy automatyczny – odstępy pomiarowe co najmniej od 3 do 360 minut	TAK	
	26. zestaw mankietów: dla dorosłych duży –2szt. dla dorosłych średni –3szt. dla dorosłych mały – 2 szt. , przewód łączący mankiet z modułem	TAK	
	D. Pomiar saturacji i pletyzmografia – 1 stanowisko	TAK	
	27. wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	TAK	
	28. dźwięk sygnalizujący wykrycie pulsu o zmiennej charakterystyce zależnej od wartości saturacji	TAK	
	29. ustawianie granic alarmowych % saturacji oraz częstości pulsu	TAK	
	30. czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec –2szt. na stanowisko	TAK	
	E. Pomiar temperatury (dwa kanały) – 1 stanowisko	TAK	
	31. wyświetlanie wartości temperatur w dwóch punktach ciała	TAK	
	32. wyświetlanie wartości temperatury różnicowej	TAK	

		33. ustawianie granic alarmowych temperatur ciała i różnicowej	TAK	
		34. czujnik temperatury powierzchniowy i centralny	TAK	
		F. Pomiar kapnografii – 1 stanowisko	TAK	
		35. pomiar metodą „z bocznego strumienia” w zakresie 1-99 mmHg	TAK	
		36. pomiar wdechowego i wydechowego stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		37. prezentacja krzywej kapnograficznej	TAK	
		38. ustawianie granic alarmowych stężenia CO ₂ i częstości oddechów	TAK	
		G. Pomiar ciśnienia inwazyjnego (dwa kanały) – 1 stanowisko	TAK	
		39. Pomiar ciśnień – ART, PA, CVP, RAP, LAP, ICP	TAK	
		40. wyświetlanie wartości skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK	
		41. ustawianie granic alarmowych ciśnień skurczowych, rozkurczowego i średniego	TAK	
		42. przewód interfejsowy oraz po 20 jednorazowych przetworników	TAK	
		H. Pomiar rzutu serca z pakietem obliczeń hemodynamicznych – 1 stanowisko	TAK	
		43. pomiar metodą termodylucji – 1 stanowisko	TAK	
		44. wyświetlanie krzywej iniekcji i możliwość rezygnacji z pomiaru przy obliczaniu średniej	TAK	
		45. komplet akcesoriów do pomiaru rzutu minutowego serca z pomiarem temperatury płynu „One-line”	TAK	
		46. pomiar rzutu minutowego serca metodą PICCO lub IKG z kompletem akcesoriów dla dziesięciu pacjentów – 2 stanowiska	TAK	
		47. ustawianie granic alarmowych mierzonych parametrów	TAK	
5.	Komputer centralny z podglądem na wszystkie sale wzmożonego nadzoru i salę wybudzeń	Stanowisko centralnego nadzoru	TAK	

		48. dwa ekrany, każdy o przekątnej co najmniej 17", uchwyty do montażu na ścianie	TAK	
		49. typ ekranu LCD TFT	TAK	
		50. ilość jednocześnie nadzorowanych stanowisk przyłóżkowych i/lub pacjentów monitorowanych telemetrycznie min.12	TAK	
		51. funkcja nadzoru zbiorczego – co najmniej po 2 krzywe wraz z wartościami cyfrowymi z każdego stanowiska	TAK	
		52. funkcja podglądu wszystkich krzywych i wartości cyfrowych z wybranego monitora przyłóżkowego lub pacjenta monitorowanego telemetrycznie	TAK	
		53. zapamiętywanie i podgląd krzywych dynamicznych – pamięć min.48 godz. (full disclosure)	TAK	
		54. drukarka laserowa do wydruków trendów i raportów na standardowym papierze A4, rejestracja przebiegów krzywych dynamicznych	TAK	
		55. minimum 3 stopniowe alarmy monitorowanych parametrów, rozróżnialne kolorem oraz tonem	TAK	
		56. komunikacja z użytkownikiem poprzez mysz i klawiaturę	TAK	
		57. komunikacja z użytkownikiem w języku polskim,	TAK	
		58. instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych		TAK	
7.	Okres gwarancji		Min 24 miesiące	
8.	Uruchomienie urządzenia		TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Komputer centralny						1	
zestaw monitorujący dla 1 stanowiska						2	
zestaw monitorujący dla 2 stanowisk						1	
zestaw monitorujący dla 4 stanowisk						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Polifizjograf - 1 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	ciągły nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego	Tak	
2.	wiernie odtworzona krzywa ciśnienia tętniczego	tak	
3.	pomiar ciśnienia skurczowego (SYS), rozkurczowego (DIA) i średniego (MEAN) w czasie rzeczywistym	tak	
4.	pomiar częstości tętna w czasie rzeczywistym	tak	
5.	zintegrowany nieinwazyjny pomiar oscylometryczny (NBP) zapewniający dokładność wartości bezwzględnych ciśnienia	tak	
6.	możliwość intuicyjnego połączenia z monitorami pacjenta	tak	
7.	alarmy z regulowanymi wartościami progowymi	tak	
8.	kolorowy monitor 8.4" z łatwym w obsłudze interfejsem użytkownika typu click-wheel	tak	
9.	wbudowana drukarka termiczna	tak	
10.	przłącza: wyjście analogowe**, Ethernet**, USB	tak	
11.	wbudowany akumulator (min 2 godziny pracy)	tak	
12.	przechowywanie danych co najmniej 24 godzinnych	tak	
13.	podwójny mankiet palcowy CNAPTM wielorazowego użytku		
14.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
15.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
16.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Polifizjograf						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa – 1 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Pompa objętościowa do podaży leków, z możliwością podaży krwi i preparatów krwiopochodnych	Tak	
2.	Dreny do infuzji bez odcinka silikonowego	Tak	
3.	Waga nie większa niż 3.0 kg	Tak	
4.	Interfejs użytkownika w języku polskim	Tak	
5.	Możliwość mocowania pompy do pionowych kolumn	Tak	
6.	Możliwość mocowania pompy do stacji dokującej z centralnym zasilaniem bez konieczności demontażu jakichkolwiek elementów pompy	Tak	
7.	Zabezpieczenie pompy przed wilgocią. Klasa ochrony min IP22	Tak	
8.	Zabezpieczenie przed samoczynnym grawitacyjnym opróżnianiem zestawu	Tak	
9.	Zasilanie pompy z sieci 230V +/-10%, 50Hz bez stosowania zewnętrznego zasilacza	Tak	
10.	Praca pompy na wewnętrznym akumulatorze przez min 10h przy średniej prędkości podaży 25 ml/h	Tak	
11.	Detektor powietrza w przewodzie z możliwością konfigurowania wielkości wykrywanego pęcherzyka powietrza	Tak	
12.	Dokładność infuzji przy 25 ml/h : min +/- 5%	Tak	
13.	Funkcja wypełnienie – przepłukiwanie linii	Tak	
14.	Funkcja bolus	Tak	
15.	Klawiatura numeryczna do programowania infuzji i zmiany parametrów	Tak	
16.	Możliwość podłączenia pompy do sieci LAN poprzez stację dokującą w celu monitorowania przebiegu infuzji, wizualizacji alarmów oraz podglądu parametrów infuzji	Tak	
17.	Możliwość programowania infuzji wg prędkości podaży oraz czasu i objętości infuzji	Tak	
18.	Zakres prędkości podaży min 1.0-999 ml/h, programowalny co 0.1 ml/h	Tak	
19.	Możliwość pracy w trybie mikroinfuzji - z dokładnością do 0,1 ml.	Tak	
20.	Możliwość zmiany szybkości podaży bez konieczności zatrzymania pracy pompy	Tak	
21.	Możliwość programowania objętości do podania w zakresie 1-9999 ml	Tak	
22.	Ustawiane ciśnienie okluzji – min 5 poziomów	Tak	
23.	Możliwość zablokowania ustawionych parametrów podaży	Tak	
24.	Funkcja KVO w zakresie 0.1-3.0 ml/h z możliwością wyłączenia przez użytkownika	Tak	
25.	Możliwość programowania dawki oraz szybkości lub czasu podaży bolusa	Tak	
26.	Możliwość zmiany parametrów bolusa bez zatrzymywania infuzji	Tak	
	ALARMY I OSTRZEŻENIA		
27.	Pompa posiada system alarmów i ostrzeżeń akustyczno-optyczny	Tak	
28.	Alarm „powietrze w linii”	Tak	
29.	Alarm otwarte drzwiczki pompy	Tak	
30.	Rozróżniane alarmy okluzji: - drożności drenu między pojemnikiem z płynem infuzyjnym a pompą, - okluzji pomiędzy pompą a pacjentem	Tak	

31.	Alarm „mechanizm napędowy niesprawny”	Tak	
32.	Ostrzeżenie nieuruchomiona infuzja	Tak	
33.	Alarm braku zasilania z sieci	Tak	
34.	Alarm rozładowanego akumulatora	Tak	
35.	Alarm akumulatora bliskiego rozładowania	Tak	
36.	Alarm niewłaściwego zamocowania zestawu do przetoczeń i użycia niewłaściwego zestawu	Tak	
37.	Rejestr zdarzeń min. 1000 zdarzeń	Tak	
38.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
39.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
40.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Pompa infuzyjna strzykawkowa – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stosowanie strzykawek 5, 10, 20, 30, 50 ml. Podać typ i producenta	Tak	
2.	Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki	Tak	
3.	Strzykawka montowana od czoła a nie od góry pompy.	Tak	
4.	Szybkość dozowania min. 1200 ml/h	Tak	
5.	Szybkość dozowania Bolus-a min. 1800 ml/h	Tak	
6.	Bolus manualny i automatyczny	Tak	
7.	Programowanie parametrów podaży Bolus-a: • objętość / dawka • czas lub szybkość podaży	Tak	
8.	Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji	Tak	
9.	Programowane parametry podaży dawki indukcyjnej: • objętość / dawka • czas lub szybkość podaży	Tak	
10.	Programowanie parametrów infuzji w dodatkowych jednostkach: • ng, µg, mg, • mU, U, kU, • na kg wagi ciała lub nie • na min., godz., dobę. • Jednostki molowe	Tak	
11.	Klawiatura numeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji	Tak	
12.	Infuzja profilowa; min. 12 faz.	Tak	
13.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
14.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
15.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Pompa infuzyjna strzykawkowa						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pulsoksymetr – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Pulsoksymetr dla noworodków, dzieci i dorosłych	TAK	
2.	Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem i zasilaczem sieciowym	TAK	
3.	Zasilanie AC 220 VAC 50 Hz+/-10%	TAK	
4.	Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora na minimum 8 godzin pracy	TAK	
5.	Waga maksymalna 1,3 kg	TAK	
6.	Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia	TAK	
7.	Wymiary Szer. x Głęb. x Wys.	Podać	
	POMIAR PARAMETRÓW		
8.	Zakres pomiaru saturacji 1-100%	TAK	
9.	Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 80% - 100% +/- 2 cyfry 60% - 80% +/- 3 cyfry	TAK	
10.	Zakres pomiaru pulsu 20 –250 uderzeń na minutę	TAK	
11.	Dokładność pomiaru w całym zakresie +/- 3 bpm	TAK	
12.	Ciągły tryb monitorowania parametrów	TAK	
	WYŚWIETLANIE PARAMETRÓW		
13.	Wyświetlacz typu LED, prezentujący wartości w różnych kolorach w przypadku sytuacji alarmowej	TAK	
14.	Wskaźnik amplitudy pulsu	TAK	
15.	Wskaźnik poszukiwania pulsu		
16.	Wskaźnik wyciszenia alarmów	TAK	
17.	Wskaźnik zasilania sieciowego	TAK	
18.	Wskaźnik zasilania akumulatorowego	TAK	
19.	Wskaźnik artefaktu	TAK	
20.	Wskaźnik odłączenia czujnika	TAK	
21.	Min 24 godzinne trendy SpO2 i Pulsu z opcją wydruku na zewnętrznej drukarce.	TAK	
	POŁĄCZENIA		
22.	EIA 232- szeregowe wyjście cyfrowe	TAK	
	ALARMY		
23.	Alarm dźwiękowy i wizualny dla pulsu	TAK	
24.	Alarm dźwiękowy i wizualny dla saturacji	TAK	
25.	Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenia zmian SpO2 bez podchodzenia do monitora	TAK	
26.	Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika	TAK	
27.	Alarm dźwiękowy i wizualny rozładowania wewnętrznego akumulatora	TAK	
28.	Możliwość regulacji głośności alarmu	TAK	
29.	Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu.	TAK	
30.	Regulacja dolnej i górnej granicy alarmu pulsu z możliwością prezentacji na wyświetlaczu	TAK	

31.	Regulacja dolnej o górnej granicy alarmowej SpO2	TAK	
32.	Regulacja czasu opóźnienia reakcji alarmu na zmianę saturacji w zakresie: 10s, 25s, 50s, 100s dla zmian o 1%.	TAK	
33.	Regulacja czasu opóźnienia reakcji na zmianę saturacji wyższą niż 1% według algorytmu: (10s, 25s, 50s, 100s) / wartość zmiany saturacji = czas opóźnienia reakcji alarmu.	TAK	
34.	Łatwa regulacja głośności alarmów	TAK	
	WYPOSAŻENIE		
35.	Przewód łączący urządzenie z czujnikiem pomiarowym	TAK	
36.	Czujnik pomiarowy saturacji typu klips 1szt. dla dorosłych	TAK	
	POZOSTAŁE		
37.	Instrukcja obsługi w języku polskim dostawa z aparatem	TAK	
38.	Oryginalny prospekt z listą parametrów technicznych producenta	TAK Załączyć	
39.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
40.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
41.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Pulsoksymetr						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Respirator - 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Tryb wentylacji kontrolowanej CMV	Tak	
2.	Tryb wentylacji wspomaganej	Tak	
3.	Wentylacja 100 % tlenem	Tak	
4.	Mix tlenowy	Tak	
5.	Płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20-60 mbar	Tak, podać	
6.	Niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 8-40 oddechów/ min	Tak, podać	
7.	Niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 3-20l/min	Tak, podać	
8.	Zawór pacjenta z zastawką PEEP regulowana w zakresie 0-20 cmH2O	Tak, podać	
9.	Optyczne i dźwiękowe alarmy bezpieczeństwa: niskiego i wysokiego ciśnienia wentylacji, niskiego ciśnienia w układzie zasilania; rozładowania baterii	Tak	
10.	MODUŁ INHALACJI	Tak	
11.	Regulacja przepływu tlenu w zakresie od 0-15 l/min	Tak	
12.	Możliwość podłączenia maski do tlenoterapii lub wąsów tlenowych	Tak	
13.	funkcja płynnego przełączania źródła zasilania tlenem (butla wewnętrzna/ instalacja centralna)	Tak	
14.	ZESTAW PRZENOŚNY	Tak	
15.	postać metalowej ramy o przekroju w kształcie litery C, posiadającej od wewnętrznej strony miejsce na butlę i reduktor, a od zewnętrznej miejsce na respirator, moduł inhalacji i akcesoria. Zestaw posiada uchwyty do powieszenia na ramie noszy lub łóżka, oraz uchwyt stacjonarny do powieszenia na ścianie. Komplet posiada certyfikat zgodności z normą PN EN 1789.	Tak	
16.	Płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20-60 mbar	Tak	
17.	Reduktor z manometrem	Tak	
18.	Przewód pacjenta przystosowany do sterylizacji	Tak	
19.	Zawór pacjenta przystosowany do sterylizacji	Tak	
20.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
21.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
22.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Respirator						3	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Ssak elektryczny – 3 szt .**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Ssak elektryczny przejezdny	Tak	
2.	Przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę	Tak	
3.	Zbiorniki- 2szt , o pojemności min. 2 [l] na odsysane płyny wykonany z materiału nietłukącego i sterylizowany w temp. 121°C	Tak, podać	
4.	Przewód ssący silikonowy o dł. min. 1,5m	Tak, podać	
5.	Uchwyt na dren ssący	Tak	
6.	Standardowe wyposażenie w wózek zespolony z ssakiem	Tak	
7.	Wózek kolumnowy, przystosowany do zamocowania kosza na cewniki	Tak	
8.	System jezdny zapewniający łatwe i bezpieczne manewrowanie, cztery kółka w tym dwa z blokadą	Tak	
9.	Wydajność ssania min. 38 [l/min] na wyjściu	Tak, podać	
10.	Płynna regulacja podciśnienia w zakresie min.0-90kPa	Tak, podać	
11.	Poziom hałasu nie przekraczający 40dB	Tak, podać	
12.	Wielostopniowe zabezpieczenia przed przenikaniem płynów do wnętrza aparatu (zabezpieczenie pompy)	Tak	
13.	Bezolejowa pompa ssąca nie wymagająca konserwacji	Tak	
14.	Możliwość stosowania wkładów jednorazowych na odsysane płyny	Tak	
15.	Filtr p/bakteryjny min. 10 szt. zestawie oraz zapasowy zbiornik – 1szt.	Tak, podać	
16.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
17.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
18.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Ssak elektryczny						3	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Krzesło chirurgiczne – 2 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości	TAK,	
3	Podstawa w kształcie okręgu , posiadająca pięć kół antystatycznych z czego 3 z blokadą	TAK	
4	Regulacja wysokości siedziska w zakresie 470 do 715 mm	TAK	
5	Średnica siedziska ok. 345mm	TAK	
6	Siedzisko łatwo zmywalne odporne na środki dezynfekcyjne	TAIK	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Krzesło chirurgiczne						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa bakteriobójcza przepływowa ścienna -1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
	Naścienna		
1	Napięcie zasilania 230V,50Hz	TAK	
2	Moc pobierania z sieci 115VA	TAK	
3	Element emitujący promieniowanie UV-C 2xTUV 30W wew., 1xTUV 30V zewn.	TAK	
4	Trwałość promiennika min. 8000H	TAK	
5	Natężenie promieniowania UV-C promiennika zewnętrznego w odległości 1m 100µW/cm ²	TAK	
6	Wydajność wentylatora 132m ³ /h	TAK	
7	Dezynfekowana kubatura ok. 25-50m ²	TAK	
8	Powierzchnia (zasięg) działania lampy 10-20m ²	TAK	
9	Klasa zabezpieczenia przeciwpożarowego I	TAK	
10	Typ obudowy IP 20	TAK	
11	Wymiary kopuły ok. 1125x285x130mm	TAK, podać	
12	Gabaryty ok. 1190x285x145 mm	TAK, podać	
13	Masa max. 10kg	TAK	
14	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
15	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Lampa bakteriobójcza przepływowa ścienna						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa bezcieniowa przejezdna - 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Lampa przeznaczona do oświetlania pola podczas zabiegów medycznych	TAK	
2.	Lampa na statywie, przejezdna wyposażona w koła z blokadą – podstawa wyposażona w akumulator	TAK	
3.	Lampa z możliwością ogniskowania oraz regulacją jasności oświetlenia	TAK	
4.	Regulacja natężenia oświetlenia z klawiatury umieszczonej na statywie lampy	TAK	
5.	Natężenie oświetlenia min. 45 000 lx	TAK, podać	
6.	Współczynnik oddawania barw min. Ra=96	TAK, podać	
7.	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób płynny w zakresie: min. 14-19 cm	TAK	
8.	Temperatura barwowa min. 4200 K	TAK, podać	
9.	Zakres pracy bez konieczności ogniskowania: min. 70-140 cm	TAK, podać	
10.	Zasilanie: 230V, 50/60 Hz	TAK	
11.	Źródło światła: żarówki halogenowe o mocy min. 50 W	TAK, podać	
12.	Żywotność żarówek min. 1300 h	TAK, podać	
13.	Regulacja wartości natężenia oświetlenia realizowana elektronicznie w sposób płynny w zakresie: min. 50-100 %	TAK, podać	
14.	Układ zawieszenia umożliwiający regulację wysokości oraz obrót głowicy	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Lampa bezcieniowa przejezdna						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Łóżko intensywnej opieki medycznej z wyposażeniem – 8 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szerokość całkowita z poręczami bocznymi: 990 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
2.	Długość całkowita łóżka: 2300 mm (± 30 mm)	TAK, podać	
3.	Łóżko wielofunkcyjne, wielopozycyjne z pozycją fotelową	TAK	
4.	Konstrukcja łóżka oparta na dwóch maksymalnie szeroko rozstawionych kolumnach umożliwiających monitorowanie pacjenta ramieniem C	TAK	
5.	Łóżko posiadające cztero segmentowe leże z czego trzy segmenty ruchome	TAK	
6.	Elektryczna regulacja wysokości leża	TAK	
7.	Minimalna wysokość leża od podłogi: 470 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
8.	Maksymalna wysokość leża od podłogi: 870 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
9.	Elektryczna regulacja oparcia pleców w zakresie do 76° ($\pm 2^{\circ}$)	TAK, podać	
10.	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga (regulacja tylko z panelu centralnego) 15° ($\pm 2^{\circ}$)	TAK, podać	
11.	Elektryczna regulacja pozycji anty - Trendelenburga 20° ($\pm 3^{\circ}$) (regulacja tylko z panelu centralnego)	TAK, podać	
12.	Elektryczna regulacja segmentu uda w zakresie 45° ($\pm 2^{\circ}$)	TAK, podać	
13.	Regulacje poszczególnych funkcji elektrycznych łóżka regulowane z pilota przewodowego oraz z centralnego panelu sterującego	TAK	
14.	Panel centralny umieszczony na płasko w półce na pościel	TAK	
15.	Selektywne blokowanie na panelu centralnym funkcji elektrycznie regulowanych	TAK	
16.	Centralne blokowanie wszystkich funkcji elektrycznych przy pomocy jednego przycisku lub pokrętki na panelu centralnym	TAK	
17.	Segment podudzia regulowany ręcznie przy pomocy sprężyny gazowej z blokadą	TAK	
18.	Funkcja autokontur - jednoczesne uniesienia części plecowej do min. 70° oraz segmentu uda do min. 40°	TAK, podać	
19.	Funkcja autoregresji oparcia pleców 140 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
20.	Funkcja autoregresji segmentu uda 110 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
21.	Następujące pozycje leża uzyskiwane automatycznie po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego przycisku na panelu centralnym: - pozycja krzesła kardiologicznego - pozycja antyszokowa - pozycja do badań - pozycja Fowlera	TAK	
22.	Wbudowany akumulator wykorzystywany do sterowania funkcjami łóżka w przypadku zaniku zasilania oraz w przypadku przetaczania łóżka	TAK	
23.	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej z osłoną podwozia wykonaną z tworzywa ABS	TAK	
24.	Segmenty leża wypełnione płytą laminatową przezierną dla promieni RTG	TAK	
25.	Segment oparcia pleców i uda z możliwością szybkiego poziomowania (CPR) dźwigniami umieszczonymi w okolicy segmentów pleców i nóg	TAK	

26.	Elektryczny CPR uzyskiwany automatycznie przez wybranie przycisku na panelu centralnym	TAK	
27.	4 koła o średnicy min. 150 mm zaopatrzone w hamulec centralny	TAK, podać	
28.	Dźwignie hamulca umieszczone w czterech miejscach ramy podwozia łóżka (na każdym narożniku)	TAK	
29.	Funkcja jazdy na wprost i łatwego manewrowania	TAK	
30.	Szczyty łóżka wyjmowane z ramy leża, lakierowane, wypełnione płytą laminatową oferowaną w różnych kolorach	TAK	
31.	Rama łóżka wyposażona w 4 krążki odbojowe w narożach	TAK	
32.	Rama leża wyposażona w poziomice	TAK	
33.	Łóżko zaopatrzone w 4 haczyki na woreczki do płynów infuzyjnych	TAK	
34.	Listwy do mocowania wyposażenia mocowane po obu stronach ramy leża	TAK	
35.	Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożach ramy leża	TAK	
36.	Poręcze boczne lakierowane	TAK	
37.	Łóżko wyposażone w wysuwaną półkę na pościel	TAK	
38.	Udźwig łóżka min. 230 kg	TAK	
39.	Leże z możliwością przedłużenia o min. 200 mm od długości bazowej	TAK, podać	
40.	Leże z możliwością skracania o min. 100 mm od długości bazowej	TAK, podać	
41.	Łóżko wyposażone w układ ważenia pacjenta z panelem sterującym z wyświetlaczem	TAK	
42.	Elementy wyposażenia łóżka: - materac w tkaninie nieprzemakalnej - poręcze boczne dzielone - wieszak kroplówki	TAK	
43.	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
44.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
45.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Łóżko intensywnej opieki medycznej z wyposażeniem						8	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Myjnia - dezynfektor – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	certyfiakat CE	TAK	
2.	wykonana zgodnie z normą prEN 15883	TAK	
3.	myjnia o pojemności min. 4 tac narzędziowych o wym. 480x250x50 mm	TAK	
4.	sterowanie mikroprocesorowe	TAK	
5.	dwuliniowy wyświetlacz z komunikatami tekstowymi w języku polskim	TAK	
6.	wskaźnik świetlny informujący o stanie zaawansowania procesu	TAK	
7.	drzwi otwierane do przodu, urządzenie nieprzelotowe	TAK	
8.	szerokość myjni max. 600 mm	TAK	
9.	zasilana i ogrzewana elektryczne	TAK	
10.	dezynfekcja termiczna, termiczno-chemiczna	TAK	
11.	blokada drzwi podczas trwania procesu	TAK	
12.	wbudowana suszarka	TAK	
13.	filtr powietrza klasy HEPA	TAK	
14.	3 pompy środków chemicznych	TAK	
15.	możliwość rozbudowy do 4 pomp środków chemicznych	TAK	
16.	wbudowana szafka na zasobniki środków chemicznych, pojemność 4 zasobniki 5l	TAK	
17.	drukarka parametrów procesu	TAK	
18.	Końcowe płukanie wodą demineralizowaną	TAK	
19.	pompa obiegowa wody o mocy min. 800W	TAK	
20.	moc grzewcza min. 8 kW	TAK	
21.	osłonięte (zakryte) grzałki komory, zabezpieczenie przed poparzeniem	TAK	
22.	komora, orurowanie i obudowa ze stali nierdzewnej	TAK	
23.	min. 4 programy mycia i dezynfekcji	TAK	
24.	możliwość modyfikacji programów myjących	TAK	
25.	wyposażona w 4 tace narzędziowe o wym. 480x250x50 mm	TAK	
26.	wyposażenie do mycia min. 4 tac narzędziowych 480x250x50 mm	TAK	
27.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
28.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
29.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Myjnia - dezynfektor						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Negatoskop 2 klatkowy – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wymiary: ok.. 740 x 510 x 92 mm	Tak, podać	
2.	masa: ok. 13,5 kg	Tak, podać	
3.	klasa ochronności: I	Tak	
4.	ilość klatek: 2	Tak	
5.	wymiary ekranu: ok. 72 x 43 cm	Tak	
6.	regulacja luminancji:	Tak	
7.	luminancja ekranu: 4200 cd / m2 ±25%	Tak	
8.	pobór mocy: 295 VA	Tak	
9.	napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Negatoskop 2 klatkowy						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Podest chirurgiczny jednostopniowy - 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podest operacyjny jednostopniowy wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK,	
2	Podest na czterech nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania podestu).	TAK	
3	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne	TAK	
4	Na powierzchni paski antypoślizgowe	TAK	
5	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
6	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Podest chirurgiczny jednostopniowy						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Podgrzewacz płynów infuzyjnych – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Urządzenie do podgrzewania krwi, preparatów krwiopochodnych, płynów infuzyjnych, płynów	TAK	
2.	do wlewu dożylnego oraz płynów wykorzystywanych do przemywania.	TAK	
3.	Urządzenie do pracy ciągłej	TAK	
4.	Możliwość umocowania za pomocą uchwytu do stojaków kroplówek o różnych średnicach	TAK	
5.	System zapewniający „suche grzanie” - bez udziału wody	TAK	
6.	Wyświetlacz temperatury	TAK	
7.	Urządzenie do mocowania na stojaku	TAK	
8.	Urządzenie o wymiarach (wys x szer x gł): ok. 120 x 145 x 280 mm.	TAK, podać	
9.	Masa urządzenia ≤ 4.0 kg	TAK, podać	
10.	Zasilanie 230V±10%~(AC) 50Hz	TAK	
11.	Test alarmu temperatury wykonywany na żądanie użytkownika	TAK	
12.	Alarmy dźwiękowy i wizualny zbyt wysokiej temperatury(powyżej 390C. – Zamawiający dopuścił urządzenie z alarmem dźwiękowym i wizualnym zbyt wysokiej temperatury powyżej 44,4°C.	TAK	
13.	Możliwość wyciszenia alarmu	TAK	
14.	Zapewnianie przepływu do 160 ml/min	TAK	
15.	Temperatura pracy 30-380C	TAK	
16.	Automatyczne wyłączenie grzałki urządzenia, gdy temperatura wyniesie 41°C – Zamawiający dopuści urządzenie automatycznie wyłączające grzałkę urządzenia, gdy temperatura przekroczy 44,4°C.	TAK	
17.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
18.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Podgrzewacz płynów infuzyjnych						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej– 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Kosz ze stali nierdzewnej polerowanej	TAK	
2.	otwierany przyciskiem pedałowym	TAK	
3.	pojemność 20 l	TAK	
4.	pokrywa otwierana przyciskiem pedałowym	TAK	
5.	zaopatrzony w wyjmowane plastikowe wiadro	TAK	
6.	Wysokość 44,5 cm	TAK	
7.	Średnica 29,5 cm	TAK	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
9.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Regał na pakiety operacyjne – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Regał magazynowy na 4 nóżkach wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9.	TAK	
2.	Regał z pięcioma pełnymi półkami montowanymi na stałe.	TAK	
3.	Odległość między półkami 427 mm (+/-)	TAK, podać	
4.	Nóżki o wysokości 140 mm (+/-) , regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania regału).	TAK, podać	
5.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
7.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Regał na pakiety operacyjne						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stojak do wlewów i kroplówek – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podstawa i tubus chromowana	TAK	
2	Statyw na płyny infuzyjne chromowane	TAK	
3	Wysokość 1740 do 2450mm	TAK	
4	Średnica podstawy ok. 550mm	TAK	
5	5 kółek jezdnych	TAK, podać	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stojak do wlewów i kroplówek						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stojak z podwójną miską na odpadki – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK	
2	Podstawa posiadająca 4 koła o średnicy min 50mm	TAK, podać	
3	Wyposażony w dwie kuwety o pojemności min. 4 litry każda	TAK	
4	Wymiary : szer.x gł.x wys. ok. 620x620x800mm	TAK, podać	
5	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
6	Okres gwarancji	min 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stojak z podwójną miską na odpadki						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Elektromechaniczna regulacja zmiany położenia poszczególnych segmentów za pomocą kablowego pilota ręcznego	TAK	
2.	stół składający się z czterech segmentów (segment głowy i nóg regulowany manualnie, pleców regulowany elektromechanicznie, wysokość regulowana elektromechanicznie (640-940mm)Zmiana wysokości leża nożną pompą hydrauliczną	TAK	
3.	Stół wyposażony w wieszak z ręcznikiem umiejscowiony za segmentem pleców	TAK	
4.	regulowaną pozycje Trendelenburga	TAK	
5.	Wyposażony w przejezdną podstawę z hamulcem, ramkę anestezjologiczną , ramie podpórki infuzyjnej, ramie kroplówki, rozdzielnny segment nóg, pas brzuszny, schodek dla pacjenta	TAK	
6.	Regulacja wysokości leża od ok. 570 do ok. 870 mm	TAK, podać	
7.	Nośność stołu ok. 150 kg.	TAK, Podać	
8.	Szerokość ok. 600mm, długość stołu ok. 1900mm.	TAK, Podać	
9	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
11	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół ze zlewem jednokomorowym – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stół ze zlewem jednokomorowym.	TAK	
2.	Wymiar stołu około 1200x600x850 mm	TAK, podać	
3.	Konstrukcja metalowa malowana lakierem proszkowym	TAK	
4.	Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione	TAK	
5.	Otwór w placach stołu umożliwiający podłączenie instalacji wodnej i kanalizacyjnej	TAK	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7.	Okres gwarancji	min. 12 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stół ze zlewem jednokomorowym						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Szafa lekarska – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry wymagane przez zamawiającego
1.	Szafa wykonana z blachy ocynkowanej o grubości minimum 0,8 mm malowanej lakierem proszkowym	Tak, podać	
2.	drzwi z szybą ze szkła hartowanego	Tak	
3.	szklane półki z możliwością regulacji wysokości co 25 mm	Tak	
4.	w drzwiach zamontowany uchwyt pełniący równocześnie funkcję zamka ryglującego drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	szafa posiadająca stopki z regulacją wysokości	Tak	
6.	wymiary szafy ok. 1000x425x1800 mm	Tak, podać	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Szafka lekarska						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Szafka przyłóżkowa z blatem – 8 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wykonana z profili stalowych i blachy stalowej ocynkowanej, pokrytej lakierem proszkowym	Tak	
2.	Szafka wyposażona w szufladę	Tak	
3.	Wyposażona w boczny blat z regulacją wysokości i kąta nachylenia	Tak	
4.	Dł.xszer. blatu stałego 460x450mm	Tak, podać	
5.	Dł.xszer. blatu bocznego 520x450mm	Tak, podać	
6.	Wysokość blatu stałego 800mm	Tak, podać	
7.	Regulacja wysokości blatu bocznego 800 do 1190mm	Tak, podać	
8.	Przechył blatu $\pm 90^0$	Tak, podać	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Szafka przyłóżkowa z blatem						8	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Taboret obrotowy – 9 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Średnica siedziska: 370 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości: 430 do 720 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3	Podstawa z profili stalowych pokryta lakierem proszkowym	TAK	
4	Podstawa pięcioramienna zakończona stopkami	TAK	
5	Tapicerowane siedziska gąbką i skajem	TAK	
6	Możliwość wyboru koloru tapicerki	TAK	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
8	Okres gwarancji	min 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Taboret obrotowy						9	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek anestezjologiczno- zabiegowy – 6 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wymiary około 810 x 580 x 1453 mm (wysokość wraz z nadstawką)	TAK, podać	
2.	wózek wyposażony w zestaw iniekcyjny składający się z 3 dużych i 5 małych pojemników	TAK	
3.	blat roboczy z tworzywa ABS z czterostronnymi podwyższonymi krawędziami i z bocznym przedłużeniem	TAK	
4.	3 szuflady 125 l oraz 1 szuflada 250 l z mechanizmem blokowania zapobiegającym wysuwaniu podczas jazdy	TAK	
5.	Konstrukcja wózka stalowa, lakierowana proszkowo odporna na środki dezynfekcyjne i promieniowanie UV	TAK	
6.	wózek wyposażony w kosz	TAK	
7.	uchwyt zapewniający wygodne prowadzenie i manewrowanie	TAK	
8.	4 kółka jezdne z blokadą	TAK	
9.	odboje zabezpieczające korpus i osprzęt wózka przed uszkodzeniem	TAK	
1.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
2.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek anestezjologiczno -zabiegowy						6	

.....
(miejscowość i data)

.....
*podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy*

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek do transportu chorych z wyposażeniem – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Całkowita długość ok. 2000mm	TAK, podać	
2	Całkowita szerokość bez poręczy ok. 680mm	TAK, podać	
3	Zakres regulacji wysokości leża od ok. 550 do 810 mm	TAK, podać	
4	Zakres regulacji oparcia placów -15 ⁰ do 70 ⁰	TAK, podać	
5	4 koła jezdne o średnicy ok. 200mm	TAK, podać	
6	Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
7	Segmenty leża wypełnione płytą laminatową	TAK	
8	Zmiana wysokości leża uzyskiwana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej	TAK	
9	Regulacja pochylenia oparcia wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
10	Rama leża wyposażona w narożach w krążki odbojowe	TAK	
11	Poręcz boczna chromowana 2szt.	TAK	
12	Wieszak kroplówki (haczyki chromowane)	TAK	
13	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
14	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek do transportu chorych z wyposażeniem						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek na brudną bieliznę – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wózek posiadający składany metalowy szkielet lakierowany proszkowo	Tak	
2.	Wyposażony w płócienny worek o pojemności min. 100L	Tak	
3.	Wyposażony w pokrywę i 4 kółka jezdne	Tak	
4.	dł.x szer ok.560x540mm	Tak, podać	
5.	Wysokość ok. 1030mm	Tak, podać	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek na brudną bieliznę						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek wanna – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Leżysko – wanna z PCV, zaopatrzone w odpływ	TAK	
2.	Regulacja wysokości za pomocą siłownika hydraulicznego w zakresie 780-1200mm	TAK	
3.	Szerokość 750 mm	TAK	
4.	Długość 2020 mm	TAK	
5.	Dopuszczalne obciążenie 110 kg	TAK	
6.	4 koła jezdne	TAK	
7.	Barierki wanny opuszczane	TAK	
8.	Na wyposażeniu poduszka	TAK	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek wanna						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek zabiegowy – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wymiary ok. 860x750x450mm	TAK, podać	
2	Stolik wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK,	
3	2 Półki ze szkła hartowanego	TAK	
4	2 miski osadzone w ruchomych koszykach	TAK	
5	4 kółka jezdne	TAK	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek zabiegowy						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
mieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zegar ścienny metalowy – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zegar w obudowie ze stali nierdzewnej	Tak	
2.	Łatwy do mycia i dezynfekcji	Tak	
3.	Estetyczny wygląd	Tak	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zegar ścienny metalowy						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione. Po lewej stronie stół zabudowany pionowym rzędem szuflad (trzy szuflady - jedna pod drugą). pozostała część bez zabudowy. Po prawej stronie komora o wymiarach (dł x szer x gł) w mm ok. : 400x400x250. Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową. Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu).	TAK, podać	
2	Stół roboczy zabudowany szufladami wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Stół z trzema szufladami (jedna pod drugą). Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK, podać	
3	Szafka wisząca wykonana ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw mebli metalowych ze zlewem jednokomorowym						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

wyposażenie

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Biurko z dostawką	biurko, wymiary (metry): D/S/W 1,4 x 0,7 x 0,8 - z szufladą na klawiaturę po środku , po prawej stronie 4 szuflady zamykane- uchwyty metalowe, po lewej jedna szafka podzielona z miejscem na stację dysków i drukarkę - wykonano z płyty laminowanej wykończone obrzeżem PCV - kolor olcha dostawka – boczne przedłużenie biurka, na jednej metalowej nodze, wymiary: m 0,7 x 0,5	
2.	chłodziarka	wymiary : wysokość – 135-140 cm, szerokość - 60 cm, głębokość 62,5 cm - wolnostojąca, - kolor : biała - pojemność 280 – 290 l - wyposażenie: szuflady, pojemniki , balkoniki na drzwiach	
3.	kanapa	- 3 osobowa z bokami, nierozkładana, tapicerka z tkaniny - wymiary: m 1,73 x 0,88 x 0,89 - kolor średni brąz	
4.	Krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
5.	Stolik-ława	- wymiary m : D/S/W 0,6 x 0,6 x 0,8 - płyta laminowana , jedna noga satynowa - kolor olcha	
6.	Szafa na dokumentację	- dwudrzwiowa z czterema półkami, z płyty laminowanej, wykończona obrzeżem PCV, - wyposażona w mocne uchwyty oraz zamek bębnowy z dwoma kluczami - wymiary: m (SxGxW) 0,900 x 0,385 x 1,900 - kolor - olcha	
7.	Szafa ubraniowa jednodrzwiowa	-wykonana z płyty laminowanej, wykończona obrzeżem PCV, uchwyt satynowy, - z półką na nakrycia głowy i drążkiem na wieszaki. -wyposażona w zamek cylindryczny z dwoma kluczami -wymiary S/G/W m 0,60 x 0,385 x 1,833 - kolor olcha	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Biurko z dostawką						4	
chłodziarka						1	
kanapa						2	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						6	
Stolik-ława						3	
Szafa na dokumentację						4	
Szafa ubraniowa jednodrzwiowa						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw komputerowy – 4 szt.**
Kserokopiarka – 1 szt

Opis przedmiotu zamówienia

Lp	Komputer	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	Ilość
1.	Procesor	Procesor typu: Core2 Duo o min. częstotliwości zegara 2,6 GHz		1
2.	Płyta główna	4 x USB 2.0 , PCIE,		1
3.	Pamięć	2 GB DDR3		1
4.	HDD	320 GB SATA2		1
5.	Karta graficzna	512MB DDR3, 256b DVI		1
6.	Karta sieciowa	min. 10/100		1
7.	Nagrywarka CD/DVD	wymagana		1
8.	Karta dźwiękowa	wymagana		1
9.	Obudowa ATX	Zasilacz 400W, USB front		1
10.	Napęd FDD	wymagany		1
11.	Oprogramowanie	1. Typu Windows XP Professional SP3 2. Typu Microsoft Office 2007 Small Business		1
12.	Klawiatura	wymagana		1
13.	Mysz optyczna + podkł	wymagana		1
Lp	Monitor	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	Ilość
1.	LCD	Przekątna 22" wielkość plamki 0,26 odświeżanie p 60-75Hz Czas reakcji 2ms, DVI		1
Lp	Drukarka	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	Ilość
1.	Laser mono, format A4	Złącze usb; min rozdzielczość 600x600; wydajność min10 str/min, 10000 str/miesięcznie; druk dwustronny, czarno biały; pamięć min 32 Mb; kabel USB, gramatura papieru od 70 do 160; pojem. podajnika 100 szt.		1
Lp	Kserokopiarka	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	Ilość
1.	Mono (skala szarości 256 odcieni)	Prędkość min. 20 str / min Format A3 ZOOM: 50 do 200% Duplex Rozdzielczość kopiowaia :600dpi x 600dpi, 1200dpi odpowiednik x 600dpi		1
Lp	Inne	Minimalny	Oferowany	
1.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące		1

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw (komputer, monitor, drukarka)						4	
Kserokopiarka						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat EKG szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	aparat 3,6 i 12 kanałowy	Tak	
2.	analiza i interpretacja	Tak	
3.	detekcja stymulatora serca	Tak	
4.	klawiatura alfanumeryczna	Tak	
5.	wyświetlacz graficzny, pozwalający na prezentację do 12 odprowadzeń EKG	Tak	
6.	szerokość papieru:ok. 112 mm	Tak, podać	
7.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badania spirometryczne)	Tak, podać	
8.	interfejs komunikacyjny: RS 232, AsLink	Tak, podać	
9.	transmisja zapisu na dowolny FAX	Tak, podać	
10.	beprzewodowa transmisja danych do PC przez interfejs AsLink	Tak	
11.	czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV	Tak	
12.	zasilanie: 90-240 V, 50/60 Hz	Tak	
13.	akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu	Tak	
14.	liniowa głowica termiczna	Tak	
15.	cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
16.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badanie spirometryczne)	Tak	
17.	automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
18.	sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
19.	prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s	Tak	
20.	wymiary (D x S x W): ok. 255 x 195 x 66 mm	Tak, podać	
21.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
22.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
23.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Aparat EKG						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Defibrylator 3 szt.**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Urządzenie przenośne	Tak	
2	Torba transportowa na defibrylator i akcesoria – swobodny dostęp do elementów regulacyjnych i łyżek	Tak	
3	Zasilanie akumulatorowe	Tak	
4	Możliwość pracy urządzenia i ładowania akumulatorów z sieci 230V AC/50Hz, 12-24V DC	Tak	
5	Czas pracy z zasilania bateryjnego – monitorowanie min. 4h lub defibrylacja z max energią min. 130 wyładowań	Tak podać	
6	Ekran wysokiej rozdzielczości i kontraście, obraz widoczny prze silnym oświetleniu słonecznym	Tak	
7	Przekątna ekranu min. 5”	Tak podać	
8	Waga kompletnego aparatu do 10kg	Tak podać	
9	Temperatura pracy urządzenia od -20do +55°C	Tak	
11	Temperatura przechowywania urządzenia od – 20 do + 65°C	Tak	
Defibrylacja			
12	Synchroniczna i asynchroniczna (kardiowersja)	Tak	
13	Manualna i półautomatyczna	Tak	
14	Dwufazowa fala defibrylacji	Tak	
15	Energia defibrylacji 2 fazowej $\geq 200J$	Tak	
16	Dostępne poziomy energii >20	Tak	
17	Czas ładowania do energii maksymalnej $\leq 5sek$	Tak	
18	Ładowanie kondensatora, wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu	Tak	
19	Defibrylacja przez łyżki i elektrody jednorazowe	Tak	
20	Wskaźnik częstości akcji serca 20-300	Tak	
21	EKG z łyżek zewnętrznych, kabla EKG i jednorazowych elektrod do stymulacji/defibrylacji	Tak	
22	Wzmocnienie sygnału EKG	Tak	
23	Automatyczna kompensacja parametrów (parametrów łyżek zewnętrznych i elektrod jednorazowych) z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta	Tak	
24	Regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji serca	Tak	

Rejestracja			
25	Wydruk EKG – drukarka termiczna na papier o szerokości min 60mm	Tak	
26	Wyświetlanie sygnału EKG na ekranie z możliwością ustawienia widoku 2 krzywych w kaskadzie	Tak	
27	Możliwość wprowadzenia do raportów krótkich opisów tekstowych rejestrujących stosowane procedury resuscytacyjne i podawane leki	Tak	
28	Pamięć wewnętrzna min. 100 epizodów – zapamiętywany odcinek krzywej EKG min. 10 sekund dla każdego epizodu	Tak	
Stymulacja zewnętrzna			
29	Stymulacja przeskórna w trybie „Rytm Sztynny” i „Na Żądanie”	Tak	
30	Częstość impulsów na minutę najmniej 30-150 imp/min	Tak	
31	Regulacja prądu stymulacji	Tak	
32	Prąd stymulacji najmniej 10 – 150 mA	Tak	
Inne			
42	Urządzenie do ładowania i rekondycjonowania akumulatorów. Czas ładowania od 0 do 100% do 1,5 h	Tak podać	
44	EKG 12-to odprowadzeniowe	Tak	
45	Łyżki dla dorosłych	Tak	
46	Kabel EKG oraz kabel do stymulacji/defibrylacji	Tak	
47	Jednorazowe elektrody do stymulacji dla dorosłych - para	Tak	
48	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	
49	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak	
50	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
51	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
52	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Defibrylator						3	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Przewoźny aparat do znieczuleń ogólnych -2 szt.**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min 2 kół. Duże koła przystosowane do transportu.	tak	
2.	Zasilanie 230 V 50 Hz	tak	
3.	4 gniazda elektryczne 230 V	tak	
4.	Zasilanie gazowe O ₂ , N ₂ O i powietrze z sieci centralnej	tak	
5.	Awaryjne zasilanie z butli O ₂ , N ₂ O (10l)	tak	
6.	Minimum 2 szuflady na drobne akcesoria	tak	
7.	Ssak z regulacją siły ssania	tak	
8.	Mechaniczne lub pneumatyczno-mechaniczne zabezpieczenie przed podaniem mieszaniny gazów powodującej hipoksję na poziomie min. 23 lub 25%	tak	
9.	Półka lub blat do pisania	tak	
10.	Podświetlenie blatu do pisania (do zabiegów laparoskopowych) – oświetlenie wbudowane w aparat Podświetlenie precyzyjnych mechanicznych przepływomierzy, rotametrycznych.	tak	
11.	Konfiguracja aparatu: Aparat podstawowy; pochłaniacz dwutlenku węgla; respirator; monitor	tak	
II.	System dystrybucji gazów		
12.	Precyzyjne, podwójne mechaniczne – rotametryczne przepływomierze dla: O ₂ , N ₂ O, powietrza	tak	
13.	Kalibracja i dokładność przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami	tak	
III.	Układ oddechowy		
14.	Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności	tak	
15.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH ₂ O)	tak	
16.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej i objętości maksymalnie do 1,5 L.	tak	
17.	Możliwość eliminacji gazów anestezjologicznych poza salę operacyjną	tak	
18.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	tak	
19.	Alarm niskiego stężenia O ₂	tak	
20.	Alarm wysokiego stężenia O ₂	tak	
21.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych – 1szt	tak	
22.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	tak	
IV.	Tryb wentylacji		
23.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	tak	

24.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	tak	
25.	Oddech spontaniczny. Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	tak	
26.	Wentylacja kontrolowana objętością	tak	
27.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	tak	
28.	Dodatknie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	tak	
V. Regulacje			
29.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	tak	
30.	Regulacja częstości oddechu. Minimum 4-65 l/min	tak	
31.	Regulacja objętości oddechu. Minimum 50-1400ml	tak	
32.	Regulacja ciśnienia wdechowego : min. 5-50 cm H ₂ O.	tak	
33.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH ₂ O)	tak	
VI. Alarmy			
34.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu .	tak	
35.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	tak	
36.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	tak	
37.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	tak	
38.	Brak zasilania w energię elektryczną.	tak	
39.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	tak	
VII. Pomiar i obrazowanie			
40.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	tak	
41.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	tak	
42.	Pomiar i obrazowanie objętości oddechowej	tak	
43.	Pomiar minutowej objętości oddechowej	tak	
44.	Obrazowanie, wyświetlanie krzywej oddechowej ciśnienie/czas	tak	
45.	Wyświetlanie – stężenia tlenu	tak	
VIII. Inne			
46.	Awaryjne wbudowane zasilanie bateryjne na min. 90 minut w warunkach standardowych	tak	
47.	Uchwyty do zamocowania dwóch parowników	tak	
48.	Parowniki do sevofluranu	tak	
49.	Dodatkowy przepływomierz do tlenu	tak	
50.	Wapno z indykatorem – min. 1 opakowanie 5 litrów	tak	
IX. Monitor			
51.	Ekran typu TFT	tak	
52.	Ekran kolorowy, przekątna ekranu min. 10 cali	tak	
53.	Oprogramowanie w języku polskim	tak	
54.	Ilość jednocześnie wyświetlanych krzywych – min.6.	tak	
55.	Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz	tak	
56.	Zasilanie akumulatorowe min. 90 minut w warunkach standardowych	tak	
57.	Monitor transportowo – stacjonarny, możliwość odłączenia monitora od aparatu, monitor wyposażony w rączkę do przenoszenia	tak	
58.	Instalacja monitora w ramieniu, wysięgniku aparatu do znieczulania	tak	
X. Parametry mierzone			

59.	Pomiar EKG z min. 3 odprowadzeń, analiza arytmii w zakresie podstawowym, analiza wybranych krzywych, w komplecie filtr zakłóceń w.cz. przewód EKG	tak	
60.	Częstość oddechów (respiracja impedancyjna), prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie.	tak	
61.	Pulsoksymetria dla dorosłych, mierzona metodą zawierającą efektywny algorytm statystycznej obróbki wyników pomiarów	tak	
62.	Pomiar temperatury, w komplecie czujnik temperatury. Wymagane wyświetlanie różnicy temperatur mierzonej w dwóch różnych punktach	tak	
63.	Kapnografia	tak	
64.	Pomiar CO2 wdech i wydech	tak	
65.	Rozdzielność trendów	Podać	
66.	Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (w komplecie min 5 szt. przetworników)	tak	
67.	Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną (preferowane z układem eliminacji artefaktów), przewód i 3 mankiety : dla dorosłych mały, średni, duży i dodatkowy mankiety dla dzieci	tak	
XI.	Alarmy		
68.	Ustawienie granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrów	tak	
69.	Alarmy z hierarchią ważności	tak	
70.	Alarmy optyczne i akustyczne przy przekroczeniu nastawionych granic alarmowych dla monitorowanych parametrów	tak	
XII.	Ponadto		
72	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
73	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
74	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Przewoźny aparat do znieczuleń ogólnych						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pulsoksymetr – 1 szt.**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Pulsoksymetr dla noworodków, dzieci i dorosłych	TAK	
2.	Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem i zasilaczem sieciowym	TAK	
3.	Zasilanie AC 220 VAC 50 Hz +/-10%	TAK	
4.	Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora na minimum 8 godzin pracy	TAK	
5.	Waga maksymalna 1,3 kg	TAK	
6.	Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia	TAK	
7.	Wymiary Szer. x Głęb. x Wys.	Podać	
	POMIAR PARAMETRÓW		
8.	Zakres pomiaru saturacji 1-100%	TAK	
9.	Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 80% - 100% +/- 2 cyfry 60% - 80% +/- 3 cyfry	TAK	
10.	Zakres pomiaru pulsu 20 –250 uderzeń na minutę	TAK	
11.	Dokładność pomiaru w całym zakresie +/- 3 bpm	TAK	
12.	Ciągły tryb monitorowania parametrów	TAK	
	WYŚWIETLANIE PARAMETRÓW		
13.	Wyświetlacz typu LED, prezentujący wartości w różnych kolorach w przypadku sytuacji alarmowej	TAK	
14.	Wskaźnik amplitudy pulsu	TAK	
15.	Wskaźnik poszukiwania pulsu		
16.	Wskaźnik wyciszenia alarmów	TAK	
17.	Wskaźnik zasilania sieciowego	TAK	
18.	Wskaźnik zasilania akumulatorowego	TAK	
19.	Wskaźnik artefaktu	TAK	
20.	Wskaźnik odłączenia czujnika	TAK	
21.	Min 24 godzinne trendy SpO2 i Pulsu z opcją wydruku na zewnętrznej drukarce.	TAK	
	POŁĄCZENIA		
22.	EIA 232- szeregowe wyjście cyfrowe	TAK	
	ALARMY		
23.	Alarm dźwiękowy i wizualny dla pulsu	TAK	
24.	Alarm dźwiękowy i wizualny dla saturacji	TAK	
25.	Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenia zmian SpO2 bez podchodzenia do monitora	TAK	
26.	Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika	TAK	
27.	Alarm dźwiękowy i wizualny rozładowania wewnętrznego akumulatora	TAK	
28.	Możliwość regulacji głośności alarmu	TAK	
29.	Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu.	TAK	
30.	Regulacja dolnej i górnej granicy alarmu pulsu z możliwością prezentacji na wyświetlaczu	TAK	
31.	Regulacja dolnej o górnej granicy alarmowej SpO2	TAK	
32.	Regulacja czasu opóźnienia reakcji alarmu na zmianę saturacji w zakresie: 10s, 25s, 50s, 100s dla zmian o 1%.	TAK	

33	Regulacja czasu opóźnienia reakcji na zmianę saturacji wyższą niż 1% według algorytmu: (10s, 25s, 50s, 100s) / wartość zmiany saturacji = czas opóźnienia reakcji alarmu.	TAK	
34	Łatwa regulacja głośności alarmów	TAK	
	WYPOSAŻENIE		
35	Przewód łączący urządzenie z czujnikiem pomiarowym	TAK	
36	Czujnik pomiarowy saturacji typu klips 1szt. dla dorosłych	TAK	
	POZOSTAŁE		
37	Instrukcja obsługi w języku polskim dostawa z aparatem	TAK	
38	Oryginalny prospekt z listą parametrów technicznych producenta	TAK Załączyć	
40	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
41	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
42	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Pulsoksymetr						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Respirator - 2szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Tryb wentylacji kontrolowanej CMV	Tak	
2.	Tryb wentylacji wspomaganej	Tak	
3.	Wentylacja 100 % tlenem	Tak	
4.	Mix tlenowy	Tak	
5.	Płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20-60 mbar	Tak, podać	
6.	Niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 8-40 oddechów/ min	Tak, podać	
7.	Niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 3-20 l/min	Tak, podać	
8.	Zawór pacjenta z zastawką PEEP regulowana w zakresie 0-20 cmH2O	Tak, podać	
9.	Optyczne i dźwiękowe alarmy bezpieczeństwa: niskiego i wysokiego ciśnienia wentylacji, niskiego ciśnienia w układzie zasilania; rozładowania baterii	Tak	
10.	MODUŁ INHALACJI	Tak	
11.	Regulacja przepływu tlenu w zakresie od 0-15 l/min	Tak	
12.	Możliwość podłączenia maski do tlenoterapii lub wąsów tlenowych	Tak	
13.	funkcja płynnego przełączania źródła zasilania tlenem (butla wewnętrzna/ instalacja centralna)	Tak	
14.	ZESTAW PRZENOŚNY	Tak	
15.	postać metalowej ramy o przekroju w kształcie litery C, posiadającej od wewnętrznej strony miejsce na butlę i reduktor, a od zewnętrznej miejsce na respirator, moduł inhalacji i akcesoria. Zestaw posiada uchwyty do powieszenia na ramie noszy lub łóżka, oraz uchwyt stacjonarny do powieszenia na ścianie. Komplet posiada certyfikat zgodności z normą PN EN 1789.	Tak	
16.	Płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20-60 mbar	Tak	
17.	Reduktor z manometrem	Tak	
18.	Przewód pacjenta przystosowany do sterylizacji	Tak	
19.	Zawór pacjenta przystosowany do sterylizacji	Tak	
20.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
21.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
22.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Respirator						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Ssak elektryczny – 3 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Ssak elektryczny przejezdny	Tak	
2.	Przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę	Tak	
3.	Zbiorniki – 2szt , o pojemności min. 2 [l] na odsysane płyny wykonane z materiału nietłukącego i sterylizowany w temp. 121°C	Tak, podać	
4.	Przewód ssący silikonowy o dł. min. 1,5m	Tak, podać	
5.	Uchwyt na dren ssący	Tak	
6.	Standardowe wyposażenie w wózek zespolony z ssakiem	Tak	
7.	Wózek kolumnowy, przystosowany do zamocowania kosza na cewniki	Tak	
8.	System jezdny zapewniający łatwe i bezpieczne manewrowanie, cztery kółka w tym dwa z blokadą	Tak	
9.	Wydajność ssania min. 38 [l/min] na wyjściu	Tak, podać	
10.	Płynna regulacja podciśnienia w zakresie min.0-90kPa	Tak, podać	
11.	Poziom hałasu nie przekraczający 40dB	Tak, podać	
12.	Wielostopniowe zabezpieczenia przed przenikaniem płynów do wnętrza aparatu (zabezpieczenie pompy)	Tak	
13.	Bezolejowa pompa ssąca nie wymagająca konserwacji	Tak	
14.	Możliwość stosowania wkładów jednorazowych na odsysane płyny	Tak	
15.	Filtr p/bakteryjny min. 10 szt. zestawie oraz zapasowy zbiornik – 1szt.	Tak, podać	
16.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
17.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
18.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Ssak elektryczny						3	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw do endoskopii z torem wizyjnym i wózkiem (endoskop dolnego odcinka przewodu pokarmowego) – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
I	WIDEOKOLONOSKOP – 1 szt.		
1	Kompatybilny z oferowanym procesorem wizyjnym	TAK	
2	Przetwornik CCD „kolor”	TAK	
3	Średnica kanału roboczego – min. 3,8 mm	TAK, podać	
4	Średnica zewnętrzna sondy wzornikowej - max 13,2 mm	TAK, podać	
5	Długość robocza sondy wzornikowej – min 1500 mm	TAK, podać	
6	Kąt widzenia – min 140°	TAK	
7	Minimalne wychylenie końcówki sondy wzornikowej góra: 180° dół: 180° prawo: 160° lewo: 160°	TAK	
8	Funkcja identyfikacji endoskopu przez procesor	TAK	
9	Głębokość ostrości - Min 3-100 mm	TAK, podać	
10	Możliwość rejestracji nieruchomych obrazów endoskopowych oraz sekwencji wideo bezpośrednio z głowicy wideoendoskopu	TAK	
11	Możliwość przypisania dowolnej funkcji procesora na dowolny przycisk sterujący wideoendoskopu – minimum 3 przyciski	TAK	
II	PROCESOR WIZYJNY I ŹRÓDŁO ŚWIATŁA– 1 szt.		
1.	Kompatybilny z wszystkimi oferowanymi wideoendoskopami	TAK	
2.	Przetwornik CCD „kolor”	TAK	
3.	Pompa powietrzna z min. 3-stopniową regulacją nadmuchu	TAK	
4.	Elektroniczne wyostrenie obrazu w trakcie badania – min. 3-stopniowe	TAK	
5.	Funkcja zatrzymania obrazu głównego z jednoczesnym podglądem obrazu ruchomego na tym samym monitorze	TAK	
6.	Źródło światła wbudowane w obudowę procesora	TAK	
7.	Typ oświetlenia w źródle światła – ksenon	TAK	

8.	Moc oświetlenia – min 100W	TAK	
9.	Regulacja oświetlenia automatyczna lub ręczna	TAK	
10.	Klawiatura	TAK	
III	WÓZEK MEDYCZNY – 1 szt.		
1.	Podstawa jezdna z blokadą min. 2 kół	TAK	
2.	Wieszak na endoskop	TAK	
3.	Centralny włącznik wózka	TAK	
4.	Listwa zasilająca	TAK	
5.	Możliwość ustawienia wszystkich elementów zestawu	TAK	
IV	MONITOR LCD – 1 szt.		
1.	Współpraca z oferowanym zestawem	TAK	
2.	Typ monitora – LCD	TAK	
3.	Rozmiar ekranu – min. 17"	TAK	
4.	Rozdzielczość ekranu - min. 1280x1024mm	TAK, podać	
V	SSAK ENDOSKOPOWY – 1 szt.		
1.	Regulacja mocy ssania	TAK	
2.	Autoklawowalny słoje min 1 litrowy	TAK	
3.	Możliwość umieszczenia na wózku endoskopowym.	TAK	
VI	DIATERMIA Z MODUŁEM ARGONOWYM –1 szt.		
1.	Cięcie monopolarne z automatycznym dopasowaniem mocy - Moc maksymalna min. 350 W	TAK	
2.	Koagulacja monopolarna - Moc maksymalna min 150 W	TAK	
3.	Koagulacja bipolarna - Moc maksymalna min 120 W	TAK	
4.	Cięcie bipolarne - Moc maksymalna min 80 W	TAK	
5.	Ilość efektów koagulacji możliwych do uzyskania podczas cięcia - Min. 4	TAK	
6.	Koagulacja monopolarna kontaktowa - min. 2 tryby	TAK	
7.	Funkcja naprzemiennego cięcia i koagulacji (papillotomia –polipektomia, tzw. endocut)	TAK	
8.	Możliwość regulowania procentowym wypełnieniem czasu trwania cięcia w cyklu.	TAK	
9.	Nastawy min 9 ustawień indywidualnych – parametrów mocy zabiegowych dla wszystkich funkcji urządzenia	TAK	
10.	Układ monitorowania jakości kontaktu elektrody powrotnej (biernej)	TAK, opisać	
11.	Czytelne duże wyświetlacze dla poszczególnych parametrów	TAK	

12.	Automatyczny autotest urządzenia po załączeniu	TAK	
13.	Test podłączonego do aparatu osprzętu	TAK	
14.	Sygnalizacja aktywacji dla trybu cięcia i koagulacji dźwiękowa i wzrokowa	TAK	
15.	Cięcie w osłonie argonu	TAK	
16.	Koagulacja w osłonie argonu	TAK	
17.	Koagulacja pulsacyjna w osłonie argonu	TAK	
18.	Zakres regulacji przepływu argonu - 0.1 do 9.9	TAK	
19.	Funkcja przeczyszczania argonem	TAK	
20.	Ilość gniazd monopolarnych – min.2	TAK	
21.	Ilość gniazd bipolarnych – min. 1	TAK	
22.	Wymagane wyposażenie aparatu chirurgicznego: - Włącznik nożny wodoodporny 2. przyciskowy, - Elektroda neutralna silikonowa z kablem min. 4 m, - Butla argonowa, - Reduktor butli argonowej, - Uchwyt giętkiej elektrody argonowej, z kablem min. 3 m, - Giętka elektroda argonowa, śred.2,3mm, dł. 2,2m, - Kabel do narzędzi endoskopowych, dł. min. 3m, - Filtr antybakteryjny.	TAK	
23	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
24	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
25	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw do endoskopii dolnego odcinka przew. pokarmowego						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw do endoskopii z torem wizyjnym i wózkiem (endoskop górnego odcinka przewodu pokarmowego) – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
I	WIDEOGASTROSKOP - 1 szt.		
1.	Kompatybilny z oferowanym procesorem wizyjnym	TAK	
2.	Przetwornik CCD „kolor”	TAK	
3.	Średnica kanału roboczego - min. 2,8 mm	TAK, podać	
4.	Średnica zewnętrzna sondy wziernikowej - max 9,8 mm	TAK	
5.	Długość robocza sondy wziernikowej – ok. 1020 -1060 mm	TAK, podać	
6.	Kąt widzenia - Min 140°	TAK	
7.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wziernikowej góra: 210° dół: 120° prawo: 120° lewo: 120°	TAK	
8.	Funkcja identyfikacji endoskopu przez procesor	TAK	
9.	Głębina ostrości - min 5-100 mm	TAK, podać	
10.	Możliwość rejestracji nieruchomych obrazów endoskopowych oraz sekwencji wideo bezpośrednio z głowicy wideoendoskopu	TAK	
11.	Możliwość przypisania dowolnej funkcji procesora na dowolny przycisk sterujący wideoendoskopu – minimum 3 przyciski	TAK	
12.	Ręczny tester szczelności z normą medyczną	TAK	
III	PROCESOR WIZYJNY I ŹRÓDŁO ŚWIATŁA– 1 szt.		
1.	Kompatybilny z wszystkimi oferowanymi wideoendoskopami	TAK	
2.	Przetwornik CCD „kolor”	TAK	
3.	Pompa powietrzna z min. 3-stopniową regulacją nadmuchu	TAK	
4.	Elektroniczne wyostrenie obrazu w trakcie badania – min. 3-stopniowe	TAK	
5.	Funkcja zatrzymania obrazu głównego z jednoczesnym podglądem obrazu ruchomego na tym samym monitorze	TAK	
6.	Źródło światła wbudowane w obudowę procesora	TAK	
7.	Typ oświetlenia w źródle światła – ksenon	TAK	

8.	Moc oświetlenia – min 100W	TAK	
9.	Regulacja oświetlenia automatyczna lub ręczna	TAK	
10.	Klawiatura	TAK	
IV	WÓZEK MEDYCZNY – 1 szt.		
1.	Podstawa jezdna z blokadą min. 2 kół	TAK	
2.	Wieszak na endoskop	TAK	
3.	Centralny włącznik wózka	TAK	
4.	Listwa zasilająca	TAK	
5.	Możliwość ustawienia wszystkich elementów zestawu	TAK	
V	MONITOR LCD – 1 szt.		
1.	Współpraca z oferowanym zestawem	TAK	
2.	Typ monitora – LCD	TAK	
3.	Rozmiar ekranu – min. 17"	TAK	
4.	Rozdzielczość ekranu - min. 1280x1024mm	TAK, podać	
VI	SSAK ENDOSKOPOWY – 1 szt.		
1.	Regulacja mocy ssania	TAK	
2.	Autoklawowalny słoje min 1 litrowy	TAK	
3.	Możliwość umieszczenia na wózku endoskopowym.	TAK	
VII	DIATERMIA Z MODUŁEM ARGONOWYM –1 szt.		
1.	Cięcie monopolarne z automatycznym dopasowaniem mocy - Moc maksymalna min. 350 W	TAK	
2.	Koagulacja monopolarna - Moc maksymalna min 150 W	TAK	
3.	Koagulacja bipolarna - Moc maksymalna min 120 W	TAK	
4.	Cięcie bipolarne - Moc maksymalna min 80 W	TAK	
5.	Ilość efektów koagulacji możliwych do uzyskania podczas cięcia - Min. 4	TAK	
6.	Koagulacja monopolarna kontaktowa - min. 2 tryby	TAK	
7.	Funkcja naprzemiennego cięcia i koagulacji (papillotomia –polipektomia, tzw. endocut)	TAK	
8.	Możliwość regulowania procentowym wypełnieniem czasu trwania cięcia w cyklu.	TAK	
9.	Nastawy min 9 ustawień indywidualnych – parametrów mocy zabiegowych dla wszystkich funkcji urządzenia	TAK	
10.	Układ monitorowania jakości kontaktu elektrody powrotnej (biernej)	TAK, opisać	
11.	Czytelne duże wyświetlacze dla poszczególnych parametrów	TAK	
12.	Automatyczny autotest urządzenia po załączeniu	TAK	

13.	Test podłączonego do aparatu osprzętu	TAK	
14.	Sygnalizacja aktywacji dla trybu cięcia i koagulacji dźwiękowa i wzrokowa	TAK	
15.	Cięcie w osłonie argonu	TAK	
16.	Koagulacja w osłonie argonu	TAK	
17.	Koagulacja pulsacyjna w osłonie argonu	TAK	
18.	Zakres regulacji przepływu argonu - 0.1 do 9.9	TAK	
19.	Funkcja przeczyszczania argonem	TAK	
20.	Ilość gniazd monopolarnych – min.2	TAK	
21.	Ilość gniazd bipolarnych – min. 1	TAK	
22.	Wymagane wyposażenie aparatu chirurgicznego: - Włącznik nożny wodoodporny 2. przyciskowy, - Elektroda neutralna silikonowa z kablem min. 4 m, - Butla argonowa, - Reduktor butli argonowej, - Uchwyt giętkiej elektrody argonowej, z kablem min. 3 m, - Giętka elektroda argonowa, śred.2,3mm, dł. 2,2m, - Kabel do narzędzi endoskopowych, dł. min. 3m, - Filtr antybakteryjny.	TAK	
23.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
24.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
25.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw do endoskopii górnego odcinka przew. pokarmowego						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Biurko lekarskie – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETRY WYMAGANE	PARAMETRY OFEROWANE
1	Wykonane z płyty wiórowej laminowanej.	TAK	
2	Krawędzie zabezpieczone nakładkami z tworzywa	TAK	
3	Wyposażone w trzy szuflady z centralnym zamkiem oraz półkę nad nimi	TAK	
4	Szuflady na prowadnicach rolkowych	TAK	
5	Wymiary (mm): 1105 x 600 x 780 (+/- 20 mm)	TAK, podać	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Biurko lekarskie						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa bezcieniowa przejezdna 5 projektorowa z kamerą i torem wizyjnym – 2 szt**

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Lampa bezcieniowa przystosowana do zabiegów i operacji	TAK	
2	Kopuła wykonana z tworzywa o kształcie ułatwiającym utrzymanie w czystości i łatwa w dezynfekcji.	TAK	
3	Lampa na statywie, przejezdna wyposażona w koła z blokadą – podstawa wyposażona w akumulator	TAK	
4	Regulacja wielkości plamy świetlnej za pomocą sterylizowanego uchwytu (po 2 uchwyty do każdej kopuły)	TAK	
5	Regulacja natężenia oświetlenia z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy	TAK	
6	Wychylenie poszczególnych reflektorów oraz zmiana położenia żarówki względem ogniskowej odbłyśnika realizowana elektronicznie w sposób płynny	TAK	
7	Natężenie oświetlenia min. 110.000 lx	TAK	
8	Współczynnik oddawania barw Ra=96	TAK	
9	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób płynny w zakresie: maksymalna wielkość plamy świetlnej po jej zmniejszeniu - 150 mm minimalna wielkość plamy świetlnej po jej powiększeniu -250 mm	TAK	
10	Temperatura barwowa światła 4200 K	TAK	
11	Zakres roboczy – odległość minimalna i maksymalna kopuły od pola operacyjnego . 70-130 cm	TAK	
12	Zasilanie sieciowe : 230V, 50/60 Hz Zasilanie awaryjne realizowane z wbudowanego w podstawę akumulatora o mocy i pojemności dostosowanej do zasilania lampy przy zaniku zasilania sieciowego przez okres 3 godzin	TAK	
13	Źródło światła: żarówki halogenowe o mocy max. 55 W	TAK	
14	Żywotność żarówek min. 1300 h	TAK	
15	Regulacja wartości natężenia oświetlenia realizowana elektronicznie w sposób płynny w zakresie: min. 50-100 %	TAK	
16	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	

17	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
18	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Lampa bezcieniowa przejezdna 5 projektorowa z kamerą i torem wizyjnym						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa bezcieniowa przejezdna 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Lampa przeznaczona do oświetlania pola podczas zabiegów medycznych	TAK	
2.	Lampa na statywie, przejezdna wyposażona w koła z blokadą – podstawa wyposażona w akumulator	TAK	
3.	Lampa z możliwością ogniskowania oraz regulacją jasności oświetlenia	TAK	
4.	Regulacja natężenia oświetlenia z klawiatury umieszczonej na statywie lampy	TAK	
5.	Natężenie oświetlenia min. 45 000 lx	TAK, podać	
6.	Współczynnik oddawania barw min. Ra=96	TAK, podać	
7.	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób płynny w zakresie: min. 14-19 cm	TAK	
8.	Temperatura barwowa min. 4200 K	TAK, podać	
9.	Zakres pracy bez konieczności ogniskowania: min. 70-140 cm	TAK, podać	
10.	Zasilanie: 230V, 50/60 Hz	TAK	
11.	Źródło światła: żarówki halogenowe o mocy min. 50 W	TAK, podać	
12.	Żywotność żarówek min. 1300 h	TAK, podać	
13.	Regulacja wartości natężenia oświetlenia realizowana elektronicznie w sposób płynny w zakresie: min. 50-100 %	TAK, podać	
14.	Układ zawieszenia umożliwiający regulację wysokości oraz obrót głowicy	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Lampa bezcieniowa przejezdna						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **łóżko szpitalne metalowe z wyposażeniem – 2 szt.**

	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szerokość całkowita: 890 mm (± 30 mm)	TAK	
2.	Długość całkowita: 1950 mm (± 30 mm)	TAK	
3.	Wysokość leża od podłogi: 470 mm (± 30 mm)	TAK	
4.	Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
5.	Leże podzielone na dwie sekcje w tym ruchome oparcie pleców	TAK	
6.	Segmenty leża wypełnione siatką metalową pokrytą lakierem proszkowym	TAK	
7.	Siatka w leżu montowana na stałe	TAK	
8.	Ręczna regulacja oparcia pleców za pomocą mechanizmu zapadkowego w zakresie do 75° ($\pm 5^{\circ}$)	TAK	
9.	Łóżko wyposażone w 4 koła o średnicy min 125 mm z czego 2 mają posiadać blokadę jazdy i obrotu	TAK	
10.	Szczyty łóżka lakierowane wyjmowane z ramy leża	TAK	
11.	Wyjmowane wypełnienie szczytów łóżka wykonane z płyty laminatowej	TAK	
12.	Łóżko zaopatrzone w krążki odbojowe	TAK	
13.	Łóżko wyposażone w haczyki do zawieszania woreczków (po 2 szt. na jedną stronę)	TAK	
14.	Możliwość montażu na ramie łóżka poręczy bocznych, wieszaka kroplówki, podwójnej ramy wyciągowej, wieszaków na kaczkę i basen	TAK	
15.	Elementy wyposażenia łóżek: 1 Materac w zdejmowanym pokrowcu z tkaniny nieprzemakalnej paro przepuszczalnej	TAK	
16.	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
17.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
18.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

rzedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
łóżko szpitalne metalowe z wyposażeniem						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Myjnia do endoskopów giętkich – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Możliwość mycia i dezynfekcji 2 endoskopów jednocześnie.	Tak	
2.	Asynchroniczne mycie i dezynfekcja endoskopów (dwie niezależne, oddzielnie sterowane komory robocze)	Tak	
3.	Dezynfekcja chemiczna	Tak	
4.	Wielokrotne użycie dezynfektanta	Tak	
5.	Temperatura dezynfekcji ok. 20°C	Tak, podać	
6.	Praca w szczelnym systemie zamkniętym	Tak	
7.	Mycie i dezynfekcja endoskopów elastycznych różnych producentów	Tak	
8.	Automatyczna kontrola szczelności endoskopu przez cały proces	Tak	
9.	Jednakowe warunki mycia powierzchni wewnętrznych i zewnętrznych endoskopu	Tak	
10.	Filtry wody	Tak	
11.	Mycie i płukanie wodą dezynfekowaną	Tak	
12.	Możliwość stosowania środków chemicznych różnych producentów	Tak	
13.	Samo dezynfekcja myjni	Tak	
14.	Automatyczne suszenie endoskopów	Tak	
15.	Opcja płukania kanałów alkoholem	Tak	
16.	Sterowanie mikroprocesorowe	Tak	
17.	Minimum 7 programów mycia i dezynfekcji	Tak, podać	
18.	Minimum dwuliniowy wyświetlacz komunikatów tekstowych	Tak	
19.	Wyświetlanie komunikatów w języku polskim	Tak	
20.	Wybór programów dostosowany do rodzaju i stopnia zanieczyszczenia endoskopów	Tak	
21.	Możliwość wprowadzenia do systemu myjni danych identyfikacyjnych mytych endoskopów	Tak	
22.	Możliwość modyfikacji programów	Tak	
23.	Wbudowana drukarka parametrów procesu	Tak	
24.	Myjnia stacjonarna	Tak	
25.	Zasilanie elektryczne 230V; 50Hz	Tak	
26.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
27.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
28.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Myjnia do endoskopów giętkich						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Negatoskop 2 klatkowy – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wymiary: 740 x 510 x 92 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
2.	masa: 13,5 kg (+/- 3kg)	Tak, podać	
3.	klasa ochronności: I	Tak	
4.	ilość klatek: 2	Tak	
5.	wymiary ekranu: 72 x 43 cm (+/- 2cm)	Tak ,podac	
6.	regulacja luminancji:	Tak	
7.	luminancja ekranu: 4200 cd / m2 ±25%	Tak	
8.	pobór mocy: 295 VA	Tak	
9.	napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Negatoskop 2 klatkowy						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pojemnik na odpadki – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Kosz ze stali nierdzewnej polerowanej	TAK	
2.	otwierany przyciskiem pedałowym	TAK	
3.	pojemność 20 l	TAK	
4.	pokrywa otwierana przyciskiem pedałowym	TAK	
5.	zaopatrzony w wyjmowane plastikowe wiadro	TAK	
6.	Wysokość 44,5 cm	TAK	
7.	Średnica 29,5 cm	TAK	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
9.	Okres gwarancji	min 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Pojemnik na odpadki						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stojak do wlewów i kroplówek – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podstawa i tubus chromowana	TAK	
2	Statyw na płyny infuzyjne chromowane	TAK	
3	Wysokość 1740 do 2450mm	TAK	
4	Średnica podstawy ok. 550mm	TAK	
5	5 kółek jezdnych	TAK, podać	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stojak do wlewów i kroplówek						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół zabiegowy uniwersalny z oprzyrządowaniem– 2 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
2.	Zmiana wysokości leża nożną pompą hydrauliczną	TAK	
3.	Przechyły Trendelenburga i antytrendelenburga oraz unoszenia placów wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
4.	Długość x szerokość ok. 1950x650mm	TAK	
5.	Regulacja wysokości leża od ok. 570 do ok. 870 mm	TAK	
6.	Pozycja Trendelenburga 20 ⁰	TAK	
7.	Pozycja antytrendelenburga 10 ⁰	Podać	
8.	Kąt unoszenia placów 70 ⁰		
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10.	Okres gwarancji	min. 12 miesiące	
11.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stół zabiegowy uniwersalny z oprzyrządowaniem						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół ze zlewem dwukomorowym – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stół ze zlewem dwukomorowym.	TAK	
2.	Wymiar stołu około 1200 x 600 x 850 mm	TAK, podać	
3.	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK, podać	
4.	Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione	TAK, podać	
5.	Po lewej stronie stół zabudowany pionowym rzędem szuflad (trzy szuflady - jedna pod drugą)	TAK	
6.	Komory o wymiarach (dł x szer x gł) w mm : 400x400x250 (+/- 20 mm)	TAK, podać	
7.	Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową.	TAK	
8.	Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu).	TAK	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stół ze zlewem dwukomorowym						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Taboret obrotowy - 4 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Średnica siedziska: 370 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości: 430 do 720 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3	Podstawa z profili stalowych pokryta lakierem proszkowym	TAK	
4	Podstawa pięcioramienna zakończona stopkami	TAK	
5	Tapicerowane siedziska gąbką i skajem	TAK	
6	Możliwość wyboru koloru tapicerki	TAK	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
8	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Taboret obrotowy						4	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek zabiegowy – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wymiary ok. 860x750x450mm	TAK, podać	
2	Stolik wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK,	
3	2 Półki ze szkła hartowanego	TAK	
4	2 miski osadzone w ruchomych koszykach	TAK	
5	4 kółka jezdne	TAK	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek zabiegowy						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek anestezjologiczno - zabiegowy – 3 szt.**

	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Długość: 1050mm (± 20 mm)	TAK	
2.	Szerokość: 630 mm (± 20 mm)	TAK	
3.	Wysokość: 1020 mm (± 20 mm)	TAK	
4.	Średnica kół jezdnych: min. 100 mm	TAK	
5.	Min. 2 koła z blokadą	TAK	
6.	Korpus wózka wykonany z blachy stalowej ocynkowanej pokrytej lakierem proszkowym	TAK	
7.	Blat oraz czoła drzwiczek wózka wykonane z tworzywa ABS	TAK	
8.	Blat z profilowanymi krawędziami zabezpieczającymi z trzech stron	TAK	
9.	Wózek wyposażony w jeden rząd pięciu pojemników ażurowych zamykanych dwoma drzwiczkami	TAK	
10.	Pojemniki wysuwane na prowadnicach	TAK	
11.	W półkach zamontowane pojemniki ażurowe z tworzywa ABS o następujących wymiarach: - 600 x 400 x 50 mm –2 szt. - 600 x 400 x 100 mm – 2 szt. - 600 x 400 x 200 mm – 1 szt.	TAK	
12.	Możliwość podziału pojemników odpowiednimi przegrodami w sposób uzależniony od przewożonych materiałów	TAK	
13.	W wyposażeniu po dwie przegrody na każdy pojemnik	TAK	
14.	Drzwiczki dopasowane wymiarami do komory zawierającej pojemniki	TAK	
15.	Dół wózka zabezpieczony odbojem wykonanym ze stali nierdzewnej	TAK	
16.	Wyposażenie wózka: - segregator z 9 komorami - mały pojemnik na zużyte igły - duży pojemnik na zużyte igły - kosz kolanowy - kuweta ze stali nierdzewnej - taca na narzędzia	TAK	
17.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
18.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek anestezjologiczno-zabiegowy						3	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek do transportu chorych z wyposażeniem – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Całkowita długość ok. 2000mm	TAK, podać	
2	Całkowita szerokość bez poręczy ok. 680mm	TAK, podać	
3	Zakres regulacji wysokości leża od ok. 550 do 810 mm	TAK, podać	
4	Zakres regulacji oparcia placów -15 ⁰ do 70 ⁰	TAK, podać	
5	4 koła jezdne o średnicy ok. 200mm	TAK, podać	
6	Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
7	Segmenty leża wypełnione płytą laminatową	TAK	
8	Zmiana wysokości leża uzyskiwana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej	TAK	
9	Regulacja pochylenia oparcia wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
10	Rama leża wyposażona w narożniki w kształt koła	TAK	
11	Poręcz boczna chromowana 2szt.	TAK	
12	Wieszak kroplówki (haczyki chromowane)	TAK	
13	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
14	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek do transportu chorych z wyposażeniem						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek zabiegowy - 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wymiary ok. 860x750x450mm	TAK, podać	
2	Stolik wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK,	
3	2 Półki ze szkła hartowanego	TAK	
4	2 miski osadzone w ruchomych koszykach	TAK	
5	4 kółka jezdne	TAK	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek zabiegowy						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1- komorowym – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione. Po lewej stronie stół zabudowany pionowym rzędem szuflad (trzy szuflady - jedna pod drugą). pozostała część bez zabudowy. Po prawej stronie komora o wymiarach (dłxszxw) w mm ok. : 400x400x250. Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową. Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu).	TAK, podać	
2	Stół roboczy zabudowany szufladami wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Stół z trzema szufladami (jedna pod drugą). Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK, podać	
3	Szafka wisząca wykonana ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1 komorowym						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw komputerowy – 2 szt.**

Opis przedmiotu zamówienia

Lp	Komputer	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	Ilość
1.	Procesor	Procesor typu: Core2 Duo o min. częstotliwości zegara 2,6 GHz		1
2.	Płyta główna	4 x USB 2.0 , PCIE,		1
3.	Pamięć	2 GB DDR3		1
4.	HDD	320 GB SATA2		1
5.	Karta graficzna	512MB DDR3, 256b DVI		1
6.	Karta sieciowa	min. 10/100		1
7.	Nagrywarka CD/DVD	wymagana		1
8.	Karta dźwiękowa	wymagana		1
9.	Obudowa ATX	Zasilacz 400W, USB front		1
10.	Napęd FDD	wymagana		1
11.	Oprogramowanie	1. typu Windows XP Professional SP3 2. typu Microsoft Office 2007 Small Business		1
12.	Klawiatura	wymagana		1
13.	Mysz optyczna + podkł	wymagana		1
Lp	Monitor	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	Ilość
1.	LCD	Przekątna 22" wielkość plamki 0,26 odświeżanie p 60-75Hz Czas reakcji 2ms, DVI		1
Lp	Drukarka	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	Ilość
1.	Laser mono, format A4	Złącze usb; min rozdzielczość 600x600; wydajność min10 str/min, 10000 str/miesięcznie; druk dwustronny, czarno biały; pamięć min 32 Mb; kabel USB, gramatura papieru od 70 do 160; pojem. podajnika 100 szt.		1
Lp	Inne	Minimalne parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę	
1.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące		1

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw (komputer, monitor, drukarka)						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Wypożyczenie

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
2.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

.....
/ Miejsowość rok, m-c, dzień/

OFERTA

Do:

Powiat Radomszczański
97-500 Radomsko
ul. Leszka Czarnego 22
tel. +48 (044) 683 45 09, faks +48 (044) 683 43 35
NIP: 772 – 22 – 61 – 699
REGON: 590648445

Ofertę przetargową składa:

Nazwa Wykonawcy:.....

Adres:.....

Województwo:..... Powiat:.....

Tel./Fax.

REGON: NIP:.....

Osoba upoważniona do kontaktów:

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn.

**Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego
niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego
„Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

przedkładam(-y) niniejszą ofertę na:

- I. **Część I zamówienia: (wpisać „TAK” lub „NIE”)**
- II. **Część II zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)**
- III. **Część III zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)**

jednocześnie oświadczając, że akceptujemy w całości wszystkie warunki zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ).

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia - zgodnie z załączonym do oferty formularzem cenowym będącym integralną częścią niniejszej oferty - za wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie:

A) dla CZĘŚCI I zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:,

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

B) dla CZĘŚCI II zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:,

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

C) dla CZĘŚCI III zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:,

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

2. WARUNKI PŁATNOŚCI - ZGODNIE Z UMOWĄ I OFERTĄ

3. OKRES GWARANCJI JAKOŚCI – ZGODNIE Z UMOWĄ I OFERTĄ

4. OKRES RĘKOJMI ZA WADY – ZGODNIE Z UMOWĄ I OFERTĄ

5. Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia w terminie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z załączonymi do niej dokumentami oraz zdobyliśmy wszelkie konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty i uwzględniliśmy wszystkie warunki tam

zawarte oraz inne koszty niezbędne do poniesienia dla prawidłowego wykonania zamówienia. Przyjmujemy przekazane dokumenty bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się do wykonania całości przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami w nich zawartymi.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
8. Oświadczamy, że wzór umowy (dodatek nr 8 do SIWZ) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w niej warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. Następujące części zamówienia powierzymy podwykonawcom <i>(jeżeli dotyczy)</i>: Część zamówienia: Część zamówienia:..... Część zamówienia:..... zgodnie z dodatkiem nr 9 do SIWZ.
10. Wadium dla: a) dla Części I zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... <i>(jeżeli dotyczy)*</i> b) dla Części II zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... <i>(jeżeli dotyczy)*</i> c) dla Części III zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... <i>(jeżeli dotyczy)*</i> Dokument potwierdzający wniesienie wadium załączamy do oferty. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 46 ust. 4a i ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych nie będziemy zgłaszać roszczeń do wniesionego wadium.
11. Jeżeli nasza oferta zostanie wybrana, zobowiązujemy się do wniesienia przed podpisaniem umowy zabezpieczenia należytego wykonania umowy zgodnie z warunkami ustalonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
12. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej <i>(jeżeli dotyczy)</i>: Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon faks

13. Niniejsza oferta przetargowa zawiera następujące dokumenty i załączniki :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Podpisano

.....
/podpis osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu wykonawcy/

****-niepotrzebne skreślić***



Dodatek nr 5A do SIWZ.

Załącznik nr do oferty.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

zgodne z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą:

Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

ja niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wpisana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że **posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)

Dodatek nr 5B do SIWZ.

Załącznik nr do oferty.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

zgodne z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą:

Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

ja niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wpisana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że **posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)

Dodatek nr 5C do SIWZ.

Załącznik nr do oferty.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

zgodne z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą:

Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

ja niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wpisana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że **dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)

Dodatek nr 5D do SIWZ.

Załącznik nr do oferty.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

zgodne z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą:

Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

ja niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wpisana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że **przedstawię pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia^{*)}**.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)

* dotyczy wyłącznie wykonawców którzy wskazali w ofercie, że będą dysponować potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

Dodatek nr 5E do SIWZ.

Załącznik nr do oferty.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

zgodne z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą:

Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

ja niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wpisana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że **znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

zgodne z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą:

Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)

ja niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wpisana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że **nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy – Prawo zamówień publicznych**, które brzmią:

Art. 24. 1. Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się:

- 1) wykonawców, którzy wyrządzili szkodę, nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie, jeżeli szkoda ta została stwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie 3 lat przed wszczęciem postępowania;
- 2) wykonawców, w stosunku do których otwarto likwidację lub których upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawców, którzy po ogłoszeniu upadłości zawarli układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli poprzez likwidację majątku upadłego;
- 3) wykonawców, którzy zalegają z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, z wyjątkiem przypadków gdy uzyskali oni przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
- 4) osoby fizyczne, które prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;
- 5) spółki jawne, których wspólnika prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu

- osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;
- 6) spółki partnerskie, których partnera lub członka zarządu prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;
- 7) spółki komandytowe oraz spółki komandytowo-akcyjne, których komplementariusza prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;
- 8) osoby prawne, których zarządzającego członka organu zarządzającego prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;
- 9) podmioty zbiorowe, wobec których sąd orzekł zakaz ubiegania się o zamówienia, na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
- 10) wykonawców, którzy nie spełniają warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 pkt 1-3.
2. Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się również wykonawców, którzy:
- 1) wykonywali bezpośrednio czynności związane z przygotowaniem prowadzonego postępowania lub posługiwali się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi w dokonywaniu tych czynności, chyba że udział tych wykonawców w postępowaniu nie utrudni uczciwej konkurencji; przepisu nie stosuje się do wykonawców, którym udziela się zamówienia na podstawie art. 62 ust. 1 pkt 2 lub art. 67 ust. 1 pkt 1 i 2;
 - 2) złożyli nieprawdziwe informacje mające wpływ na wynik prowadzonego postępowania;
 - 3) nie złożyli oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu lub dokumentów potwierdzających spełnianie tych warunków lub złożone dokumenty zawierają błędy, z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3;
 - 4) nie wnieśli wadium, w tym również na przedłużony okres związania ofertą, lub nie zgodzili się na przedłużenie okresu związania ofertą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)



Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Oświadczenie

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą:

**Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego
niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego
„Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**

ja niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wpisana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że:

- oferowany przedmiot zamówienia wykonam zgodnie z wymaganiami określonymi przez zamawiającego w S.I.W.Z.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)

Dodatek nr 7 do SIWZ.

Załącznik nr do oferty.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

Doświadczenie zawodowe¹

wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, odpowiadających swoim rodzajem dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia.

Część zamówienia²

Przedmiotu zamówienia (opis)	Wartość zamówienia (z VAT) za które wykonawca był odpowiedzialny	Daty wykonania zamówienia		Podmiot, dla którego realizowane było zamówienie
		Data rozpoczęcia	Data zakończenia	

Do wykazu należy dołączyć dokumenty od podmiotów, dla których wykonywane było zamówienie potwierdzające, że w/w dostawy zostały wykonane należycie (np. referencje).

.....
miejsce i data

.....
podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu wykonawcy

¹ Lista ta może być wydłużona, jeśli zachodzi taka potrzeba.

² należy wskazać której Części zamówienia dotyczy wykaz.

UMOWA NR/

zawarta w dniu 2009 r. w Radomsku pomiędzy Powiatem Radomszczańskim 97-500 Radomsko ul. Leszka Czarnego 22 NIP: 772 – 22 – 61 – 699 zwanym dalej „**Kupującym**” reprezentowanym przez Zarząd Powiatu w osobach:

1.
2.

a

NIP

REGON

zwanym w dalszej części „**Sprzedającym**” reprezentowanym przez:

1.
2.

W wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego powyżej 206 000 EURO na „**Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” (Faza I – Etap I)**” realizowanego w związku z wnioskiem WND-RPLD-05-01-00-00-001/09 o dofinansowanie Indywidualnego projektu kluczowego wyłonionego do dofinansowania w ramach Działania V. 1 Infrastruktura ochrony zdrowia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013, została zawarta umowa następującej treści:

§ 1

[Przedmiot umowy]

1. Przedmiotem umowy jest sprzedaż przez Sprzedającego Kupującemu - w ramach Części I, II, III zamówienia – nowej, nieużywanej aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego, niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku wraz z dostawą i montażem o właściwościach zgodnych z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz złożoną ofertą i na zasadach określonych w niniejszej umowie. Szczegółową specyfikację przedmiotu umowy stanowi załącznik nr do niniejszej umowy, zawierający m.in. oznaczenie przedmiotu umowy, ilości, producenta oraz zestawienie cen.
2. Ilekroć w dalszych postanowieniach niniejszej umowy jest mowa o sprzęcie należy przez to rozumieć aparaturę, sprzęt medyczny i wyposażenie medyczne niezbędne dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku wraz z dostawą i montażem.
3. Sprzedający zobowiązuje się dostarczyć na własny koszt i ryzyko przedmiot umowy w miejsce o którym mowa w § 2 ust. 2, a następnie go uruchomić oraz tam gdzie jest to wymagane, wykonać badania próbne oraz przeprowadzić instruktaż obsługi dla

personelu wyznaczonego przez Kupującego w zakresie działania i obsługi sprzętu w miejscu jego dostawy.

4. Uruchomienie oraz instruktaż obsługowy dla personelu nastąpi w terminie uzgodnionym przez Strony, z czego zostanie sporządzony protokół zawierający:
 - 1) nazwę i typ sprzętu,
 - 2) numer fabryczny sprzętu,
 - 3) rok produkcji sprzętu,
 - 4) nazwę producenta,
 - 5) datę uruchomienia,
 - 6) listę pracowników,
 - 7) odnotowanie przekazania instrukcji obsługi dla personelu obsługującego,
 - 8) instrukcję BHP.
5. Przedmiot umowy ma być opakowany w sposób zabezpieczający go przed uszkodzeniem. Na Sprzedającym ciąży odpowiedzialność z tytułu uszkodzenia lub utraty przedmiotu umowy aż do chwili wydania go Kupującemu na miejsce dostawy, potwierdzonej protokołem przekazania przedmiotu umowy do użytkowania.
6. Ze strony Kupującego za odbiór przedmiotu umowy i podpisanie protokołów ich dostawy, montażu i protokołu przekazania do użytkowania odpowiedzialna będzie Komisja d/s odbioru powołana przez Kupującego.
7. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Sprzedającego będzie

§ 2 [Termin]

1. Termin wykonania przedmiotu umowy *oddzielnie dla każdej z Części zamówienia* nastąpi w nieprzekraczalnym terminie **do 70 dni od dnia podpisania umowy**.
2. Przedmiot umowy należy dostarczyć na adres: Szpital Powiatowy w Radomsku 97-500 Radomsko, ul. Jagiellońska 36.

§ 3 [Podwykonawstwo]

1. Sprzedający nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy osobie trzeciej bez zgody Kupującego wyrażonej na piśmie.
2. Strony wprowadzają zakaz przenoszenia wierzytelności wynikłej z umowy na osoby trzecie. W przypadku niedotrzymania tego warunku Sprzedający będzie zobowiązany do zapłaty na rzecz Kupującego kary umownej w wysokości 10% (słownie: *dziesięć procent*) wartości brutto wynagrodzenia Sprzedającego wskazanego w §4 ust. 1 *liczonej odpowiednio od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy*.

§ 4 [Wynagrodzenie]

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Sprzedający otrzyma - zgodnie z ofertą przetargową - wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości:
 - 1) dla **Części I zamówienia**:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych)

- 2) dla **Części II zamówienia**:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych)
- 3) dla **Części III zamówienia**:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych)
- zgodnie ze szczegółowym zestawieniem określonym w załączniku nr do niniejszej umowy.
2. Strony ustalają, że w trakcie obowiązywania umowy kwoty jednostkowe określone w załączniku nr do umowy nie mogą ulec zmianie. Wynagrodzenie wymienione w ust. 1 obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy.
3. Zapłata wynagrodzenia za wykonanie przedmiotu umowy, o którym mowa w ust.1 nastąpi na podstawie faktury VAT wystawionej przez Sprzedającego oddzielnie dla każdej z **Części zamówienia** po protokolarnym przekazaniu przedmiotu umowy do użytkowania, potwierdzonym przez Komisję d/s odbioru, z zastrzeżeniem §5 ust. 3. Cena na fakturze będzie rozbita na poszczególne pozycje z wyszczególnieniem podatku VAT.
4. Kupujący zobowiązuje się do zapłaty wystawionej przez Sprzedającego faktury VAT oddzielnie dla każdej z **Części zamówienia** w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, na rachunek Sprzedającego nr Za dzień zapłaty faktury uznaje się dzień wydania dyspozycji przelewu przez Kupującego w jego banku.

§ 5 [Odbiór]

1. Odbiór przedmiotu umowy nastąpi w miejscu dostawy przedmiotu umowy wskazanym w §2 ust. 2 w okresie do 5 dni od pisemnego zgłoszenia przez Sprzedającego gotowości do dokonania odbioru, który potwierdzony zostanie protokołem przekazania przedmiotu umowy do użytkowania podpisanym przez Komisję d/s odbioru i upoważnionych przedstawicieli Sprzedającego.
2. Na podstawie protokołu przekazaniu przedmiotu umowy do użytkowania oraz pisemnego oświadczenia Sprzedającego, że przedmiot umowy jest wykonany zgodnie z umową, obowiązującymi przepisami oraz normami i że został wydany w stanie kompletnym z punktu widzenia celu, któremu ma służyć Kupujący zobowiązany jest zapłacić Sprzedającemu wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy.
3. W przypadku gdy Kupujący stwierdzi wady w przedmiocie umowy, wówczas w protokole przekazania przedmiotu umowy do użytkowania wyznaczy Sprzedającemu termin do ich usunięcia. W razie stwierdzenia w protokole przekazania przedmiotu umowy do użytkowania istnienia wad w dostarczonym przedmiocie umowy, Sprzedający jest uprawniony do wystawienia faktury VAT, o której mowa w § 4 ust. 3 dopiero po ich usunięciu. Wady uznaje się za usunięte z chwilą podpisania przez przedstawicieli każdej strony umowy protokołu usunięcia wad.

§ 6 [Gwarancja i rękojmia]

1. Sprzedający gwarantuje, że składający się na przedmiot umowy sprzęt jest nowy, wyprodukowany w 2009 roku, nieużywany, kompletny, wolny od wad i posiada prawem wymagane certyfikaty, deklaracje zgodności CE, świadectwa i rejestracje.
2. Sprzedający udziela na przedmiot umowy **gwarancji** zgodnie z zasadami określonymi w umowie i złożoną ofertą przetargową, licząc od daty podpisania protokołu przekazania przedmiotu umowy do użytkowania. Termin gwarancji poszczególnych elementów przedmiotu umowy został wskazany w załączniku nr do umowy.
3. Tam gdzie jest to wymagane Sprzedający dostarczy Kupującemu instrukcje obsługi, sprzętu w języku polskim oraz dokumenty gwarancyjne sygnowane numerami umowy. Na takich samych zasadach Sprzedający dostarczy wraz z przedmiotem umowy – dla każdego sprzętu instrukcję serwisową w języku polskim.
4. W przypadku sprzeczności zapisów pomiędzy gwarancją producenta, a treścią umowy pierwszeństwo będą miały postanowienia umowy.
5. W okresie gwarancji Sprzedający zobowiązuje się:
 - 1) dokonać bezpłatnej naprawy wady - zgłoszonej przez Kupującego,
 - 2) przystąpić do usunięcia wady w terminie 24 godzin od przyjęcia zgłoszenia i dokonać usunięcia wady w terminie wskazanym przez Kupującego, nie krótszym jednak niż 7 dni,
 - 3) dokonać bezpłatnych przeglądów serwisowych i przeglądów techniczno-konserwacyjnych dostarczonego sprzętu z częstotliwością zgodną z serwisową instrukcją obsługi – zakończone wystawieniem świadectwa z eksploatacji.
6. Sprzedający zapewni serwis gwarancyjny w miejscu dostawy sprzętu wskazanym w §2 ust. 2. Celem wykonania usług serwisowych personel Sprzedającego lub autoryzowanego serwisu uzyska dostęp do sprzętu w uzgodnionym przez Strony terminie.
7. W przypadku naprawy sprzętu powyżej terminu, o którym mowa w ust. 5 pkt 2, Sprzedający zobowiązany jest dostarczyć bezpłatnie zastępczy sprzęt o parametrach, co najmniej odpowiadających parametrom sprzętu zastępowanego w terminie określonym przez strony.
8. W przypadku 3-krotnej naprawy tego samego elementu przedmiotu umowy w okresie objętym gwarancją, Kupujący ma prawo żądać wymiany elementu na nowy.
9. Okres gwarancji ulega każdorazowo przedłużeniu o czas trwania każdej naprawy. Okres ten Sprzedający zobowiązuje się odnotować w dokumencie gwarancyjnym lub innym dokumencie stwierdzającym wykonanie naprawy.
10. Wszelkie koszty związane z naprawami i przeglądami w okresie gwarancji ponosi Sprzedający.
11. W okresie gwarancji Sprzedający może obciążyć Kupującego kosztami serwisu tylko wówczas, gdy dokonane zgłoszenie było bezzasadne.
12. Kupujący może dochodzić roszczeń z tytułu gwarancji niezależnie od roszczeń przysługujących z tytułu rękojmi za wady fizyczne.
13. Okres rękojmi jest równy okresowi gwarancji.
14. Wszelkie sprawy awaryjne i reklamacyjne Kupujący będzie zgłaszał Sprzedającemu telefonicznie pod nr tel. z jednoczesnym potwierdzeniem w formie faksowej.
15. Sprzedający gwarantuje dostępność serwisu i części zamiennych przez okres min 5 lat licząc od daty podpisania protokołu przekazania przedmiotu umowy do użytkowania.
16. Po upływie okresu gwarancji Sprzedający zobowiązuje się – w przypadku braku innych ustaleń - do podpisania umowy serwisowej określającej szczegółowe warunki przeglądów i napraw pogwarancyjnych.

§ 7
[Kary umowne]

1. Sprzedający zapłaci Kupującemu karę umowną:
 - a) za odstąpienie od umowy przez Kupującego z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi Sprzedający – w wysokości **20%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 *liczonej od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy*,
 - b) za opóźnienie w wykonaniu przedmiotu umowy w terminie o którym mowa w § 2 ust. 1 - w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia, *liczonej oddzielnie od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy*,
 - c) za opóźnienie w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze – *liczonej oddzielnie od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy* w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia, *liczonej od dnia wyznaczonego na usunięcie wad*
 - d) za opóźnienie w usunięciu wad stwierdzonych w okresie gwarancji lub rękojmi – *liczonej oddzielnie od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy* w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia, *liczonej od dnia wyznaczonego na usunięcie wad*.
 - e) za opóźnienie w podjęciu naprawy w czasie określonym w § 6 ust. 5 pkt 2 - w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia, *liczonej oddzielnie od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy*,
 - f) za niedokonanie przeglądów gwarancyjnych zgodnie § 6 ust. 5 pkt 3 - w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia, *liczonej oddzielnie od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy*,
 - g) za niedostarczenie zastępczego sprzętu zgodnie z § 6 ust. 7 - w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia, *liczonej oddzielnie od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy*,
2. Kupujący zapłaci Sprzedającemu karę umowną za odstąpienie od umowy przez Sprzedającego z przyczyn, za którą winę ponosi Kupujący – w wysokości **20%** wynagrodzenia umownego brutto, za wyjątkiem wystąpienia sytuacji, przedstawionej w art. 145 Ustawy Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.).
3. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z powodu okoliczności, za które ponosi odpowiedzialność Sprzedający, Kupujący może - poza sytuacjami określonymi w ust. 1 - naliczyć karę umowną w wysokości 20% wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 *liczonej od tej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy*,
4. Kupujący może dochodzić odszkodowania uzupełniającego w przypadku, gdy kary umowne nie pokrywają poniesionej szkody.
5. Kupującemu przysługuje prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku niewykonywania bądź nienależytego wykonania umowy.
6. W razie naliczenia kary umownej Kupujący jest uprawniony do odmowy zapłaty faktury w części odpowiadającej wysokości tej kary.
7. W szczególnych przypadkach każda ze stron może odstąpić od naliczania kar/odsetek ustawowych stronie przeciwnej w celu polubownego załatwienia sprawy.

§ 8

[Odstąpienie od umowy]

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Kupujący może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Sprzedający może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.
3. W przypadku gdy opóźnienie w spełnieniu świadczenia w całości lub w części wynosi co najmniej 20 dni (w stosunku do terminu określonego w §2 ust. 1 niniejszej umowy) Kupujący może odstąpić od umowy, w terminie o którym mowa w ust. 1, zachowując roszczenie o zapłatę kar umownych należnych mu za okres od dnia powstania opóźnienia do dnia odstąpienia od niniejszej umowy.

§ 9

[Zmiany umowy]

Wszelkie zmiany niniejszej umowy, z zastrzeżeniem art. 144 ustawy Prawo zamówień publicznych, wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10

[Postanowienia końcowe]

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa z uwzględnieniem przepisów Kodeksu cywilnego, ustawy Prawo zamówień publicznych oraz ustawy o wyrobach medycznych.
2. Sądem właściwym miejscowo do rozpatrywania sporów powstałych na tle wykonywania niniejszej umowy jest sąd miejsca siedziby Kupującego.
3. Umowę sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden egzemplarz dla Sprzedającego oraz trzy dla Kupującego.

§ 11

[Załączniki do umowy]

Integralną część umowy stanowią:

- 1) szczegółowa specyfikacja przedmiotu umowy – załącznik nr
- 2) specyfikacja istotnych warunków zamówienia,
- 3) oferta złożona przez Sprzedającego dot. Części zamówienia.

KUPUJĄCY

SPRZEDAJĄCY

Załącznik nr do oferty.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks.....

INFORMACJA¹
nt. powierzenia przedmiotu zamówienia podwykonawcom

Część zamówienia ²

Dostawy, które Wykonawca powierzy podwykonawcy	Wartość dostaw zleconych podwykonawcy (wartość % w odniesieniu do ceny oferty)
Całkowity % dostaw, które Wykonawca powierzy podwykonawcom*	

* Maksymalny stopień zleconego podwykonawstwa nie może przekraczać 30% ceny ofertowej brutto zaoferowanej przez wykonawcę.

.....
 (miejscowość i data)

.....
 (podpis osoby upoważnionej
 do składania oświadczenia
 woli w imieniu wykonawcy)

¹ Lista ta może być wydłużona, jeśli zachodzi taka potrzeba.

² Należy wskazać, której Części zamówienia dotyczy wykaz.