



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 341.13/03/09

Zamawiający:

POWIAT RADOMSZZAŃSKI
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 II)**

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 II)

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 II) wraz z dostawą i montażem o właściwościach zgodnych ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w dodatku nr 1,2,3, 4 i 5 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 5 (pięć) niezależnych od siebie Części, które obejmują:

3.3.1 Część I: Oddział Chirurgii Jednego Dnia;

I. APARATURA MEDYCZNA

- 1) Aparat do krioterapii -1szt,
- 2) Aparat do znieczulenia ogólnego wraz z zestawem monitorującym -1szt,
- 3) Aparat EKG -1szt,
- 4) Defibrylator - 2szt,
- 5) Gleukometr -2szt,
- 6) Laparoskop z oprzyrządowaniem -1szt,
- 7) Laser chirurgiczny -1szt,
- 8) Mikroskop operacyjny -1szt,



**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 II)**

- 9) Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa - 2szt,
- 10) Pompa infuzyjna strzykawkowa - 3szt,
- 11) Respirator -1szt,
- 12) Stymulator nerwów obwodowych -1szt,
- 13) Zestaw do ezofagoscopii kpl -1szt,
- 14) Zestaw do mikrochirurgii ucha kpl - 1szt,
- 15) Zestaw do tracheobronchoskopii -1szt,
- 16) Zestaw Kleinsassera do mikrochirurgii ucha kpl -1szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Biurko lekarskie -3szt,
- 2) Fotel ginekologiczny -1szt,
- 3) Kozetka lekarska - 2szt,
- 4) Krzesło chirurgiczne - 2szt,
- 5) Krzesło szpitalne - 8szt,
- 6) Lampa bakterioobójcza przepływowa -3szt,
- 7) Lampa bezcieniowa przejezdna -2szt,
- 8) Lampa operacyjna 3+5 projektorowa z kamerą i torem wizyjnym -2szt,
- 9) Łóżko szpitalne metalowe z materacem -16szt,
- 10) Myjnia - Dezynfektor - 1szt,
- 11) Negatoskop 2-klatkowy - 3szt,
- 12) Podest chirurgiczny jednostopniowy - 4szt,
- 13) Podgrzewacz płynów infuzyjnych - 2szt,
- 14) Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej -3szt,
- 15) Reflektor lekarski -1szt,
- 16) Regał na pakiety operacyjne - 2szt,
- 17) Regał metalowy - 2szt,
- 18) Ssak elektryczny - 3szt,
- 19) Stojak do wlewów i kroplówek - 2szt,
- 20) Stojak z podwójną misą na odpadki - 6szt,
- 21) Stół operacyjny elektrohydrauliczny mobilny -2szt,
- 22) Stół ze zlewem 1-komorowym -1szt,
- 23) Szafa lekarska - 2szt,
- 24) Szafka do zmiany obuwia - 2szt,
- 25) Szafka przyłóżkowa z blatem -14szt,
- 26) Szafka szatniowa - 3szt,
- 27) Taboret obrotowy – 8szt,
- 28) Taboret szpitalny - 28szt,
- 29) Wózek anestezjologiczno-zabiegowy - 4szt,
- 30) Wózek do transportu chorych z wyposażeniem -1szt,
- 31) Wózek na narzędzia -1szt,
- 32) Wózek na brudną bieliznę -1szt,
- 33) Wózek wanna -1szt,
- 34) Wózek zabiegowy -6szt,
- 35) Zegar ścienny metalowy -1szt,
- 36) Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1- komorowym - 2szt,

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 II)**

- 37) Zestaw monitorujący dla 2 stanowisk z monitorem centralnym, komputer, respirator, -1szt,
- 38) Zestaw narzędzi chirurgicznych kpl - 2szt,
- 39) Zestaw narzędzi ginekologicznych kpl - 2szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Chłodziarka - 2szt,
- 2) Kanapa -1szt,
- 3) Komputer + drukarka - 3szt,
- 4) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce -5szt,
- 5) Kserokopiarka -1szt,
- 6) Kuchnia elektryczna -1szt,
- 7) Stolik-ława -1szt,
- 8) Szafa na dokumentację - 2szt,
- 9) Zmywarka - 1szt.

3.3.2 Część II: Oddział Dzienny Rehabilitacji;**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) Aparat do terapii ciekłym azotem -1szt,
- 2) Diatermia chirurgiczna -1szt,
- 3) Kriokomora 2-osobowa - 1szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Kolumna do ćwiczeń PRAGMA - 1szt,
- 2) Kozetka lekarska -1szt,
- 3) Leżanka drewniana -7szt,
- 4) Stół do masażu 3 płaszczyznowy - 2szt,
- 5) Szafa lekarska -1szt,
- 6) Szafki do zmiany obuwia - 2szt,
- 7) Szafki szatniowe - 3szt,
- 8) Urząd. do kompleksowej rehab. kk górnej i dolnej - 1szt,
- 9) Urządzenie do terapii czynnej - 1szt,
- 10) Waga lekarska -1szt,
- 11) Wózek jezdny siedzący - 1szt,
- 12) Zestaw szynowy do pionizacji i nauki chodu - 1szt,
- 13) Zestaw UGUL z wyposażeniem -1szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Biurko z dostawką - 4szt,
- 2) Chłodziarka -1szt,
- 3) Fotel wypoczynkowy - 4szt,
- 4) Fotel wypoczynkowy łatwozmywalny - 8szt,

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 II)**

- 5) Kanapa -1szt,
- 6) Komputer + drukarka - 5szt,
- 7) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce - 7szt,
- 8) Krzesło tapicerowane - 5szt,
- 9) Kuchnia elektryczna - 1szt,
- 10) Stolik-ława -3szt,
- 11) Szafa na dokumentację - 5szt,
- 12) Zmywarka - 1szt.

3.3.3 Część III: Przychodnie Przyszpitalne**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) Amfilon (wzmacniacz do treningu słuchowego) -1szt,
- 2) Aparat do mierzenia ciśnienia -1szt,
- 3) Aparat EEG 32 kanałowy - 1szt,
- 4) Aparat EKG -1szt,
- 5) Aparat USG okulistyczny -1szt,
- 6) Audiometr -1szt,
- 7) Autorefraktometr -1szt,
- 8) Detektor tętna płodu -1szt,
- 9) Korektor mowy -1szt,
- 10) Laser okulistyczny -1szt,
- 11) Optyczny koherentny tomograf - 1szt,
- 12) Riphonic (wzmacniacz do treningu słuchowego) -1szt,
- 13) Tonometr bezdotykowy -1szt,
- 14) Unit okulistyczny Opal -1szt,
- 15) Wibrator językowy -1szt,
- 16) Wziernik obuoczny -1szt,
- 17) Zestaw do znieczulania z wyposażeniem -1szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Biurko lekarskie -13szt,
- 2) Fotel do badań laryngologicznych -1szt,
- 3) Fotel do pobierania krwi - 2szt,
- 4) Fotel ginekologiczny - 1szt,
- 5) Fotel urologiczny -1szt,
- 6) Kasety szkieł próbnych - 1szt,
- 7) Kozetka lekarska -13szt,
- 8) Lampa bezcieniowa przejezdna - 5szt,
- 9) Lampa szczelinowa - 1szt,
- 10) Negatoskop 2-klatkowy - 7szt,
- 11) Parawan - 1szt,
- 12) Podest jednostopniowy -1szt,
- 13) Reflektor lekarski - 5szt,

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 II)**

- 14) Stolik elektryczny do urządzeń okulistycznych (Rondo) - 2szt,
- 15) Stół do badania dzieci -1szt,
- 16) Stół do pielęgnacji niemowląt -1szt,
- 17) Stół z odstojnikiem do opasek gipsowych -1szt,
- 18) Stół zabiegowy z przystawką ortopedyczną -1szt,
- 19) Szafa lekarska -16szt,
- 20) Taboret obrotowy - 21szt,
- 21) Waga do ważenia niemowląt - 1szt,
- 22) Waga lekarska -1szt,
- 23) Wózek na narzędzia - 5szt,
- 24) Wózek zabiegowy - 17szt,
- 25) Zestaw mebli metalowych ze zlewem1-komorowym - 5szt,
- 26) Zestaw narzędzi laryngologicznych - 1szt,
- 27) Zestaw narzędzi okulistycznych - 1szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Biurko z dostawką - 2szt,
- 2) Chłodziarka - 4szt,
- 3) Fotel wypoczynkowy - 3szt,
- 4) Kanapa - 1szt,
- 5) Komputer+drukarka -14szt,
- 6) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce -15szt,
- 7) Kserokopiarka -1szt,
- 8) Stolik-ława - 1szt,
- 9) Szafa na dokumentację - 2szt.

3.3.4 Część IV: Izba Przyjęć ze stanowiskiem Ostrej Dializy**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) Aparat do dializ (mobilny) -1szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Biurko lekarskie -3szt,
- 2) Fotel do dializ - 1szt,
- 3) Fotel ginekologiczny -1szt,
- 4) Kozetka lekarska - 2szt,
- 5) Lampa bakteriobójcza przepływowa -1szt,
- 6) Lampa bezcieniowa przejezdna - 2szt,
- 7) Negatoskop 2-klatkowy - 3szt,
- 8) Podest jednostopniowy - 1szt,
- 9) Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej - 2szt,
- 10) Reflektor lekarski - 2szt,
- 11) Regał metalowy - 2szt,
- 12) Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem -1szt,

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 II)

- 13) Szafa lekarska - 3szt,
- 14) Szafa ubraniowa -2szt,
- 15) Szafka przyłóżkowa z blatem -1szt,
- 16) Taboret obrotowy - 7szt,
- 17) Waga lekarska -3szt,
- 18) Wózek anestezjologiczno-zabiegowy -1szt,
- 19) Wózek jezdny siedzący -2szt,
- 20) Wózek zabiegowy - 5szt,
- 21) Wózki na sprzęt -2szt,
- 22) Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1 komorowym - 3szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Chłodziarka -1szt,
- 2) Krzesło obrotowe -1szt,
- 3) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce - 2szt..

3.3.5 Część V: Zakład Patomorfologii**II. SPRZĘT MEDYCZNY**

- 1) Krzesło szpitalne - 8szt,
- 2) Lampa bakteriobójcza przepływowa -1szt,
- 3) Lampa bezcieniowa 3-projektowa -1szt,
- 4) Regał do przechowywania zwłok na tacach 3-stanowiskowy -3szt,
- 5) Stojak z podwójną misą na odpadki - 2szt,
- 6) Stół sekcyjny z podnośnikiem hydraulicznym -1szt,
- 7) Taboret chirurgiczny - 2szt,
- 8) Wózek zabiegowy -1szt,
- 9) Wózek do mycia i przygotowania zwłok -1szt,
- 10) Wózek do przewożenia zwłok - 2szt,
- 11) Wózek sprzątacza -1szt,
- 12) Wózek zabiegowy 1szt.,
- 13) Zestaw mebli metalowych ze zlewem 2-komorowym -1szt,
- 14) Zestaw podstawowych narzędzi do przeprowadzania sekcji -1szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) Biurko z dostawką -1szt,
- 2) Chłodziarka -1szt,
- 3) Komputer+drukarka -1szt,
- 4) Krzesło obrotowe z oparciem na ręce -1szt,
- 5) Szafa na dokumentację -1szt.

3.4 Parametry określone w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia stanowią wymagania

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 II)**

graniczne (odcinające), których niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Brak wpisu w rubryce „parametry oferowane” zostanie potraktowane jako niespełnienie parametru.

3.5 Ileć 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 1,2,3,4 i 5 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 1,2,3, 4 i 5 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:	33.16.50.00-4 – przyrządy do krio chirurgii i krioterapii
	33.17.13.00-2 – zestawy do znieczuleń
	33.11.23.40-3 – echokardiografy



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 II)

33.18.21.00-0 – defibrylatory
 38.51.00.00-3 – mikroskopy
 33.19.41.10-0 – pompy infuzyjne
 33.19.41.00-7 – urządzenia i przyrządy do infuzji
 44.61.12.00-8 – respiratory
 33.15.82.10-7 – stymulatory
 33.19.22.30-3 – stoły operacyjne
 33.93.31.00-0 – stoły do przeprowadzania autopsji
 33.93.30.00-0 – stoły lub akcesoria do przeprowadzania autopsji
 33.94.10.00-0 – stojaki do przechowywania zwłok
 33.94.70.00-0 – tace na zwłoki
 33.94.80.00-7 – urządzenia do podnoszenia lub transportu zwłok
 33.11.15.00-9 – urządzenia do tomografii
 38.42.30.00-6 – urządzenia do pomiaru ciśnienia
 38.00.00.00-5 – sprzęt laboratoryjny, optyczny i precyzyjny
 (z wyjątkiem szklanego)
 33.19.30.00-9 – pojazdy inwalidzkie, wózki inwalidzkie i
 podobne urządzenia
 33.19.41.00-7 – urządzenia i przyrządy do infuzji
 33.19.00.00-8 – różne urządzenia i produkty medyczne
 42.92.31.10-6 – wagi
 33.19.23.00-5 – meble medyczne, z wyjątkiem łóżek i stołów
 39.14.11.00-3 – regały
 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
 39.71.13.61-7 – kuchenki elektryczne
 39.71.31.00-4 – zmywarki do naczyń
 44.61.90.00-2 – inne pojemniki
 39.14.31.10-0 – łóżka i kanapy oraz specjalne meble
 tapicerowane
 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.**

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 II)**

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 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) 1.000.000 PLN dla części I,
 - b) 200.000 PLN dla części II,
 - c) 500.000 PLN dla części III,
 - d) 100.000 PLN dla części IV,
 - e) 100.000 PLN dla części V.

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
 - 1.000.000 PLN dla części I,
 - 200.000 PLN dla części II,
 - 500.000 PLN dla części III,
 - 100.000 PLN dla części IV,
 - 100.000 PLN dla części V.

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 II)

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:

- 1.000.000 PLN dla części I,
- 200.000 PLN dla części II,
- 500.000 PLN dla części III,
- 100.000 PLN dla części IV,
- 100.000 PLN dla części V.

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 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 6** 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 8** do SIWZ,
- 4) dowodu wniesienia wadium,
- 5) druku wykazu dostaw, które Wykonawca powierzy podwykonawcom – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 11** do SIWZ

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 II)

(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 **dodatkach nr 7A, 7B, 7C, 7D, 7E, 7F** 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 **dodatkach nr 7D** 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 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

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 II)**

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 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:

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 II)**

- 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 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

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 II)**

- 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.

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.341.13/09
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



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 II)**

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.

Rozdział 8. Wymagania dotyczące wadium.

- 8.1. Zamawiający żąda wniesienia wadium w kwocie: 39.000,00 PLN (słownie: trzydzieści dziewięć 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) **20.000,00 PLN na I część zamówienia,**
 - 2) **4.000,00 PLN na II część zamówienia,**
 - 3) **10.000,00 PLN na III część zamówienia,**
 - 4) **3.000,00 PLN na IV część zamówienia,**
 - 5) **2.000,00 PLN na V część zamówienia.**

Wadium musi być wniesione przed upływem terminu składania ofert wskazanym w pkt 12.1 SIWZ.

- 8.3. Wykonawca może wnieść wadium w jednej lub kilku następujących formach:

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 II)**

- 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 – Etap II -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.).
- 8.4. 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.
- 8.5. 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 – Etap II -Część”.**
- 8.6. Wykonawca, którego oferta nie będzie zabezpieczona wadium zostanie przez Zamawiającego wykluczony z postępowania, a jego oferta zostanie odrzucona.
- 8.7. 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.

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 II)**

- 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 pieczęcią 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 poświadczonej 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.
- 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 poświadczone 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

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 II)**

- nieuczciwej konkurencji, Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób niebudzący 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 II)”

Nie otwierać przed 10.07. 2009 r., godz. 11:15

- 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).

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 II)

- 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).
- 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.

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 II)**

- 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. 11:00**
- 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. 11:15** 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.
- 13.3. Cenę każdej części należy podać w formie ryczału, którego definicję określa art. 632 Kodeksu cywilnego.
- 13.4. W formularzu ofertowym Wykonawca poda 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,

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 II)

- 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 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:

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 II)

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

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.
- 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

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 II)**

związanych z realizacją przedmiotu zamówienia zawarte zostały we wzorze umowy stanowiącym **dodatek nr 10** 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.

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, zwięzłe przytoczenie zarzutów oraz okoliczności faktycznych i prawnych uzasadniających wniesienie protestu.

W przypadku wniesienia protestu po upływie terminu składania ofert bieg terminu

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 II)**

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. 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

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 II)**

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 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

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 II)**

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, sąd uchyła 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

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 II)

zadanie.

- 19.3 Przedmiot zamówienia został podzielony na 5 (pięć) niezależnych 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.

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

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 II)

ich zwrot.

Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

27. Podwykonawcy.

- 27.1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części dostawy składającej się na przedmiot zamówienia podwykonawcy. Wówczas jest obowiązany **w dodatku nr 11** 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 11** 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 zamiany 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 zawnionych 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 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 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części IV,
Dod. Nr 5 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części V,
Dod. Nr 6 – druk formularza ofertowego,
Dod. Nr 7 – druk oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
z wykorzystaniem wzorów określonych w **dodatku nr 7A, 7B, 7C, 7D, 7E,**

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 II)**

7F do SIWZ,

Dod. Nr 8 – druk oświadczenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez zamawiającego,

Dod. Nr 9 – druk wykazu wykonanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia,

Dod. Nr 10 – wzór umowy,

Dod. Nr 11 – druk wykazu robót, które Wykonawca powierzy podwykonawcom.

W imieniu Zamawiającego

STAROSTA

/-/

Mieczysław Zyskowski

.....
(podpis)

Radomsko, dn. 28.05.2009 r.

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat do krioterapii – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Aparat zasilany dwutlenkiem węgla	TAK	
2.	2 rodzaje dysz nadmuchowych z elektronicznym, diodowym wskaźnikiem temperatur	TAK	
3.	Możliwość pracy z butlami o pojemności od 5 do 40 litrów	TAK	
4.	Mikroprocesorowe sterowanie pracą aparatu	TAK	
5.	Ciekłokrystaliczna wizualizacja parametrów pracy: - wskaźnik temperatury - sygnalizacja braku gazu - czas zabiegu - czas sumaryczny pracy butli - ciśnienie robocze gazu w butli - sygnalizacja dźwiękowa czasu zabiegu	TAK	
6.	Automatyczny wybór dysz nadmuchowych bez konieczności przełączania przewodu	TAK	
7.	Dysze posiadające regulację siły nadmuchu strumienia gazu	TAK	
8.	Elastyczny przewód zasilający umożliwiający swobodną pracę dyszą w trakcie zabiegu	TAK	
9.	Łatwy dostęp do dwutlenku węgla w sieci dostawców gazów na terenie całego kraju	TAK	
10	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
12	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 krioterapii						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 wraz z zestawem monitorującym - 1 szt.**

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

17.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH2O)	tak	
18.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej i objętości maksymalnie do 1,5 L.	tak	
19.	Możliwość eliminacji gazów anestezjologicznych poza salę operacyjną	tak	
20.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	tak	
21.	Alarm niskiego stężenia O2	tak	
22.	Alarm wysokiego stężenia O2	tak	
23.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych – 1szt	tak	
24.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	tak	
IV.	Tryb wentylacji		
25.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	tak	
26.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	tak	
27.	Oddech spontaniczny. Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	tak	
28.	Wentylacja kontrolowana objętością	tak	
29.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	tak	
30.	Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	tak	
V.	Regulacje		
31.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	tak	
32.	Regulacja częstości oddechu. Minimum 4-65 l/min	tak	
33.	Regulacja objętości oddechu. Minimum 50-1400ml	tak	
34.	Regulacja ciśnienia wdechowego : min. 5-50 cm H2O.	tak	
35.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH2O)	tak	
VI.	Alarmy		
36.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu .	tak	
37.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	tak	
38.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	tak	
39.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	tak	
40.	Brak zasilania w energię elektryczną.	tak	
41.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	tak	
VII.	Pomiar i obrazowanie		
42.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	tak	
43.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	tak	

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

70.	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		
71.	Ustawienie granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrów	tak	
72.	Alarmy z hierarchią ważności	tak	
73.	Alarmy optyczne i akustyczne przy przekroczeniu nastawionych granic alarmowych dla monitorowanych parametrów	tak	
XII.	Inne		
74.	Moduł pomiaru zwiotczenia mięśniowego sterowany z monitora z oprogramowaniem w języku polskim – 1 szt.	tak	
75.	Czujnik mechaniczny zwiotczenia mięśniowego 1-szt	tak	
76	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
77	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
78	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 – 1 szt**

	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	
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
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 - 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	
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 Sztuczny” 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						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Glukometr – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Aparat dokonujący pomiaru poprzez oznaczenie stężenia glukozy w świeżej krwi kapilarnej metodą reflektofotometrii	TAK	
2.	Zakres pomiaru: 10 - 600 mg/dl (0,6 - 33,3 mmol/l)	TAK	
3.	Czas pomiaru: 5 sekund	TAK	
4.	Pamięć 200 pomiarów wraz z datą i godziną pomiaru,	TAK	
5.	Automatyczne włączanie aparatu poprzez włożenie paska testowego	TAK	
6.	1 zestaw winien zawierać (glukometr, nakłuwacz, 10 szt. pasków, 10 szt. lancetów)	TAK	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
9	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
Glukometr						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Laparoskop z oprzyrządowaniem– 1 szt.**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
Kamera cyfrowa FULL HD			
1	Urządzenie typ	podać	
2	Przetworniki CCD	3 przetworniki CCD 1/3"	
3	Standard kamery	1080	
4	Skanowanie obrazu	progresywne	
5	Częstotliwość	60Hz	
6	Rozdzielczość	1920x1080	
7	Dynamika obrazu(SNR)	54dB	
8	Przewód sygnałowy głowicy	odłączany przewód sygnałowy głowicy	
9	Zapasowy przewód do głowicy kamery	1szt tak	
10	Sterownik kamery	sterownik wyposażony w wyświetlacz	
11	2,5x Zoom optyczny	zoom optyczny 18-45mm	
12	2x Zoom cyfrowy	zoom cyfrowy sterowany elektronicznie co 0,25	
13	Przyciski na głowicy kamery	2 przyciski na głowicy sterujące 8 funkcjami	
14	Rodzaj sterylizacji	dostosowana do sterylizacji ETO; STERIS; STERRAD	
15	Dezynfekcja	dezynfekcja glutaraldehydowa	
16	Sterownik wyposażony w wyjścia	DVI-D, HD-SDI, HD-RGB, S-VIDEO, Composite	
17	Opóźnienie	1/50-1/10 000s	
18	Automatyczna funkcja wzmocnienia sygnału	tak	
19	Współpraca z innymi endoskopami	dostosowana do pracy z endoskopami giętymi - z likwidacją efektu Moora	
20	Programy	8 programów kamery w tym 3 użytkownika	
Monitor medyczny 23"			
1	Technologia wyświetlacza	LCD	
2	Ekran wyświetlacza	ekran antyrefleksyjny	
3	Czas reakcji matrycy	10-16 ms	
4	Jasność nominalna	min. 500 cd/m2	
5	Rozdzielczość	min. 1920 x 1200 (FULL HD)	
6	Kąt widzenia	min. 178° x 178°	
7	Kontrast	min. 700 : 1	
8	Wejścia sygnałowe	DVI-D, HD-SDI, HD-RGB, Y/C (S-VHS), Composite Video (BNC), VGA	
9	Wyjścia sygnałowe	DVI-D, HD-SDI, HD-RGB, Y/C (S-VHS), Composite Video (BNC)	
Źródło Światła			
1	Urządzenie typ	podać	
2	Światło ksenonowe	TAK	
3	Liczba palników	1	
4	Moc palników	min. 180 W	
5	Żywotność palnika	min 500 godz.	
6	Temperatura barwowa	min. 6 000 K	
7	Natężenie światła	zmienne, regulowane płynnie przesłoną mechaniczną min. od 0 do 1600 lux.	
8	światłowód	autolkawowalny,śr.4,8mm, długość 350cm	

Optyki endoskopowe			
1	Optyka endoskopowa autoklawowalna	0 st,dł min 330 mm	
2	Kosz na 1 optykę endoskopową-wycinany z jednego arkusza stali	454x84x41 mm	
Insuflator			
1	Urządzenie typ	podać	
2	Regulacja ciśnienia insuflacji	1 – 30mmHg	
3	Maksymalny przepływ CO2	min. 40 l/min	
4	Zintegrowany system podgrzewania gazu	TAK	
5	Automatyczna desuflacja gazu	TAK	
6	Duży wyświetlacz parametrów	TAK	
7	Dren do insuflacji z podgrzewaniem, autoklawowalny	TAK-1szt	
8	Przewód wysokociśnieniowy do połączenia z butlą CO2.	TAK-1szt	
Pompa irygacyjna			
1	Przepływ płynów	min 1,8 l/min	
2	Ciśnienie	max 400 mm Hg	
3	Przewody do irygacji	tak/ autoklawowalne ,silikonowe , wielorazowe-1szt	
Ssak chirurgiczny			
1	wydajność ssaka	20l/m	
Wózek medyczny do zestawu endoskopowego			
1	Urządzenie typ	podać	
2	Ilość pótek	min. 4	
4	uchwyt głowicy kamery	tak	
5	blokada kół jezdnych	tak / min 2	
6	szuflada	tak/ w części dolnej	
7	możliwość montażu dodatkowych urządzeń	Tak/ monitor , urządzenia irygacyjne itp..	
8	wymiary wózka	935 x 1590 x 750 mm (+/- 5 %)	
9	wymiary pótek	560 x 440 mm (+/- 5 %)	
10	Zabezpieczenia elektryczne	tak/ listwa ekwipotencjalna zintegrowana z wózkiem	
11	Listwy zasilające pod urządzenia endoskopowe	tak/ możliwość łączenia urządzeń z listwą zasilającą wbudowaną na stałe	
12	Kable zasilające do wózka	tak	
13	maksymalne obciążenie	min. 200 kg	
14	stopa do monitora	tak	
Diatermia mono i bipolarna			
1	Częstotliwość podstawowa generatora [kHz]	447	
2	Dostosowanie do resekcji transuretalnej TUR – pracy w środowisku ciekłym	Tak	
3	Liczba niezależnych wyść monopolarnych	1	
4	Tryby pracy monopolarne	-Cięcie bez koagulacji;	
		-Cięcie z koagulacją 3 głębokości;	
		-Cięcie w osłonie argonu;	
		-Koagulacja punktowa;	
		-koagulacja kontaktowa powierzchniowa;	
		-koagulacja natryskowa;	
5	Moc wyjściowa skuteczna maksymalna przy cięciu monopolarnym [W] / rezystancja obciążenia [W]	300/ 500	
6	Napięcie maksymalne przy cięciu monopolarnym Vp-p [V]	1800	
7	Moc wyjściowa skuteczna maksymalna przy koagulacji monopolarnej [W] / rezystancja obciążenia [W]	120/500	
8	Napięcie maksymalne przy koagulacji monopolarnej Vp-p [V]	2300 kontaktowa;	
		2800 natryskowa	
9	Liczba niezależnych wyjść bipolarnych	1	
10	Tryby pracy bipolarnej	Cięcie i koagulacja	

11	Moc wyjściowa skuteczna maksymalna przy cięciu bipolarnym [W] / rezystancja obciążenia [W]	80/1000	
12	Napięcie maksymalne przy cięciu bipolarnym Vp-p [V]	480	
13	Moc wyjściowa maksymalna przy koagulacji bipolarnej [W]	80/100	
14	Napięcie maksymalne przy koagulacji bipolarnej Vp-p [V]	480	
15	Zabezpieczenia	- System ciągłej kontroli i monitorowania przylegania elektrody biernej PDM; sygnalizacja błędu dawki; kontrola czasu ciągłej aktywacji; - ciągła kontrola prądów upływności kodowa sygnalizacja błędów	
16	Wyświetlacz danych	LED monochrom	
17	Sygnalizacja akustyczna	Dwutonowa	
18	Maksymalna masa aparatu [kg]	8,6	
19	Funkcje specjalne	Kontrola startu cięcia i koagulacji; Automatyczna kontrola koagulacji; Wydzielone funkcje mikro cięcia i mikrokoagulacji z precyzyjną regulacją co 0,1W; możliwość współpracy z wielorazowymi i jednorazowymi – niedzielnymi i dzielnymi elektrodami neutralnymi	
20	Zgodność z normami	CSA,IEC,IMQ, MedGV, SEV,VDE	
21	Sterowanie pedałem dwuprzyciskowym	TAK-1szt	
22	Elektroda neutralna dzielona duża	TAK-1szt	
23	Przewód do elektrody neutralnej	TAK-1szt	
24	Przewód monopolarny	TAK-1szt	
<u>Wielorazowe narzędzia laparoskopowe</u>			
1.	Nożyczki typu Metzenbaum, ząbkowane, końce zakrzywione, odgięte w lewą stronę z wkładką węglową, monopolarne, obrotowe, rozbieralne-4 częściowe, wielorazowego użytku, z ergonomiczną rękojeścią bez blokady, śr 5 mm, dł 310-330 mm, sterylizowane w autoklawie	1 szt	
2.	Kleszczyki chwytające typu Grasper, z dużymi zębami, z otworem w szczękach, monopolarne, obrotowe, rozbieralne-4 częściowe, wielorazowego użytku, z ergonomiczną rękojeścią z blokadą, śr 5 mm, dł 310 mm, sterylizowalne w autoklawie	1 szt	
3.	Kleszczyki chwytające 2x3 zęby, jedna szczęka ruchoma, monopolarne, obrotowe, rozbieralne-4 częściowe, wielorazowego użytku, z ergonomiczną rękojeścią z blokadą, śr 10 mm, dł 310-330 mm, sterylizowalne w autoklawie	1szt	
4.	Kleszczyki preparacyjne typu Disector, monopolarne, obrotowe, rozbieralne-4 częściowe wielorazowego użytku, z ergonomiczną rękojeścią bez blokady, śr 5 mm, dł 310 mm.	1szt	
5.	Kleszczyki chwytające do tkanek typu Babcock, proste, jedna szczęka ruchoma, monopolarne, obrotowe, rozbieralne-4 częściowe, wielorazowego użytku, z ergonomiczną rękojeścią z blokadą, śr 5 mm, dł 310 mm.	1szt	

6.	Elektroda monopolarna haczykowa, rozbieralna, dwuczęściowa (ergonomiczna, osiowa rękojeść z przyłączem do HF, wymienna część robocza w kształcie litery J, L), wielorazowego użytku, śr 5 mm, dł 330 mm	1szt	
7.	Instrument ssąco-płuczący śr 5mm, dł.330mm	1szt	
8.	Wielorazowa igła Veresa śr.2,1mm, dł.150mm	1szt	
9.	Kontener do sterylizacji narzędzi laparoskopowych o wym.592x274x187mm, wanna aluminiowa, pokrywa przezroczysta z termostabilnego polimeru z filtrem wymiennym po min.5000 cyklach sterylizacji wraz z koszem wykonanym z jednego arkusza stali i stojakiem z mocowaniami do 18 narzędzi laparoskopowych-1 szt.	1szt	
10.	Silikonowa redukcja na trokar śr. 10/5 mm, wielorazowego użytku do sterylizacji w autoklawie	2op	
11	Trokar laparoskopowy 10 mm tzw. bezpieczny, / długość 110-150 mm/ razem z obturatorem	2 kompl.	
12	Trokar laparoskopowy 5,5 mm tzw. bezpieczny / długość 110-150 mm/ razem z obturatorem INNE	2 kompl.	
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
Laparoskop 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 : **Laser chirurgiczny – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Typ lasera: laser oparty na CO ₂ , bez konieczności używania butli z gazem	TAK	
2.	Tryb pracy: praca ciągła (c.w.), impulsowa, także pojedynczy impuls lub „superpulse”	TAK	
3.	Długość fali promieniowania: 10600nm, daleka podczerwień, bardzo dobrze absorbowana przez wodę i tkanki biologiczne	TAK	
4.	Maksymalna moc na tkance: regulowana od 0.5 do 25W	TAK	
5.	Częstotliwość impulsów: regulowana od 0.1 do 500Hz w trybie impulsowym i od 500Hz do 5kHz w trybie „superpulse”	TAK	
6.	Długość impulsów: regulowana od 1ms do 9,9sec co 1ms w trybie impulsowym i od 50 to 500µs w trybie „superpulse”	TAK	
7.	Wiązka pilotująca: czerwona, 650nm – 5mW	TAK	

8.	Włączanie wiązki roboczej: włącznikiem nożnym	TAK	
9.	Średnica plamki: od 0.1mm do 0.3mm dla rękojeści ze stałą ogniskową	TAK	
10.	Sterownik: wbudowany mikroprocesor, możliwość ustawienia mocy wyjściowej, trybu pracy i częstotliwości impulsów.	TAK	
11.	Chłodzenie: powietrze	TAK	
12.	Zasilanie: jednofazowe, (220-230)V, 50Hz	TAK	
13.	Wymiary (dł. x szer. x wys.): 235 x 400 x 1080mm	TAK	
14.	Waga: 39kg	TAK	
15.	Bezpieczeństwo: klasa I bezpieczeństwa elektrycznego klasa IV bezpieczeństwa laserowego CE 0434	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
Laser chirurgiczny						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Mikroskop operacyjny – 1 szt**

L.p.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Mikroskop do zastosowań w laryngologii	TAK	
2	Statyw podłogowy, mobilny	TAK	
3.	Ruch ramienia mikroskopu w pionie o regulowanym oporze z zastosowaniem układu sprężyn lub teleskopów.	TAK	
4.	Oświetlenie główne - halogenowe. Źródło światła zimnego zamocowane trwale na statywie mikroskopu ze światłowodem przenoszącym oświetlenie do głowicy optycznej	TAK	
5.	Źródło światła o mocy 100W z płynną regulacją natężenia oświetlenia	TAK	
6.	Oświetlenie awaryjne - halogenowe. Źródło światła zimnego zamocowane trwale na statywie mikroskopu ze światłowodem przenoszącym oświetlenie do głowicy optycznej	TAK	
7.	Awaryjne źródło światła o mocy 100W z płynną regulacją natężenia oświetlenia	TAK	
8.	Pokrętko zmiany natężenia oświetlenia w zasięgu ręki operatora, bez konieczności odrywania oczu od mikroskopu	TAK	
9.	System automatycznego wyłączenia oświetlenia w pozycji spoczynkowej ramienia statywu	TAK	
10.	System szybkiego przełączania na awaryjne źródło światła (przycisk, pokrętko), bez konieczności użycia narzędzi	TAK	
11.	Obiektyw mikroskopu o ogniskowej 250 mm	TAK	
13.	Stereoskopowy tubus (ustawiony równolegle do osi optycznej) o okularach szerokokątnych powiększających 10 x lub 12,5 x	TAK	
15.	Zmieniacz powiększeń 5 - stopniowy o zakresie powiększeń minimum: 2,7 x-16 x	TAK	
16.	Uchwyt do manipulacji głowicą mikroskopu	TAK	
17.	Filtr bezczerwienności zintegrowany w głowicy mikroskopu	TAK	
18.	Dodatkowe sprzęgło umożliwiające badanie pacjenta w pozycji siedzącej	TAK	
19.	Możliwość rozbudowy mikroskopu o kamerę 1CCD zintegrowaną w głowicy mikroskopu	TAK	
20.	Możliwość rozbudowy mikroskopu o oświetlenie ksenonowe zintegrowane w statywie	TAK	
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
Mikroskop operacyjny						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 – 2 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	
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
Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa						2	

.....
(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 – 3 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						3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETRY WYMAGANE	PARAMETRY OFEROWANE
II	CERTYFIKATY JAKOŚCI		
2	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
III	PRZEZNACZENIE RESPIRATORA		
3.	Respirator transportowo-stacjonarny dla dorosłych i dzieci	TAK	
IV	ZASILANIE RESPIRATORA		
4	Zasilanie powietrzem z wewnętrznego kompresora lub turbiny itp.	TAK	
5.	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu	TAK 2,8 do 4,0 bar	
6.	Zasilanie AC 230V, 50 Hz	TAK	
7.	Zasilanie DC 12 V	TAK	
8.	Awaryjne zasilanie z akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy.	TAK	
V	TRYBY WENTYLACJI		
9.	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist	TAK	
10.	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV	TAK	
11.	Dodatknie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP	TAK	
12.	Wentylacja nieinwazyjna	TAK	
13.	Wentylacja awaryjna przy wystąpieniu bezdechu	TAK	
VI	RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO		
14	Wdech manualny	TAK	
15	Oddech kontrolowany objętością VCV	TAK	
16	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV	TAK	
17	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	TAK	
VIII	PARAMETRY REGULOWANE		
18.	Częstość oddechów 3-60 odd./min	TAK	
19.	Objętość pojedynczego oddechu 50-1800ml	TAK	
24	Regulowany czas wdechu 0,3-3,0 s	TAK	
25	Ciśnienie wdechowe PCV 5-60 cmH2O	TAK	
26	Ciśnienie wspomagania PSV 5-50 cmH2O	TAK	
27	Ciśnienie PEEP/CPAP 0-20 cmH2O	TAK	
28.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu	TAK	

	własnego pacjenta 1 - 8 l/min		
29.	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 - 15 cm H ₂ O	TAK	
30.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 - 100%	TAK	
IX	OBRAZOWANIE I POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI		
31.	Monitor (wbudowany) o przekątnej minimum 6 cali dla obrazowania parametrów wentylacji	TAK	
32	Całkowita częstość oddychania	TAK	
33	Objętość pojedynczego oddechu	TAK	
34	Całkowita objętość wentylacji minutowej	TAK	
35	Ciśnienie szczytowe	TAK	
36	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, w funkcji czasu Co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie monitora	TAK	
X	ALARMY		
37	Niskiej i wysokiej całkowitej objętości minutowej	TAK	
38	Niskiej objętości oddechowej pojedynczego wdechu	TAK	
39	Wysokiego i niskiego ciśnienia w układzie oddechowym pacjenta	TAK	
40	Wysokiej i niskiej częstości oddechowej	TAK	
41	Bezdechu	TAK	0
XI	INNE POSIADANE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE		
42	Możliwość pracy w środowisku MRI do 3 Tesli	TAK	
43	Kompletny układ oddechowy wielorazowy - 1 szt.	TAK	
44	Jednorazowy układ oddechowy do pracy w środowisku MRI - 10 szt.		
45	Wskaźnik naładowania akumulatora wewnętrznego	TAK	
XII	POZOSTAŁE		
46	Podstawa jezdna z blokadą	TAK	
47	Uchwyt na butle tlenową	TAK	
48	Ramię układu pacjenta	TAK	
49	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z Aparatem)	TAK	
50	Okres gwarancji 24 - miesiące	TAK	
51	Materiały informacyjne na temat oferowanego respiratora Załączyć	TAK	
52	Serwis techniczny w ciągu 2 dni roboczych od momentu Zgłoszenia awarii	TAK	
53	Bezpłatne przeglądy zgodnie z zaleceniami producenta w okresie	TAK	
54	Respirator zastępczy na czas naprawy, trwający dłużej niż 48h w okresie	TAK	
55	Szkolenie personelu	TAK	
56	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
57	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						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stymulator nerwów obwodowych – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Czytelny wyświetlacz	Tak	
2.	Pokrętło do regulacji natężenia prądu	Tak	
3.	Urządzenie do przezskórnej identyfikacji nerwów	Tak	
4.	Możliwość obsługi jedną ręką	Tak	
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
Stymulator nerwów obwodowych						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 ezofagoskopii – 1 szt.**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Rura bronchoskopu Ø 12 mm, o długości roboczej 300-310 mm i dł. całkowitej max 350 mm z niezależnymi kanałami i podłączeniami do; a/ wentylacji pacjenta b/ monitoringu gazów anestetycznych, c/ respiracji d/ podłączenia światła proksymalnego e/ doku/łącznika optyki lub lupy nastawnej	TAK	
2.	Optyka bronchoskopowa, kąt patrzenia 0 stopni, Ø 5,5 mm długość 480-490 mm	TAK	
3.	Łącznik dokujący rurę bronchoskopową z oferowaną optyką	TAK	
4.	Nasadka oddechowa	TAK	
5.	Zakrywka z uszczelką kanału roboczego dla optyk 5,5 mm	TAK	
6.	Nasadka przezierna (z okienkiem) do kanału roboczego	TAK	
7.	Redukcja uniwersalna do minimum dwóch typów średnic optyk cienkich	TAK	
8.	Lupa z nasadką dokującą do kanału roboczego tubusa bronchoskopu z ramieniem roboczym	TAK	
9.	Oświetlenie bliższe, proxymalne - łącznik/wkład oświetlenia proxymalnego, dokowany w kanale bocznym do światłowodu	TAK	
10.	Światłowód o średnicy wiązki 3,5-4 mm i długości minimum 2300 mm	TAK	
11.	Uszczelka do instrumentów pomocniczych o średnicy ponad 5,1 mm do 6,0 mm, szara, (10 szt.).	TAK	
12.	Zatyczka zamykająca	TAK	
13.	Zakrywka	TAK	
14.	Końcówka typu Luer	TAK	
15.	Ezofagoskop - tubus 250-270 mm długości roboczej o długości całkowitej do 300 mm o średnicy 12mmx8 mm, z podziałką umieszczona na tubie , podłączenie światłowodu boczne dodatkowy port podłączenia oświetlenia proxymalnego	TAK	
16.	Oświetlenie bliższe, proxymalne	TAK	
17.	Zakrywka zamykająca z okienkiem obserwacyjnym	TAK	
18.	Lupa odchylana z okularzem	TAK	
19.	Zakrywka z portami narzędzi	TAK	
20.	Kleszczyki optyczne do pobierania wycinków z końcówką w kształcie dużej podwójnej okrągłej łyżki o wymiarach 9x9 mm, dł. robocza 470-500 mm do oferowanej optyki	TAK	
21.	Optyka śr. 5 mm długość 490-500 mm do kleszcyków do ezofagoskopu	TAK	
22.	Światłowód o średnicy wiązki 3,5-4 mm i długości minimum 2300 mm	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 a 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 ezofagoskopii						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 mikrochirurgii ucha – 1 szt.**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn.	Ilość	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	ROZWIERACZ TYPU PLESTER PRAWA.ŁYZKA.2ĘBY .LEWA.ŁYZKA.PEŁNA DŁ110MM	szt	1	TAK	
2	ROZWIERACZ TYPU PLESTER LEWA.ŁYŻKA .2ZĘBY .PRAWA.ŁYZKA.PEŁNA DŁ 110MM	szt	1	TAK	
3	MIKRO-IGŁA PROSTA PERFORATOR DŁ 160MM	szt	3	TAK	
4	MIKRO-IGŁA LEKKO ZAKRZYWIONA DŁ 160MM	szt	3	TAK	
5	MIKRO-HACZYK 45 STOPNI ZAKRZYWIONY.0,4MM DŁ 160 MM	szt	1	TAK	
6	MIKRO-HACZYK 45 STOPNI ZAKRZYWIONY.1,0MM DŁ160MM	szt	1	TAK	
7	MIKRO-HACZYK 90 STOPNI ZAKRZYWIONY.0,4MM DŁ 160MM	szt	1	TAK	
8	MIKRO-HACZYK 90 STOPNI ZAKRZYWIONY.1,0MM DŁ 160 MM	szt	2	TAK	
9	HACZYK 0,6MM TNĄCY DO TYŁU DŁ 160MM	szt	1	TAK	
10	HACZYK TYPU.PLESTER ZAKRZYWIONY .90 STOPNI.DŁ 160MM	szt	1	TAK	
11	HACZYK ZATOKOWY PLESTER ZAKRZYWINY .45 STOPNI DŁ 160 MM.	szt	1	TAK	
12	NÓZ DYSCYZYJNY PROSTY DŁ 160MM.	szt	1	TAK	
13	NÓZ SIERPOWATY TYPU PLESTER LEKKO ZAKRZYWIONY. DŁ 160MM	szt	1	TAK	
14	NÓZ PŁATOWY 2,4X3,0MM DŁ 160MM	szt	1	TAK	
15	OPASKA NA GŁOWĘ TYP.ZIEGLERA PLASTYKOWA CZARNA	szt	1	TAK	

16	REFLEKTOR ZIEGLER ŚR.90MM METALOWA .OPRAWKA	szt	3	TAK	
17	MIKRONOŻYČZKI TYPU BELLUCCI PROSTE OSTRE./OSTRE	szt	1	TAK	
18	Wpis do rejestru wyrobów medycznych			TAK	
19	Okres gwarancji			Min 36 miesięcy	

1. Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej spełniającej wymagania normy: PN-EN 10088-1: 1998 (ISO 7153-1)- wymagane oświadczenie producenta (zapewniające wysoki stopień odporności na korozję).
2. Deklaracja zgodności CE na oferowany asortyment
3. Stałość cen przez okres obowiązywania umowy
4. Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta
5. Nożyczki rozbieralne (ramiona nożyczek połączone za pomocą wkrętu umożliwiające rozkręcanie
6. Twarde wkładki(węgliku spiekane) wlutowane w całość narzędzia;
7. Umieszczenie metodą laserową logo Producenta na każdym narzędziu z numerem katalogowym
8. Autoryzowany Serwis producenta w kraju – wymagane oświadczenie producenta o posiadaniu takiego serwisu; podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania
9. Możliwość kompleksowej regeneracji narzędzi (ostrzenie, odnowa powierzchni, przywrócenie kształtu zgodnego z pierwowzorem, przywrócenie pełnej funkcjonalności – odpowiedni nacisk, odpowiednia symetria ostrza, wymiana twardych wkładek zgodnie z procesem technologicznym producenta) - podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania, termin wykonania max. 14 dni od daty dostarczenia narzędzi,.
10. Możliwość ocechowania każdego narzędzia do 10 liter w ramach zamówienia (bez dodatkowych kosztów)

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 mikrochirurgii ucha						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 tracheobronchoskopii – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Bronchofiberoskop w pełni zanurzalny w środku dezynfekcyjnym	TAK	
2.	Kąt widzenia – min. 95 °	TAK	
3.	Głębina ostrości – min. 3-50 mm	TAK	
4.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wzornikowej: a)góra 160° b)dół 130°	TAK	
5.	Średnica zewnętrzna sondy wzornikowej – max. 5,2 mm	TAK	
6.	Długość robocza - min. 600 mm	TAK	
7.	Średnica kanału roboczego - min. 2,6 mm	TAK	
8.	Zasilanie bateryjne	TAK	
9.	Przyłącze ssania zamontowane na stałe dla celów higienicznych	TAK	
10.	Tester szczelności z certyfikatem medycznym	TAK	
11.	Walizka do przechowywania aparatu	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
Zestaw do tracheobronchoskopii						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 Kleinsassera do mikrochirurgii krtani – 1 szt.**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn.	Ilość	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	LARYNGOSKOP OPERACYJNY 180MM DUŻY	szt	1	TAK	
2	LARYNGOSKOP OPERACYJNY 180MM ŚREDNI	szt	1	TAK	
3	LARYNGOSKOP OPERACYJNY 180MM MAŁY	szt	1	TAK	
4	LARYNGOSKOP OPERACYJNY 130MM DLA DZIECI	szt	1	TAK	
5	ŚWIATŁOWÓD KOMPATYBILNY DO LARYNGOSKOPÓW DLA DOROSŁYCH	szt	1	TAK	
6	ŚWIATŁOWÓD KOMPATYBILNY DO LARYNGOSKOPÓW DLA DZIECI	szt	1	TAK	
7	OCHRANIACZ ZĘBOWY GUMOWY	szt	1	TAK	
8	WSPORNIK DO LARYNGOSKOPU .KOMPLET .DLA DOROSŁYCH I DZIECI	szt	1	TAK	
9	MIKROKLESZCZYKI CHWYTAJĄCE.KRTANIOWE PROSTE DŁ.CZ. ROBOCZEJ 250MM	szt	1	TAK	
10	MIKROKLESZCZYKI .CHWYTAJĄCE.KRTANIOWE ZAKRZYWIONE.W LEWO DŁ.CZ. ROBOCZEJ 250MM	szt	1	TAK	
11	MIKROKLESZCZYKI .CHWYTAJĄCE .KRTANIOWE ZAKRZYWIONE.W PRAWO DŁ.CZ. ROBOCZEJ 250MM	szt	1	TAK	
12	MIKROKLESZCZYKI .KRTANIOWE ŁYŻECZKOWATE .ZAKRZYWIONE .W LEWO DŁ.CZ. ROBOCZEJ 250MM,ŚRED. 2 MM	szt	1	TAK	
13	MIKRONOŻYCZKI KRTANIOWE PROSTE DŁ.CZ. ROBOCZEJ 250MM	szt	1	TAK	
14	KLESZCZYKI .KRTANIOWE BIOPSYJNE ZAKRZYWIONE .90 ST DŁ..250MM	szt	1	TAK	
15	SSAK Z PRZERYWACZEM ŚR.3,0MM DŁ250MM	szt	1	TAK	

16	NOŻ - MIKRO SIERPOWATY KOMPATYBILNY DO UCHWUTU	szt	1	TAK	
17	HACZYKI 90 ST.ZAKRZYWIONE .TEPY KOMPATYBILNY DO UCHWUTU	szt	1	TAK	
18	PROWADNICĄ SZWÓW KOMPATYBILNY DO UCHWUTU	szt	1	TAK	
19	UCHWYT KOMPATYBILNY DO INSTRUMENTÓW - W POZ 16,17,18	szt	1	TAK	
20	Wpis do rejestru wyrobów medycznych			TAK	
21	Okres gwarancji			Min. 36 miesięcy	

Ogólna charakterystyka narzędzi - wymagania zamawiającego.

1. Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej spełniającej wymagania normy: PN-EN 10088-1: 1998 (ISO 7153-1)- wymagane oświadczenie producenta (zapewniającej wysoki stopień odporności na korozję).
2. Deklaracja zgodności CE na oferowany asortyment
3. Stałość cen przez okres obowiązywania umowy
4. Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta
5. Nożyczki rozbieralne (ramiona nożyczek połączone za pomocą wkrętu umożliwiające rozkręcanie
6. Twarde wkładki(węgliki spiekane) wlutowane w całość narzędzia;
7. Umieszczenie metodą laserową logo Producenta na każdym narzędziu z numerem katalogowym
8. Autoryzowany Serwis producenta w kraju – wymagane oświadczenie producenta o posiadaniu takiego serwisu; podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania
9. Możliwość kompleksowej regeneracji narzędzi (ostrzenie, odnowa powierzchni, przywrócenie kształtu zgodnego z pierwowzorem, przywrócenie pełnej funkcjonalności – odpowiedni nacisk, odpowiednia symetria ostrza, wymiana twardych wkładek zgodnie z procesem technologicznym producenta) - podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania, termin wykonania max. 14 dni od daty dostarczenia narzędzi,.
10. Możliwość odcinania każdego narzędzia do 10 liter w ramach zamówienia (bez dodatkowych kosztów)

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 Kleinsassera do mikrochirurgii krtani						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 - 3 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						3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Fotel ginekologiczny – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Konstrukcja fotela wykonana z rur stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
2.	Całkowita długość z segmentem podudzia ok. 1740mm	TAK	
3.	Całkowita długość bez segmentu podudzia ok. 1280 mm	TAK	
4.	Szerokość siedziska ok. 600mm	TAK	
5.	Szerokość całkowita siedziska ok. 775mm	TAK	
6.	Wysokość siedziska ok. 860mm	TAK	
7.	Kąt uniesienia oparcia placów ok. 70 ⁰	TAK	
8.	Regulacja pochylenia siedziska od -10 do +20 ⁰	TAK	
9.	Pozycja Trendelenburga 20 ⁰	TAK	
10.	Pozycja anty-Trendelenburga 10 ⁰	TAK	
11.	Regulacja nachylenia oparcia pleców, siedziska oraz pozycji Terendelenburga i anty-Trendelenburga za pomocą sprężyn gazowych	TAK	
12.	Fotel wyposażony w - podkolanniki - uchwyty do rąk - pojemnik ze stali nierdzewnej - podpórki stopy - wieszak kroplówki - ramię kolposkopu - podpórka reki	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
Fotel ginekologiczny						1	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/19 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kozetka lekarska – 2 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						2	

.....
(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 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						2	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I

Dodatek nr 1/21 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **krzesło szpitalne – 8 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	
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
krzesło szpitalne						8	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/22 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa bakteriobójcza przepływowa – 3 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	
16	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 bakteriobójcza przepływowa						3	

.....
(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	
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						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 operacyjna 3 + 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 operacyjna 3 + 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 : **łóżko szpitalne metalowe z materacem – 16 szt.**

LP.	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 paroprzepuszczalnej	TAK	
16.	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne	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
łóżko szpitalne metalowe z materacem						16	

.....
(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**

L.p.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Sterowanie mikroprocesorowe	tak	
2.	Wyświetlacz z komunikatami tekstowymi	tak	
3.	Model wiszący na ścianie	tak	
4.	Szerokość myjni max. 450 mm	tak	
5.	Wysokość myjni max. 900 mm	tak	
6.	Komora tłoczona, ze stali kwasoodpornej, z zaokrąglonymi narożnikami	tak	
7.	Podgrzewanie elektryczne	tak	
8.	Dezynfekcja termiczna	tak	
9.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	tak	
10.	Drzwi otwierane do przodu	tak	
11.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi	tak	
12.	Automatyczne dozowanie detergentu	tak	
13.	Kontrola poziomu środka chemicznego w pojemniku	tak	
14.	Obudowa ze stali nierdzewnej	tak	
15.	Wbudowany kondensator oparów	tak	
16.	Minimalny załadunek komory: 1 basen lub 2 kaczk	tak	
17.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	tak	
18.	Minimum 5 programów myjąco-dezynfekujących dostępnych z panelu sterującego	tak	
19.	Wskaźnik informujący o stanie zaawansowania procesu	tak	
20.	Możliwość modyfikacji programów myjących	tak	
21.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych w myjni, min. 1 pojemnik	tak	
22.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	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
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 –3 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	
12	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
Negatoskop 2 klatkowy – 3 szt						3	

.....
(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 - 4 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						4	

.....
(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 – 2 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	
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
Podgrzewacz płynów infuzyjnych						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 ze stali nierdzewnej– 3 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						3	

.....
(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 - 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
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	
16.	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
reflektor lekarski						1	

.....
(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 wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9.	TAK	
2.	Regał z pięcioma pełnymi półkami montowanymi na stałe.	TAK	
3.	Odległość między półkami ok 427 mm.	TAK, podać	
4.	Regał na nóżkach o wysokości ok.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 : **Regał metalowy - 2 szt.**

LP.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	wykonany ze stali nierdzewnej	TAK	
2	wyposażony w 5 półek	TAK	
3	długość ok. 1000mm	TAK	
4	szerokość ok. 600mm	TAK	
5	wysokość 1900mm	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 metalowy						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 : **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 : **Stojak z podwójną miską na odpadki – 6 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.xgł.xwys. 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						6	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół operacyjny elektrohydrauliczny , mobilny– 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
	Mobilny stół operacyjny z pokrywami wykonanymi ze stali nierdzewnej i tworzywa ABS, aluminiowo-stalowej konstrukcji i blatem przeziernym dla RTG o wymiarach blatu 2030 mm na 560 mm, całkowity wymiar wymiar podstawy stołu 1015 x 560 mm, 4 koła o średnicy 100 mm schowane w podstawie, prześwit 16 mm	tak	
1.	5 segmentów stołu (podgłówek, plecy, siedzenie, 2 x segment nóg)	tak	
2.	Ręcznie regulowany segment głowy wraz z przesuwem wzdłużnym	tak	
3.	Dzielona sekcja nóg z możliwością artykulacji +10°/-90° i rozchyleniem po 90° w każdą stronę	tak	
4.	Ręcznie sterowane wypiętrzenie nerkowe 120 mm z możliwością zmiany położenia (1/3 i 2/3 długości segmentu pleców)	tak	
5.	Ręczna regulacja kąta nachylenia sekcji pleców -40°/+80°	tak	
6.	Regulacja wysokości stołu w zakresie 600-900 mm sterowana z pilota przewodowego i panelu awaryjnego w podstawie stołu.	tak	
7.	Przechył poprzeczny 20° w każdą stronę sterowany z pilota przewodowego i panelu awaryjnego w podstawie stołu.		
8.	Pozycja Trendelenburga 30° sterowana z pilota przewodowego i panelu awaryjnego w podstawie stołu.	tak	
9.	Pozycja anty- Trendelenburga 30° sterowana z pilota przewodowego i panelu awaryjnego w podstawie stołu.	tak	
10.	Funkcja zerowania stołu na pilocie przewodowym.		
	Przycisk zatrzymania awaryjnego stołu na pilocie przewodowym	tak	
11.	Blokowanie stołu do podłoża sterowane z pilota przewodowego i panelu awaryjnego w podstawie stołu	tak	

12.	Dwa niezależne źródła zasilania (bateryjne i sieciowe)	tak	
13.	Wskaźnik ładowania i stanu naładowania baterii na podstawie stołu	tak	
14.	Wbudowana w podstawę stołu ładowarka	tak	
15.	Udźwig 270 kg	tak	
16.	Parawan anestezjologiczny z regulacją szerokości.- 1 szt	tak	
17.	Anestezjologiczna podpora ręki – 1 szt	tak	
18.	Zaciski wielofunkcyjne do montowania wyposażenia do szyn bocznych, z regulacją kąta nachylenia – 5 szt	tak	
19.	Podparcie boczne	tak	
20.	Podparcie kolana	tak	
21.	Wieszak kroplówki	tak	
22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
23.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
24.	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 operacyjny elektrohydrauliczny , mobilny						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 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 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 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 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	
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
Szafa 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 do zmiany obuwia - 2 szt.;**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonana z płyty laminowanej	TAK	
2	Wymiary ok. 130x80x22cm	TAK	
3	Uchwyty metalowe niklowane	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
Szafka do zmiany obuwia						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 – 14 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 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
Szafka przyłóżkowa z blatem						14	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Szafka szatniowa - 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonana z płyty laminowanej o grubości 18mm z krawędziami ochronnymi ABS o gr. ok. 2mm, stelaż szafy z blachy stalowej lakierowanej	TAK	
2	Szafka umieszczona na ławce z profili stalowych pomalowanych lakierem proszkowym	TAK	
3	Wewnątrz drążek na wieszaki oraz 2 regulowane półki	TAK	
4	Wymiary ok. 1750x600x400 mm	TAK	
5	Dwoje drzwi wyposażonych w zamek zamykany na klucz	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
Szafka szatniowa						3	

.....
(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 – 8 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						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 szpitalny – 28 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wielkość siedziska Ø 400 mm (± 50 mm)	Tak, podać	
2.	wysokość taboretu 400 mm (± 50 mm)	Tak, podać	
3.	taboret na sale chorych	Tak, podać	
4.	stelaż taboretu wykonany z profili stalowych pokrytych powłoką galwaniczną - chrom	Tak	
5.	siedzisko wykonane ze sklejki	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
Taboret szpitalny						28	

.....
(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 – 4 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	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	
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
Wózek anestetyczno zabiegowy						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 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 na narzędzia – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wykonany ze stali nierdzewnej,	TAK	
2.	Wyposażony w jeden blat	TAK	
3.	Na wyposażeniu miska o pojemn. 4 litry , na obrotowym wyciągu	TAK	
4.	Wymiary dł x szer : 670 x 470 mm	TAK	
5.	Wysokość : 830 mm	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 na narzędzia						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. 24 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 – 6 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						6	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I

Dodatek nr 1/51 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

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	PARAMETRY OFEROWANE
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	Okres gwarancji	min. 12 miesiące	
5	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 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 monitorujący dla 2 stanowisk z monitorem centralnym, respirator.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
Monitory przyłóżkowe– 2 szt.			
1.	Monitory o budowie modułowej w technologii wymiennych modułów podłączanych podczas pracy z automatyczną rekonfiguracją ekranu uwzględniającą pojawienie się nowych parametrów pomiarowych.	Tak	
2.	Ekran LCD TFT o przekątnej min. 15” (obraz o rozdzielczości min. 800 x 600 pikseli) do prezentacji minimum 6 krzywych jednocześnie, ekran wbudowany w monitor w celu ułatwionego przenoszenia i transportu wraz z chorym.	Tak	
3.	Zasilanie akumulatorowe na czas transportu chorego na min. 90 minut.	Tak	
4.	Możliwość zaprogramowania przez personel min. 15 różnych konfiguracji monitora (ustawiania ekranu i granic alarmowych).	Tak	
5.	Zasilanie sieciowe dostosowane do 230V / 50Hz.	Tak	
6.	Możliwość pracy w sieci centralnego monitorowania.	Tak	
7.	Pomiar EKG, wybór ilości monitorowanych odprowadzeń: 3, 7, 12 odprowadzeń. Jednoczesna prezentacja 7 odprowadzeń EKG przy rejestracji EKG z 5 elektrod. Możliwość jednoczesnej prezentacji wszystkich 12 odprowadzeń EKG. Analiza częstości akcji serca i podstawowa analiza arytmii. Pomiar akcji serca w zakresie min. 30-250 ud/min. W komplecie przewód główny i przewód do 5 elektrod klipsowych do każdego monitora.	Tak	
8.	Zakres pomiarowy analizy odcinka ST min. - 9,0 – (+) 9,0 mm	Tak	
9.	Pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 4-100 odd/min. Prezentacja krzywej oddechowej i respiracji	Tak	
10.	Pomiar saturacji w zakresie od 0-100%. Prezentacja krzywej pletyzmograficznej i %SpO2. Modulacja dźwięku przy zmianie wartości %SpO2. W komplecie kabel główny i standardowy czujnik na palec dla dorosłych do każdego monitora.	Tak	
11.	Pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną. Pomiar ręczny i automatyczny. Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem w	Tak	

	zakresie min. 1 - 240 min. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej . Pomiar rytmu serca: min. 30-250 ud./min W komplecie przewód interfejsowy i mankiety dla dorosłych w 3 rozmiarach do każdego monitora.		
12.	Funkcja „stazy”	Tak	
13.	Pomiar temperatury, dwa tory pomiarowe. Prezentacja 3 wartości temperatur: T1, T2, ΔT. W komplecie dwa czujniki temperatury: powierzchniowy i rektalny	Tak	
14.	Możliwość rozbudowy o pomiar kapnografii w strumieniu bocznym.	Tak	
15.	Układy alarmowe najważniejszych parametrów. Możliwość szybkiego ustawienia granic alarmowych. Alarmy na przynajmniej 3 poziomach ważności.	Tak	
16.	Możliwość kilkustopniowego wyciszania alarmów	Tak	
17.	Trendy graficzne i tabelaryczne wszystkich parametrów min. 72 godzinne	Tak	
18.	Min. 250 zapamiętywanych wycinków krzywych mierzonych parametrów – zapis automatyczny w chwili alarmu lub ręczny przyciśnięciu przycisku funkcyjnego	Tak	
19.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski szybkiego dostępu, pokrętko nawigacyjne oraz menu w języku polskim.	Tak	
Stacja centralnego nadzoru – 1 szt.			
20.	System centralnego nadzoru zapewniający jednocześnie monitorowanie min. 2 stanowisk przyłóżkowych z możliwością rozbudowy o kolejne stanowiska Min. 1 ekran typu LCD-TFT, kolorowe, min. 17”.	Tak	
21.	Min. 2 krzywe dynamiczne wyświetlane jednocześnie z każdego monitora przyłóżkowego. Możliwość podglądu dowolnego pełnego ekranu wybranego monitora.	Tak	
22.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez mysz i klawiaturę	Tak	
23.	Min. 3 stopniowe alarmy monitorowanych parametrów. Rozróżnialne kolorem oraz tonem.	Tak	
24.	Możliwość rozbudowy o sieciową drukarkę laserową formatu A4 do drukowania raportów, zestawień	Tak	
25.	Możliwość rozbudowy o rejestrator termiczny dwukanałowy do rejestracji przebiegów dynamicznych w czasie rzeczywistym	Tak	
Respirator-1 szt.			
26.	Tryb wentylacji kontrolowanej CMV	Tak	
27.	Tryb wentylacji wspomaganej	Tak	
28.	Wentylacja 100 % tlenem	Tak	
29.	Mix tlenowy	Tak	
30.	Płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20-60 mbar	Tak, podać	
31.	Niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 8-40 oddechów/ min	Tak, podać	
32.	Niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 3-20 l/min	Tak, podać	
33.	Zawór pacjenta z zastawką PEEP regulowana w zakresie 0-20 cmH2O	Tak, podać	
34.	Optyczne i dźwiękowe alarmy bezpieczeństwa: niskiego i wysokiego ciśnienia wentylacji, niskiego ciśnienia w	Tak	

	układzie zasilania; rozładowania baterii		
35.	MODUŁ INHALACJI	Tak	
36.	Regulacja przepływu tlenu w zakresie od 0-15 l/min	Tak	
37.	Możliwość podłączenia maski do tlenoterapii lub wąsów tlenowych	Tak	
38.	funkcja płynnego przełączania źródła zasilania tlenem (butla wewnętrzna/ instalacja centralna)	Tak	
39.	ZESTAW PRZENOŚNY	Tak	
40.	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	
41.	Płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20-60 mbar	Tak	
42.	Reduktor z manometrem	Tak	
43.	Przewód pacjenta przystosowany do sterylizacji	Tak	
44.	Zawór pacjenta przystosowany do sterylizacji	Tak	
45.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
46.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
47.	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 monitorujący dla 2 stanowisk z monitorem centralnym, respirator.						1	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I

Dodatek nr 1/54 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : ZESTAW NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH - 2kpl

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Jedn.	Ilość	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	ROZWIERACZ TYPU WEITLANER 3X4ZĘBY, TĘPY, DŁ. 130MM	szt	1	TAK	
2	HAK CHIRURGICZNY TYPU KOCHER 36X20MM, DŁ. 230MM	szt	2	TAK	
3	HAK CHIRURGICZNY TYPU US-ARMY, PODWÓJNY DWUSTRONNY, 26X15MM, 22X15MM; 39X15MM, 43X15MM, DŁ. 220MM	szt	2	TAK	
4	HAK CHIRURGICZNY PODWÓJNY DWUSTRONNY TYPU PARKER 22X15MM, 18X15MM; 18X15MM, 22X15MM, DŁ. 135MM	szt	2	TAK	
5	PENSETA CHIRURGICZNA 1X2 ZĄBKI, DŁ. 130MM	szt	2	TAK	
6	PENSETA CHIRURGICZNA 3X4 ZĄBKI, DŁ. 160MM	szt	2	TAK	
7	PENSETA ANATOMICZNA DŁ. 130MM	szt	2	TAK	
8	PENSETA ANATOMICZNA DŁ. 160MM	szt	2	TAK	
9	PENSETA ATRAUMATYCZNA TYPU DEBAKEY, SZER.SZCZĘK 1,2MM, DŁ. 150MM	szt	1	TAK	
10	TRZONEK DO OSTRZY WYMIENNYCH NR 3	szt	1	TAK	
11	TRZONEK DO OSTRZY WYMIENNYCH NR 4	szt	1	TAK	
12	NOŻYCZKI PREPARACYJNE TYPU METZENBAUM, , ZAGIĘTE, DŁ. 145MM	szt	1	TAK	
13	OPINAKI TYPU BACKHAUS, DŁ. 110 MM	szt	5	TAK	
14	NOŻYCZKI PREPARACYJNE TYPU METZENBAUM, ZAGIĘTE, DŁ. 180MM	szt	1	TAK	
15	NOŻYCZKI CHIRURGICZNE DO SZWÓW Z TWARDĄ WKŁADKĄ I SZLIFEM FALISTYM, ZAGIĘTE, DŁ. 145MM	szt	1	TAK	
16	NOŻYCZKI CHIRURGICZNE DO SZWÓW Z TWARDĄ WKŁADKĄ I SZLIFEM FALISTYM, ZAGIĘTE, DŁ. 180MM	szt	1	TAK	
17	KLESZCZE NACZYNIOWE TYPU KELLY, ZAGIĘTE, DŁ. 140MM	szt	4	TAK	
18	KLESZCZE NACZYNIOWE TYPU HALSTED-MOSQUITO, PROSTE, DŁ. 125MM	szt	2	TAK	
19	KLESZCZE NACZYNIOWE TYPU HALSTED-MOSQUITO, ZAGIĘTE, DŁ. 125MM	szt	2	TAK	
20	KLESZCZE NACZYNIOWE TYPU ROCHESTER-PEAN, ZAGIĘTE, DŁ. 200MM	szt	2	TAK	
21	KLESZCZE PREPARACYJNE TYPU OVERHOLT, FIG.1, DŁ. 210MM	szt	2	TAK	
22	NOŻYCZKI CHIRURGICZNE TYPU MAYO, PROSTE, DŁ. 155MM	szt	5	TAK	
23	NOŻYCZKI CHIRURGICZNE TYPU MAYO, ZAGIĘTE, DŁ. 155MM	szt	5	TAK	
24	KLESZCZE NACZYNIOWE TYPU KOCHER, PROSTE, DŁ. 130MM	szt	2	TAK	
25	KLESZCZE NACZYNIOWE TYPU CRILE Z ZĄBKIEM, PROSTE, DŁ. 160MM	szt	2	TAK	
26	KLESZCZE NACZYNIOWE TYPU KOCHER, PROSTE, DŁ. 150MM	szt	2	TAK	
27	KLESZCZE DO OTRZEWNEJ TYPU MIKULICZ, ZAGIĘTE, DŁ. 180MM	szt	3	TAK	
28	KLESZCZE TYPU ALLIS, 5X6 ZĘBÓW, DŁ. 155MM	szt	2	TAK	
29	KLEMA OKIENKOWA ATRAUMATYCZNA, SZER.21MM, DŁ. 250MM TYPU MARTEL-WOLFSON	szt	1	TAK	
30	IMADŁO CHIRURGICZNE TYPU HEGAR, DŁ. 150MM	szt	2	TAK	
31	IMADŁO CHIRURGICZNE TYPU HEGAR-MAYO Z TWARDĄ WKŁADKĄ, DŁ. 150MM	szt	1	TAK	
32	IMADŁO CHIRURGICZNE TYPU HEGAR-MAYO Z TWARDĄ WKŁADKĄ, DŁ. 185MM	szt	1	TAK	
33	IMADŁO CHIRURGICZNE TYPU DEBAKEY Z TWARDĄ WKŁADKĄ, DŁ. 150MM	szt	1	TAK	
34	KLESZCZE OPATRUNKOWE TYPU GROSS, ZAGIĘTE, Z ZAMKIEM, DŁ. 200MM	szt	1	TAK	
35	KONTENER PRACUJĄCY W SYSTEMIE OTWARTYM SKŁADAJĄCY SIE Z :WANNA KONTENERA O WYMIARACH: 470X274X120, ALUMINIOWA, WYKONANA Z JEDNEGO KAWAŁKA MATERIAŁU, PROFILOWANE DNO, ZEWNĘTRZNY TEST CHEMICZNY, PLASTIKOWA PLOMBA, TABLICZKA INFORMACYJNA PO OBU STRONACH WANNY, WYPOSAŻONA W UCHWYTY BLOKOWANE POD KĄTEM 90 ST.POKRYWA KONTENERA PRZEZROCZYSTA WYKONANA ZE SZTUCZNEGO TWORZYWA - POLIMERU, ODPORNEGO NA USZKODZENIA MECHANICZNE, BEZ KONIECZNOŚCI WYMIANY FILTRÓW TEFLONOWYCH W OKRESIE OK. 5 TYS. CYKLI, METALOWA TABLICZKA INFORMACYJNA	szt	1	TAK	

36	KOSZ NA NARZĘDZIA O WYMIARACH:406X253X106MM WYKONANY Z MATERIAŁU NIERDZEWNEGO, KWASOODPORNEGO, MOŻLIWOŚĆ ZAMKNIĘCIA POPRZECZ ZASTOSOWANIE DODATKOWEJ POKRYWY ZEWNĘTRZNEJ Z UCHWYTEM, WYKONANY POPRZECZ WYCIĘCIE Z JEDNEGO ARKUSZA BLACHY UNIEMOŻLIWIAJĄCEGO ZACZEPIANIE NARZĘDZI NA NÓŻKACH Z DOPASOWANĄ MATA SILIKONOWĄ	szt	1	TAK	
37	PLOMBY-ETYKIETY Z INDIKATOREM STATUSU STERYLIZACJI I WARSTWĄ KLEJĄCĄ, BIAŁA	op	1	TAK	
38	PLATIKOWA PLOMBA JEDNORAZOWEGO UŻYTKU DO ZABEZPIECZENIA KONTENERA, CZERWONA	op	1	TAK	
39	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	-	-	Tak	
40	Okres gwarancji	-	-	min. 36 miesięcy	

Ogólna charakterystyka narzędzi - wymagania zamawiającego.

1. Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej spełniającej wymagania normy: PN-EN 10088-1: 1998 (ISO 7153-1)-wymagane oświadczenie producenta (zapewniające wysoki stopień odporności na korozję).
2. Deklaracja zgodności CE na oferowany asortyment
3. Gwarancja na całość asortymentu na nie mniej niż 36 miesięcy
4. Stałość cen przez okres obowiązywania umowy
5. Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta
6. Nożyczki rozbieralne (ramiona nożyczek połączone za pomocą wkrętu umożliwiające rozkręcanie
7. Twarde wkładki(węglik spiekany) wlutowane w całość narzędzia;
8. Umieszczenie metodą laserową logo Producenta na każdym narzędziu z numerem katalogowym
9. Autoryzowany Serwis producenta w kraju – wymagane oświadczenie producenta o posiadaniu takiego serwisu; podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania
10. Możliwość kompleksowej regeneracji narzędzi (ostrzenie, odnowa powierzchni, przywrócenie kształtu zgodnego z pierwowzorem, przywrócenie pełnej funkcjonalności – odpowiedni nacisk, odpowiednia symetria ostrza, wymiana twardych wkładek zgodnie z procesem technologicznym producenta) - podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania, termin wykonania max. 14 dni od daty dostarczenia narzędzi.,
11. Możliwość odcinania każdego narzędzia do 10 liter w ramach zamówienia (bez dodatkowych kosztów)

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I

Dodatek nr 1/55 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw narzędzi ginekologicznych – 2kpl**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Jedn.	Ilość	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	SZCZYPCE .OPATRUNKOWE TYP .MAIER Z ZAMKIEM .ZAKRZ.YWIONE DŁ 265MM	szt	2	TAK	
2	ZACISK TYPU BACKHAUS DŁ 110MM	szt	4	TAK	
3	ZACISK TYPU BACKHAUS DŁ .115MM	szt	4	TAK	
4	UCHWYT SKALPELA NR.4 130MM	szt	1	TAK	
5	UCHWYT SKALPELA NR.3 125MM	szt	1	TAK	
6	NOŻYCKI PREPARACYJNE TYPU .METZENBAUM ZAKRZYWIONE DŁ .200MM	szt	1	TAK	
7	NOŻYCKI .PREPARACYJNE TYPU .NELSON-METZENBAUM ZAKRZYWIONE DŁ.230MM	szt	1	TAK	
8	NOŻYCKI PREPARACYJNE TYPU .MAYO-LEXER ZAKRZYWIONE DŁ .165MM	szt	1	TAK	
9	NOŻYCKI .PREPARACYJNE TYPU.WERTHEIM ZAKRZYWIONE DŁ.230MM	szt	1	TAK	
10	NOŻYCKI CHIRURGICZNE PROSTE TĘPO /OSTRE DŁ 145MM	szt	1	TAK	
11	PENSETA ANATOICZNA .ŚREDNIO SZER.DŁ 145MM	szt	1	TAK	
12	PENSETA CHIRURGICZNA .ŚREDNIO SZER.1X2Z. DŁ 145MM	szt	1	TAK	
13	PENSETA CHIRURGICZNA .1X2Z.DŁ 200MM	szt	1	TAK	
14	PENSETA .ATRAUMATYCZNA .SZCZĘKA 2,0MM DŁ .150MM	szt	1	TAK	
15	PENSETA .ATRAUMATYCZNA .SZCZĘKA 2,0MM DŁ .200MM	szt	1	TAK	
16	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYP .ROCHESTER-OCHSNER .PROSTE .1X2Z.140MM	szt	5	TAK	
17	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYP PEAN PROSTE D 140MM	szt	6	TAK	
18	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYPU .KELLY PROSTE DŁ 140MM	szt	4	TAK	
19	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYPU .KOCHER-OCHSNER .PROSTE.1X2Z.200MM	szt	4	TAK	
21	KLESZCZYKI DO OTRZEWNEJ TYPU FAURE ZAGIETY DŁ 205MM	szt	2	TAK	
22	ZACISK HISTEREKTOMIJNE TYPU WERTHEIM 235MM	szt	2	TAK	
23	SZCZYPCE .ATRAUMATYCZNE .GĄBCZASTE TYPU .FOERSTER .PROSTE DŁ.245MM	szt	1	TAK	
24	KULOCIĄG TYPU SCHROEDER DŁ 250MM	szt	2	TAK	
25	KULOCIĄG TYPU SCHROEDER 3X3ZĘBYSZER 11MM .PROSTY DŁ 270MM	szt	3	TAK	
26	SONDA MACICZNA TYPU .SIMS WYSKALOW.ŚR.4/ DŁ 330MM	szt	2	TAK	
27	ODCIAGACZ MIĘŚNIAKÓW TYP .DOYEN DŁ 190MM	szt	2	TAK	
28	IMADŁO CHIRURGICZNE TYPU .HEGAR-MAYO DŁ 205MM SZEROKOŚĆ SZCZEK 0,5	szt	1	TAK	
29	IMADŁO CHIRURGICZNE TYPU .HEGAR DŁ 205MM SZER, SZCZEK 0,5	szt	1	TAK	
30	IMADŁO CHIRURGICZNE TYPU .WERTHEIM Z TWARADĄ WKŁADKA DŁ 240MM SZEROKOŚĆ SZCZEK 0,5	szt	1	TAK	
31	ZEST.AW WZIERNIK .POCHWOWYCH TYPU DOYEN 90X45MM DŁ 240MM	szt	3	TAK	
32	WZIERNIK POCHWOWY DOYEN 80X30MM DŁ 250 MM	szt	3	TAK	
33	ZESTAW .WZIERNIK.ÓW POCHW TYPU .KRISTELLER 90X36MM DŁ 175 MM	szt	3	TAK	
34	ZESTAW .WZIERNIKÓW .POCHWOWYCH TYPU .KRISTELLER 110X20MM DŁ 220MM	szt	3	TAK	
35	NACZYNNIE LABORATORYJNE 0,16L	szt	1	TAK	
36	NACZYNNIE LABORATORYJNE 0,4L	szt	1	TAK	
37	KONTENER DO STERYLIZACJI NARZĘDZI DOSTOSOWANY DO ZESTAWU, PRACUJĄCY W SYSTEMIE OTWARTYM W KTÓREGO SKŁAD WCHODZI: WANNA KONTENERA O WYMIARACH: 592X274X120MM, ALUMINIOWA, WYKONANA Z JEDNEGO KAWAŁKA MATERIAŁU, PROFILOWANE	szt	1	TAK	

	DNO, ZEWNĘTRZNY TEST CHEMICZNY, POKRYWA KONTENERA PRZEZROCZYSTA WYKONANA ZE SZTUCZNEGO TWORZYWA - POLIMERU, ODPORNEGO NA USZKODZENIA MECHANICZNE, BEZ KONIECZNOŚCI WYMIANY FILTRÓW TEFLONOWYCH W OKRESIE OK. 5 TYS. CYKLI, METALOWA TABLICZKA INFORMACYJNA,				
38	KOSZ NA NARZĘDZIA O WYMIARACH:543X253X76MM WYKONANY Z MATERIAŁU NIERDZEWNEGO, KWASOODPORNEGO, MOŻLIWOŚĆ ZAMKNIĘCIA POPRZECZASTOSOWANIE DODATKOWEJ POKRYWY ZEWNĘTRZNEJ Z UCHWYTEM, WYKONANY POPRZECZ WYCIĘCIE Z JEDNEGO ARKUSZA BLACHY UNIEMOŻLIWIAJĄCEGO ZACZEPIANIE NARZĘDZI Z MATA SILIKONOWA DOPASOWANĄ DO WYMIARÓW KOSZA	szt	1	TAK	
39	PŁOMBY-ETYKIETY Z INDYKATOREM STATUSU STERYLIZACJI I WARSTWĄ KLEJĄCĄ, BIAŁA	op	1	TAK	
40	PLASTIKOWA PŁOMBA JEDNORAZOWEGO UŻYTKU DO ZABEZPIECZENIA KONTENERA, CZERWONA	op	1	TAK	
41	Wpis do rejestru wyrobów medycznych			Tak	
42	Okres gwarancji			min. 36 miesięcy	

Ogólna charakterystyka narzędzi - wymagania zamawiającego.

1. Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej spełniającej wymagania normy: PN-EN 10088-1: 1998 (ISO 7153-1)-wymagane oświadczenie producenta (zapewniające wysoki stopień odporności na korozję).
2. Deklaracja zgodności CE na oferowany asortyment
3. Gwarancja na całość asortymentu na nie mniej niż 36 miesięcy
4. Stałość cen przez okres obowiązywania umowy
5. Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta
6. Nożyczki rozbiernalne (ramiona nożyczek połączone za pomocą wkrętu umożliwiające rozkręcanie
7. Twarde wkładki (węgliki spiekane) wlutowane w całość narzędzia;
8. Umieszczenie metodą laserową logo Producenta na każdym narzędziu z numerem katalogowym
9. Autoryzowany Serwis producenta w kraju – wymagane oświadczenie producenta o posiadaniu takiego serwisu; podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania
10. Możliwość kompleksowej regeneracji narzędzi (ostrzenie, odnowa powierzchni, przywrócenie kształtu zgodnego z pierwowzorem, przywrócenie pełnej funkcjonalności – odpowiedni nacisk, odpowiednia symetria ostrza, wymiana twardych wkładek zgodnie z procesem technologicznym producenta) - podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania, termin wykonania max. 14 dni od daty dostarczenia narzędzi.,
11. Możliwość odciekowania każdego narzędzia do 10 liter w ramach zamówienia (bez dodatkowych kosztów)

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość kpl	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw narzędzi ginekologicznych						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.	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	
2.	kanapa	- 3 osobowa z bokami, nierozkładana, tapicerka z tkaniny - wymiary: m 1,73 x 0,88 x 0,89 - kolor średni brąz	
3.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
4.	kuchnia elektryczna	- wolnostojąca , płyta ceramiczna, 4 pola grzejne, - klasa energetyczna A - kolor biały - wymiary : 85 x 60x60 - grzanie górne i dolne - zegar elektroniczny - szuflada na naczynia - moc (W) - 9900 - moc płyty (W) - 7800 - moc piekarnika (W) – 2100	
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.	zmywarka	- wymiary (SxWxG) 0,6 x 0,82 x 0,57 - panel sterujący - zewnętrzny (odkryty) - kolor : inox - klasa energetyczna A	
	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
chłodziarka						2	
kanapa						1	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						5	
kuchnia elektryczna						1	
Stolik-ława						1	
Szafa na dokumentację						2	
zmywarka						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 – 3 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 min 10 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 kopiowania : 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)						3	
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 terapii ciekłym azotem szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Czynnik chłodniczy – ciekły azot	Tak,	
2.	Objętość zbiornik 60 litrów	Tak, podać	
3.	Temperatura strumienia gazu -150st C	Tak	
4.	Czas niezbędny do osiągnięcia pełnej mocy chłodzącej (od momentu włączenia grzałki) ok. 30sek.	Tak, podać	
5.	Gabaryty szer.ok. 49cm, wysok.110cm, wysokość z zamocowaną linią zasilającą 125cm	Tak, podać	
6.	Masa urządzenia ok. 75 kg	Tak, podać	
7.	Moc max. napięcie i częstotliwość prądu 500W, 230V, 50 Hz	Tak, podać	
8.	Klasa ochronności i typ ochrony I, B	Tak	
9.	Wyposażenie dodatkowe: butla 60 litrów	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
12.	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 terapii ciekłym azotem						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Diatermia chirurgiczna szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zasilanie elektryczne 230V 50-Hz	TAK, podać	
2.	Moc cięcia monopolarnego bez koagulacji min.300	TAK, podać	
3.	Minimum 4 rodzaje cięć	TAK, podać	
4.	Koagulacja kontaktowa z maksymalną mocą min.120W	TAK, podać	
5.	Koagulacja spray z mocą maksymalną min.80W	TAK, podać	
6.	Koagulacja bipolarna z mocą min.80W	TAK, podać	
7.	Cięcie bipolarne z mocą minimum 80W	TAK, podać	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
9.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
10.	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
Diatermia chirurgiczna						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kriokomora 2-osobowa szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Kriokomora umiejscowiona w całości w jednym pomieszczeniu	TAK	
2.	Wieloosobowa z przeznaczeniem dla min. 2 osób, z możliwością przeprowadzenia zabiegów każdorazowo dla min.200 pacjentów dziennie bez przerw technologicznych	TAK, podać	
3.	Wypożazona w panoraniczną, podgrzewaną szybę niezamarzającą z automatycznym systemem odszraniania w komorze zabiegowej o wymiarach : 600x1000mm.	TAK, podać	
4.	Drzwi wejściowe do komory z podświetlonym opisem drogi ewakuacji.	TAK,	
5.	Komunikacja zabiegowej górnym i dolnym zimnym światłem LED.	TAK,	
6.	Kriokomora sterowana elektronicznym sterownikiem	TAK	
7.	Kriokomora zamyknieta ode góry sufitem	TAK	
8.	Kriokomora wyposażona w zintegrowany system osuszenia wnętrza z wilgoci	TAK,	
9.	System zasilania : bezpośredni wtrysk gazu do wnętrza komory zabiegowej	TAK,	
10.	Źródło zimna- ciekłe syntetyczne powietrze; mieszanina tlenu i azotu	TAK	
11.	System pomiaru temperatury w komorze zabiegowej -(min. 2 punkty pomiarowe znajdujące się na różnych wysokościach)	TAK	
12.	Wynik z pomiaru temperatury prezentowany na monitorze sterownika	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
Kriokomora 2 - osobowa						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kolumna do ćwiczeń PRAGMA szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA		
1.	Kolumna do ćwiczeń oporowych wykonana z kształowników stalowych malowanych proszkowo, mocowanie do podłoża lub ściany.	Tak,	
2.	Wyposażenie: ławeczka tapicerowana gąbką i skajem bezszwowe (dł. x szer. ok. 150 cm x 45 cm),	Tak, podać	
3.	Konstrukcja metalowa na stopkach.	Tak	
4.	W zestawie komplet bloczków, ciężarki o łącznej masie ok. 10 kg i linka z możliwością regulacji długości. Linka zakończona z jednej strony uchwytem, z drugiej zaczepem do zestawu ciężarków	Tak, podać	
5.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
6.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
7.	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
Kolumna do ćwiczeń PRAGMA						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 szt. 1**

	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 00 do +400	TAK, podać	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego, szerokość papieru ok. 500mm	TAK, podać	
5	Dł. x szer. ok. 1895x 640mm	TAK, podać	
6.	Wysokość ok. 550mm	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						1	

.....
(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 szt. 7**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETRY WYMAGANE	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Długość ok. 190cm	TAK, podać	
2.	Szerokość ok. 64cm	TAK, podać	
3.	Wysokość 70 cm	TAK	
4.	Regulacja kąta oparcia ok. od 0 stopni do 25 st.	TAK	
5.	Dopuszczalne obciążenie 150 kg	TAK	
6.	Leże tapicerowane gąbka i skajem bezszwowe.	TAK	
7.	Leżanka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego, szer. papieru ok. 500 mm	TAK, podać	
8.	Wykonana z drewna wysokiej jakości nie zawierające elementów metalowych np. przy łączeniu elementów konstrukcyjnych	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
Leżanka drewniana						7	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół do masażu 3 płaszczyznowy szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Siedmioczęściowe leżysko z unoszonym podnóżkiem regulowanym za pomocą sprężyny gazowej.	TAK	
2	Regulacja podnóżka w zakresie ok. + 85°	TAK, podać	
3	Regulowany zagłówek (-70° do +40°) +/- 10° za pomocą sprężyny gazowej.	TAK, podać	
4	Podglówek z wycięciem na twarz plus zatyczka.	TAK	
5	Łamanie środkowej części (pozycja „PIVOTA”) regulowane (0 ÷ 28°) +/- 5% za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotami umieszczonymi po obu stronach stołu.	TAK, podać	
6	Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulację wysokości z każdego miejsca stołu w zakresie ok. 47 do 98 cm.	TAK	
7	Koła jezdne do przemieszczania stołu z centralną blokadą umożliwiającą zablokowanie wszystkich kół jedną dźwignią.	Tak, podać	
8	Maksymalne obciążenie ok. 150 kg	Tak, podać	
9	Wyposażenie: 2 szt bananków barkowych, pas do stabilizacji, klin, wałek po 1 szt w komplecie	Tak, podać	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
12.	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 do masażu 3 płaszczyznowy							

.....
(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 szt. 1**

	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	
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
Szafa lekarska						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafki do zmiany obuwia szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szafa wykonana z płyty laminowanej 18 mm	Tak, podać	
2.	Uchwyty : metalowe niklowane	Tak	
3.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
4.	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
Szafki do zmiany obuwia						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafki szatniowe 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szafka wykonana z płyty laminowanej, tył z dykty.	Tak,	
2.	Podnóżki ławki wykonane z profili stalowych.	Tak	
3.	Szafki zamykane, zamek z 2 kluczykami	Tak	
4.	Wypożenie: drążek na wieszaki, dwie półki	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
Szafki szatniowe						3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Urządzenie do kompleksowej rehabilitacji kończyn dolnych i górnych szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zastosowanie do pracy ciągłej dla pacjentów z dysfunkcjami narządu ruchu.	Tak,	
2.	Możliwość regulacji poziomu oporu ok. 10 poziomów (do ok. 150 Watt).	Tak, podać	
3.	Możliwość regulacji prędkości – ok. 10 poziomów (od 20 do 60 rpm). Możliwość pracy w trybie ćwiczeń aktywnych, w różnych stopniach obciążenia lub ćwiczeń biernych z regulacją szybkości i wartości momentu obrotowego. Sterownik z wyświetlaczem funkcji czasu i ilości obrotów. Zasilanie 220 – 240 V	Tak, podać	
4.	Możliwość pracy w trybie ćwiczeń aktywnych, w różnych stopniach obciążenia lub ćwiczeń biernych z regulacją szybkości i wartości momentu obrotowego.	Tak	
5.	Sterownik z wyświetlaczem funkcji czasu i ilości obrotów.	Tak	
6.	Zasilanie 220 – 240 V	Tak, podać	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
9.	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
Urządzenie do kompleksowej rehabilitacji kończyn dolnych i górnych						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Urządzenia do terapii czynnej szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Aparat do ćwiczeń wyposażony w linkę z zaczepem 30 cm – 2 szt. linkę z zaczepem 60 cm – 4 szt, podwieszka kkg + kkd – 2 szt, podwieszka pod głowę – 1 szt, podwieszka pod miednicę – 1 szt, linka elastyczna z oporem 30 kg – 2 szt, linka elastyczna z oporem 50 kg – 2 szt, zwalniacz linki	Tak, podać	
2.	Konstrukcja mocowana do ściany z konstrukcją sufitową.	Tak	
3.	Konstrukcja sufitowa przeznaczona do zawieszenia aparatów składająca się z 2 rurek aluminiowych do przesuwania aparatu wzdłuż długości	Tak	
4.	Zestaw obciążników: 2 x 1,0 kg , 2 x 2,5 kg.	Tak, podać	
5.	Poduszka z gąbki do ćwiczeń równoważnych o wymiarach ok. (gr. x szer. x dł) 6 x 41 x 50 cm	Tak	
6.	Spód antypoślizgowy, górna powierzchnia z wypustkami. Gumowa podkładka do ćwiczeń sensomotorycznych	Tak	
7.	Stół do ćwiczeń z pacjentem 2-sekcyjny z elektryczną regulacją wysokości umieszczoną w ramie wokół stołu w zakresie 44 do 94 cm, regulowanym zagłówkiem w zakresie +60/-60 stopni	Tak, podać	
8.	Obciążenie do 150 kg,	Tak, podać	
9.	Kółka do przemieszczania stołu	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
12.	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
Urządzenia do terapii czynnej						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Waga lekarska szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Waga dla pacjenta - Zakres od 2do 200kg	TAK, podać	
2.	Wymiary pomostu ok. 330x380 mm	TAK, podać	
3.	Czas pomiaru : 2 s	TAK	
4.	Wyświetlacz LED.	TAK	
5.	Wymiary 330x380x85 mm	TAK, podać	
6.	Zasilanie 230V/50Hz.	TAK	
7.	Waga bez wzrostomierza	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
Waga lekarska						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 jezdny siedzący szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wózek standardowy, siedzisko i oparcie wyposażone w komfortową tapicerkę, łatwo zmywalną.	TAK,	
2.	Wykonany ze stali malowanej proszkowo.	TAK,	
3.	Wyposażenie: ściągane podłokietniki i podnóżki.	TAK	
4.	Podnóżki z regulowanym kątem nachylenia i podparciem na podudzie.	TAK	
5.	Możliwość regulacji kąta nachylenia oparcia od 0 do 25 st	TAK, podać	
6.	Maksymalne obciążenie ok. 100 kg	TAK, podać	
7.	Szerokość siedziska ok. 46 cm.	TAK, podać	
8.	Szerokość wózka ok. 66 cm	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
Wózek jezdny siedzący						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 szynowy do pionizacji i nauki chodu szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zastosowanie do nauki prawidłowego chodu w podwieszeniu pacjentów w stanach urazowych kręgosłupa oraz kończyn dolnych	TAK	
2.	Możliwość ćwiczeń z dziećmi np. z porażeniem mózgowym	TAK	
3.	Podest pokryty antypoślizgową wykładziną aluminiową	TAK	
4.	Drewniane poręcze o regulacji : wysokości w zakresie 70 cm do 110 cm.	TAK, podać	
5.	Rozstawu w zakresie: 50 cm do 90 cm .	TAK	
6.	Poręcze wyposażone w konstrukcję stalową , pionową.	TAK	
7.	Wyposażenie: szyna jezdna z orczykiem, umożliwiającą podwieszenie pacjenta za pomocą specjalnych szelek, mechanizm jezdny orczyka z możliwością obrotu o 180 st.	TAK, podać	
8.	Długość podestu: ok. 300cm. Szerokość podestu: ok. 60 cm. Wysokość konstrukcji: ok. 220 cm	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
Zestaw szynowy do pionizacji i nauki chodu						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 UGUL z wyposażeniem szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Przeznaczony do stosowania w kinezyterapii indywidualnej z kilkoma pacjentami równocześnie.	TAK	
2.	Zastosowanie zawieszek całkowitych, ćwiczeń czynnych w odciążeniu oraz czynnych z oporem i z zastosowaniem systemu bloczkowo- ciężarkowego	TAK	
3.	Możliwość zastosowania wyciągu do pozycji Perschl'a i Pętli Glissona	TAK	
4.	Wymiary (2m x 2m,) +/- 20cm.Szerokosc oczek (7x7 cm) +/-1,5 cm	TAK, podać	
5.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
6.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
7.	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 UGUL z wyposażeniem						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.	fotel wypoczynkowy	-jednoosobowy, z bokami , tapicerka z tkaniny odpornej na przetarcia - wymiary: m 0,84 x 0,79 x 0,89 - kolor średni brąz	
4.	fotel wypoczynkowy łatwozmywalny	- jednoosobowy, z bokami , tapicerka skóropodobna - wymiary: m 0,84 x 0,79 x 0,89 - kolor średni brąz	
5.	kanapa	- 3 osobowa z bokami, nierozkładana, tapicerka z tkaniny - wymiary: m 1,73 x 0,88 x 0,89 - kolor średni brąz	
6.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
7.	krzesło tapicerowane	-krzesło drewniane, siedzisko z tapicerki tkaninowej odpornej na przecieranie, szerokość siedziska 45 cm, maksymalna wysokość krzesła 90 cm, oparcie drewniane niepełne prążkowane - kolor tapicerki – średni brąz	
8.	kuchnia elektryczna	- wolnostojąca , płyta ceramiczna, 4 pola grzejne, - klasa energetyczna A - kolor biały - wymiary : 85 x 60x60 - grzanie górne i dolne	

		- zegar elektroniczny - szuflada na naczyńia - moc (W) - 9900 - moc płyty (W) - 7800 - moc piekarnika (W) – 2100	
9.	stolik-ława	- wymiary m : D/S/W 0,6 x 0,6 x 0,8 - płyta laminowana , jedna noga satynowa - kolor olcha	
10.	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	
11.	Zmywarka	- wymiary (SxWxG) 0,6 x0,82 x 0,57 - panel sterujący - zewnętrzny (odkryty) - kolor : inox - klasa energetyczna A	
	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	
fotel wypoczynkowy						4	
fotel wypoczynkowy łatwozmywalny						8	
kanapa						1	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						7	
krzesło tapicerowane						5	
kuchnia elektryczna						1	
stolik-ława						3	
szafa na dokumentację						5	
zmywarka						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 – 5 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	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)						5	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : Amplifon (wzmacniacz do treningu słuchowego) – 1 szt.

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Moc wyjściowa 31 W RMS klasa A	Tak	
2.	Pasmo przenoszenia 7-62000Hz -3dB	Tak	
3.	Zniekształcenia < 0,2% (1W ;1khz)	Tak	
4.	Impedancja wejściowa 50 kOhm	Tak	
5.	Impedancja wyjściowa 4 lub 8 Ohm	Tak	
6.	Czułość wejściowa 270mv	Tak	
7.	S/n stosunek 89 dB	Tak	
8.	Pobór mocy do 0,4 kW	Tak	
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
Amplifon (wzmacniacz do treningu słuchowego)						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 mierzenia ciśnienia – 1 szt.

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Duży, czytelny wskaźnik ciśnienia	Tak	
2.	Lekka konstrukcja odporna na wstrząsy	Tak	
3.	Gruszka wykonana z PVC z obrotowym, precyzyjnym zaworem	Tak	
4.	Ochronna warstwa wokół zegara	Tak	
5.	Podziałka co 2 mm/Hg	Tak	
6.	Zakres pomiarowy: 0-300 mmHg	Tak	
7.	Błąd pomiarowy: +-3 mmHg	Tak	
8.	Temperatura pracy: od +10 do +40 stopni C	Tak	
9.	Etui.	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
Aparat do mierzenia ciśnienia						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 EEG 32 kanałowy – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	System Windows XP	Tak	
2.	Głowica 32-kanałowa (opcjonalnie 64-kanały)	Tak	
3.	Częstotliwość próbkowania maks. 3000 Hz (1800 dla 64 kanałowej)	Tak	
4.	Impedancja wejściowa > 5 MOhm	Tak	
5.	Pomiar impedancji ze wszystkich elektrod jednocześnie, widoczna na ekranie	Tak	
6.	Filtr górnoprzepustowy 10-70 Hz (opcja 85-100 Hz)	Tak	
7.	Filtr dolnoprzepustowy 0,01-10 s	Tak	
8.	Filtr sieciowy 50/60 Hz	Tak	
9.	Kalibracja automatyczna	Tak	
10.	Szybkość płynnego przesuwu 10-240 mm/s	Tak	
11.	Fotostymulator - Lampa diodowa sterowana komputerem	Tak	
12.	Fotostymulacja 1-60 Hz	Tak	
13.	Remontaże (definiowane przez użytkownika) - dowolna ilość	Tak	
14.	Zdarzenia, np. artefakty, HV itp. (definiowane przez użytkownika) - dowolna ilość	Tak	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
17.	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 EEG 32 kanałowy						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 – 1 szt.

	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 okulistyczny – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	USG w projekcji B	Tak	
2.	Rozdzielczość osiowa $\leq 0,015$ mm	Tak	
3.	Rozdzielczość poprzeczna $\leq 0,12$ mm	Tak	
4.	Wzmocnienie regulowane od 0 do min 110 dB	Tak	
5.	Kąt skanowania $\geq 60^\circ$	Tak	
6.	Podwójne obrazowanie B	Tak	
7.	Pomiar powierzchni i odległości na zatrzymanej klatce	Tak	
8.	USG w projekcji A	Tak	
9.	Zakres pomiarowy od 0,01 mm do min. 60 mm	Tak	
10.	Kalkulacja mocy soczewek wewnątrzgałkowych	Tak	
11.	Przystawka do pomiarów metodą immersyjną	Tak	
12.	Głowica A częstotliwość 10Mhz	Tak	
13.	Głowica B o podwójnej częstotliwości 12 Mhz i 15 Mhz	Tak	
14.	Głowica B z możliwością rozbudowy o sondę wyższej częstotliwości UBM	Tak	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
17.	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 okulistyczny						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Dwa kanały	Tak	
2.	Przewodnictwo powietrzne	Tak	
3.	Przewodnictwo kostne	O	
4.	Wolne pole	O	
5.	Audiometria głosowa		
6.	Zawężone pasmo dźwięków	Tak	
7.	Audiometria głosowa		
8.	Sygnał pulsacyjny	Tak	
9.	Modulacja częstotliwości	Tak	
10.	Redukcja amplitudy		
11.	SAL	Tak	
12.	SISI		
13.	Obliczanie utraty słuchu	Tak	
14.	Intercom		
15.	Automatyczne testowanie/kalibracja	Tak	
16.	Odpowiedź pacjenta	Tak	
17.	Wyjście do drukarki	Tak	
18.	Łącze RS232-C	Tak	
19.	Pamięć wewnętrzna	Tak	
20.	Baza danych PC	O	
21.	Słuchawki izolujące (wyposażone w osłonki wygłuszające odgłosy z zewnątrz pozwalające na wykonywanie pomiarów bez kabiny audiometrycznej).	O	
22.	Drukarka	O	
23.	Walizka do audiometru	O	
24.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
25.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
26.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

O – opcja

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
Audiometr						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : Autorefraktometr – 1 szt.

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Sfera: -30 do +25D (krok pomiarowy co 0,12/0,25D)	Tak	
2.	Cylinder: -10 do +10D (krok pomiarowy co 0,12/0,25D)	Tak	
3.	Oś: od 1 do 180 stopni (krok pomiarowy co 1 stopień)	Tak	
4.	Odległość od powierzchni rogówki: 0 (przy doborze soczewek kontaktowych), 10, 12, 13,5, 15mm	Tak	
5.	Minimalna średnica źrenicy: 2,0mm	Tak	
6.	Ekran kolorowy LCD z możliwością ustawienia kąta pochylenia	Tak	
7.	Drukarka termiczna	Tak	
8.	Tryb oszczędzania energii: automatyczne wyłączanie urządzenia po 3, 5 lub 10 min. bezczynności	Tak	
9.	Zakres pomiaru rozstawu źrenic 85mm (w kroku co 1mm)	Tak	
10.	Dodatkowe wyjścia: RS-232C i Video	Tak	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
12.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
13.	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
Autorefraktometr						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Detektor tętna płodu – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zasilanie: sieciowe 230V	Tak	
2.	Moc akustyczna: 10W	Tak	
3.	Regulacja głośności: ręczna i automatyczna ARC	Tak	
4.	Wyjścia: słuchawkowe i słuchawki,	Tak	
5.	Głowica wymienna: BP2MHz, wąskokątna 20 mm i B7P2MHz - szerokokątna 7-elementowa	Tak	
6.	Wyświetlacz: częstość serca płodu FHR	Tak	
7.	Zakres pomiaru tętna: 50-210 bpm	Tak	
8.	Częstotliwość fali ultradźwiękowej: 2 MHz	Tak	
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
Detektor tętna płodu						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Korektor mowy (mini echo) – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Urządzenie zasilane z akumulatora ładowanego z sieci.	Tak	
2.	Miniaturowy aparat do terapii jąkania(walkman-echo)	Tak	
3.	Wartość wymaganego opóźnienia od 50 do 250 ms	Tak	
4.	Dyskretny w użytkowaniu , przydatny w tachylalii,	Tak	
5.	Wspomagający stosowanie także innych metod.		
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7.	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
Korektor mowy (mini echo)						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Laser okulistyczny – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Typ głowicy: Nd:YAG z przełącznikiem Q-switch	Tak	
2.	Długość fali: 1064nm	Tak	
3.	Szybkość repetycji: min. 1,25Hz	Tak	
4.	Wielkość plamki: < 8 µm	Tak	
5.	Energia dla pojedynczego impulsu : max 10 mJ, regulowana skokowo	Tak	
6.	Czas trwania impulsu: < 4 nsek	Tak	
7.	Tryby pracy : 1, 2 lub 3 impulsy;	Tak	
8.	Odstęp pomiędzy impulsami w wiązce : max 20 µsek.	Tak	
9.	Dwupłamkowy system naprowadzania wiązki	Tak	
10.	Zewnętrzny panel sterujący z możliwością ustawienia w dowolnym miejscu na stoliku	Tak	
11.	Elektro-mechaniczny stół pod laser	Tak	
12.	Laser zintegrowany z lampą szczelinową	Tak	
13.	Lampa szczelinowa powiększenia x10, x16 i x25	Tak	
14.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
15.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
16.	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
Laser okulistyczny						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Optyczny koherentny tomograf – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Technologia pomiaru – analiza spektralna	Tak	
2.	Programy skanowania – pojedynczy przekrój, tryb 3D	Tak	
3.	Fiksacja – wewnętrzna i zewnętrzna.	Tak	
4.	Autofocus automatyczna kompensacja wady refrakcji w zakresie min od -15D do +20D bez stosowania dodatkowych soczewek kompensacyjnych	Tak	
5.	Źródło światła – 840nm, szerokość widma 50nm.	Tak	
6.	Rozdzielczość osiowa – $\leq 5\mu\text{m}$.	Tak	
7.	Rozdzielczość poprzeczna – $\leq 15\mu\text{m}$.	Tak	
8.	Głębokość skanowania – $\geq 2,0\text{mm}$.	Tak	
9.	Szybkość skanowania – ≥ 25000 A-skanów/sek.	Tak	
10.	Minimalna średnica źrenicy – 3mm.	Tak	
11.	Opracowanie wyników – 3D, analiza grubości siatkówki, mapy topograficzne grubości siatkówki, analiza grubości RNFL, mapa topograficzna RNFL, mapy deformacji RPE, porównanie map topograficznych badań, możliwość skanowania i pomiaru przedniego odcinka oka	Tak	
12.	Baza normatywna dla siatkówki uwzględniająca płeć, wiek i rasę pacjenta	Tak	
13.	Analiza i raport progresji (do 6 badań)	Tak	
14.	Analiza i raport asymetrii oczu	Tak	
15.	Przestrzenne obrazowanie dołka, plamki i obszaru wokół plamki 3D	Tak	
16.	Możliwość tworzenia własnych protokołów badań	Tak	
17.	Moduł jaskrowy – analiza tarczy nerwu wzrokowego	Tak	
18.	Moduł HRT - pomiar i analiza parametrów tarczy nerwu wzrokowego.:powierzchnia i objętość całkowita, powierzchnia i objętość pierścienia neuroretinalnego oraz zagłębienia, współczynnik C/D, C/D poziomy i C/D pionowy	Tak	
19.	Moduł GDX - pomiar grubości warstwy włókien nerwowych z analizą wyników pomiarów i porównaniem ich z wartościami normatywnymi	Tak	
20.	Pomiar i analiza grubości warstwy włókien nerwowych RNFL z podziałem na 16 sektorów	Tak	
21.	Baza normatywna (RNFL 3,45 / NFL Thickness / ONH) uwzględniająca płeć, wiek i rasę pacjenta	Tak	

22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
23.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
24.	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
Optyczny koherentny tomograf						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Riphonic (Stymulator logopedyczny) - 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Urządzenie sterujące	Tak	
2.	Echo - wibrator z funkcją rewerberatora	Tak	
3.	Wzmacniacz	Tak	
4.	Elektrostymulator	Tak	
5.	Metronom	Tak	
6.	Masken	Tak	
7.	Rezonator	Tak	
8.	Elektrody	Tak	
9.	Słuchawki	Tak	
10.	Szpatułki	Tak	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
12.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
13.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

Ogólna charakterystyka stymulatora logopedycznego :

Urządzenie elektroniczne do polisensorycznego oddziaływania, w redukcji chorych z afazją, w usprawnianiu i stymulowaniu rozwoju mowy, w usprawnianiu motoryki języka (opóźniony rozwój mowy, porażenie mózgowe), w korekcji rotacyzmu, w pracy z niedosłyszającymi i jękającymi się oraz w korekcji mowy nosowej i w diagnozowaniu stopnia zautomatyzowania ćwiczonych głosek. Możliwość jednoczesnego wybiórczego oddziaływania bodźcami elektrycznymi, mechanicznymi, akustycznymi, wibracyjnymi i wizualnymi

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
Riphonic (Stymulator logopedyczny)						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Tonometr bezdotykowy – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Tryb pomiaru automatyczny lub manualny	Tak	
2.	Wbudowany, kolorowy ekran LCD z możliwością ustawienia kąta pochylenia do podglądu oka pacjenta,	Tak	
3.	Elektro-motoryczne sterowanie podbródka	Tak	
4.	Fiksator wewnętrzny	Tak	
5.	Wyświetlacz wyników	Tak	
6.	Skala w mmHg, zakres pomiaru od 1 do 60mmHg	Tak	
7.	Wbudowana drukarka termiczna	Tak	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
9.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
10.	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
Tonometr bezdotykowy						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Unit okulistyczny Opal – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Możliwość zamontowania 2 okulistycznych przyrządów diagnostycznych, np. lampy szczelinowej i autorefraktometru oraz dodatkowo foroptera i rzutnika testów	Tak	
2.	Blat przesuwny	Tak	
3.	Fotel pacjenta podnoszony elektrycznie	Tak	
4.	Wbudowana ładowarka do oftalmoskopu	Tak	
5.	Półka pod rzutnik optotypów	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
Unit okulistyczny Opal						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wibrator językowy (logopedyczny) – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zasilanie baterią 1,5V	Tak	
2.	Dwie głowice	Tak	
3.	Szpatułki	Tak	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

Ogólna charakterystyka wibratora językowego:

Przeznaczony do masażu języka, warg, policzków i podniebienia w celu korekcji rotacyzmu i do usprawniania motoryki języka.

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
Wibrator językowy						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wziernik obuoczny – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Oftalmoskop pośredni, nagłówny	Tak	
2.	Wbudowany szerokokątny dyfuzor efektywnie rozszerzający pole widzenia operatora (likwidujący obszary zacienione na obrzeżach),	Tak	
3.	Zasilanie akumulatorowe z płynną regulacją światła (ładowarka w komplecie)	Tak	
4.	Możliwość wyboru trybu pracy zwiększającego zakres diagnostyczny wziernika (umożliwia skuteczne badanie nie w pełni rozszerzonej źrenicy - poniżej 2mm)	Tak	
5.	Wbudowane filtry: ochronny UV-IR minimalizujący szkodliwe promieniowanie i REF-FREE - zapewniający precyzyjny obraz naczyń krwionośnych, filtr żółty, dyfuzor	Tak	
6.	Żarówka halogenowa	Tak	
7.	Zakres regulacji PD - od 49 do 74 mm	Tak	
8.	Walizka transportowa	Tak	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10.	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
Wziernik obuoczny						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 znieczulania z wyposażeniem – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Świadectwo dopuszczające do stosowania w służbie zdrowia – wpis lub zgłoszenie	Tak przedstawić	
2.	Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min. 2 kół	Tak	
3.	Aparat przystosowany do zawieszenia na kolumnie anestezjologicznej wyposażonej w uniwersalne złącze montażowe.	Tak	
4.	Zasilanie 230 V 50 Hz	Tak	
5.	4 gniazda elektryczne 230 V	Tak	
6.	Zasilanie gazowe O ₂ N ₂ O i powietrze z sieci centralnej	Tak	
7.	Awaryjne zasilanie z butli O ₂	Tak	
8.	Minimum 2 szuflady na drobne akcesoria	Tak	
9.	Ssak z regulacją siły ssania	Tak	
10.	Mechaniczne lub pneumatyczno-mechaniczne zabezpieczenie przed podaniem mieszaniny gazów powodującej hipoksję na poziomie min. 23 lub 25%	Tak	
11.	Półka lub blat do pisania	Tak	
12.	Podświetlenie blatu do pisania (do zabiegów laparoskopowych) – oświetlenie wbudowane w aparat Podświetlenie precyzyjnych mechanicznych przepływomierzy, rotametrycznych.	Tak	
13.	Konfiguracja aparatu: Aparat podstawowy; pochłaniacz dwutlenku węgla; respirator; monitor	Tak	
II.	System dystrybucji gazów		
14.	Precyzyjne, podwójne mechaniczne – rotametryczne przepływomierze dla: O ₂ , N ₂ O, powietrza	Tak	

15.	Kalibracja i dokładność przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami	Tak	
III.	Układ oddechowy		
16.	Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności	Tak	
17.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH ₂ O)	Tak	
18.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej i objętości maksymalnie do 1,5 L.	Tak	
19.	Możliwość eliminacji gazów anestezjologicznych poza salę operacyjną	Tak	
20.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	Tak	
21.	Alarm niskiego stężenia O ₂	Tak	
22.	Alarm wysokiego stężenia O ₂	Tak	
23.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych – 1szt	Tak	
24.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	Tak	
IV.	Tryb wentylacji		
25.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	Tak	
26.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	Tak	
27.	Oddech spontaniczny. Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	Tak	
28.	Wentylacja kontrolowana objętością	Tak	
29.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	Tak	
30.	Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	Tak	
V.	Regulacje		
31.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	Tak	
32.	Regulacja częstości oddechu. Minimum 4-65 l/min	Tak	
33.	Regulacja objętości oddechu. Minimum 50-1400ml	Tak	

34.	Regulacja ciśnienia wdechowego : min. 5-50 cm H ₂ O.	Tak	
35.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH ₂ O)	Tak	
VI.	Alarmy		
36.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu .	Tak	
37.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	Tak	
38.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	Tak	
39.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	Tak	
40.	Brak zasilania w energię elektryczną.	Tak	
41.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	Tak	
VII.	Pomiar i obrazowanie		
42.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	Tak	
43.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	Tak	
44.	Pomiar i obrazowanie objętości oddechowej	Tak	
45.	Pomiar minutowej objętości oddechowej	Tak	
46.	Obrazowanie, wyświetlanie krzywej oddechowej ciśnienie/czas	Tak	
47.	Wyświetlanie – stężenia tlenu	Tak	
VIII.	Inne		
48.	Awaryjne wbudowane zasilanie bateryjne na min. 45 minut w warunkach standardowych	Tak	
49.	Uchwyty do zamocowania dwóch parowników	Tak	
50.	Parowniki do sevofluranu	Tak	
51.	Dodatkowy przepływomierz do tlenu	Tak	
52.	Wapno z indykatozem – min. 1 opakowanie 5 litrów	Tak	
53.	Minimum 24 miesięczny okres gwarancyjny	Tak	
54.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
55.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
56.	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 znieczulania 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 : **Biurko lekarskie – 13 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.	Wypożazone 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	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7.	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
Biurko lekarskie						13	

.....
(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 badań laryngologicznych – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Fotel przeznaczony do ustalenia i utrzymania pacjenta w pozycji siedzącej podczas badań laryngologicznych lub okulistycznych	Tak	
2.	Długość x szerokość siedziska: 520 mm (± 20 mm) x 560 mm (± 20 mm)	Tak	
3.	Regulacja wysokości siedziska w zakresie: 530 mm (± 20 mm) do 770 mm (± 20 mm) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem nożnym	Tak	
4.	Odchylane oparcie pleców od pionu: 95° (± 5°) uzyskiwane za pomocą siłownika elektrycznego	Tak	
5.	Obrót siedziska o kąt: 90° w lewo i 90° prawo blokowany za pomocą mechanizmu śrubowego	Tak	
6.	Profilowany podglówek z regulacją wysokości i kąta nachylenia	Tak	
7.	Bezszywowa tapicerka siedziska, oparcia pleców i podglówka	Tak	
8.	Możliwość wyboru koloru tapicerki	Tak	
9.	Fotel wyposażony w odchylane podrażniki	Tak	
10.	Tworzywowe osłony podstawy, siedziska, oparcia pleców	Tak	
11.	Możliwość zamontowania podpórki pod rękę do krwiodawstwa	Tak	
12.	Powierzchnie fotela łatwe do czyszczenia i dezynfekcji	Tak	
13.	Świadectwa, certyfikat CE	Tak	
14.	Do oferty należy dołączyć oryginalne ilustrowane foldery producenta z potwierdzonymi wymaganymi wyżej parametrami technicznymi urządzeń.	Tak	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
17.	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 badań laryngologicznych						1	

.....
(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 pobierania krwi – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Płynna regulacja kąta pochylenia oparcia oraz zagłówka,	Tak	
2.	Dwa przestawne podłokietniki,	Tak	
3.	Ściśle zintegrowane oparcie z podłokietnikami	Tak	
4.	Zagłówek	Tak	
5.	Rama fotela pokryta powłoką lakierniczą proszkową odporną na środki myjące i dezynfekujące	Tak	
6.	Całkowita szerokość, min. 710mm	Tak	
7.	Całkowita długość, min. 730mm	Tak	
8.	Szerokość podstawy, min. 710mm	Tak	
9.	Długość podstawy, min. 730mm	Tak	
10.	Całkowita wysokość, do 1200 mm	Tak	
11.	Dopuszczalne obciążenia 120 kg	Tak	
12.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
13.	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
Fotel do pobierania krwi						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Fotel ginekologiczny – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Fotel ginekologiczny przeznaczony do przeprowadzania badań i zabiegów ginekologicznych lub urologicznych	Tak	
2.	Fotel przejezdny na kołach, średnica kół 100 mm	Tak	
3.	Długość leża bez segmentu podudzia: 1325 mm (± 20 mm).	Tak	
4.	Długość całkowita leża w pozycji poziomej 1790 mm (± 20 mm).	Tak	
5.	Całkowita szerokość leża: 720 mm (± 20 mm).	Tak	
6.	Minimalna wysokość siedziska w pozycji fotelowej: 660 mm (± 20 mm).	Tak	
7.	Maksymalna wysokość siedziska w pozycji fotelowej : 970 mm (± 20 mm).	Tak	
8.	Kąt uniesienia oparcia pleców: 70° ($\pm 5^{\circ}$).	Tak	
9.	Przechył Trendelenburga : 12° ($\pm 3^{\circ}$).	Tak	
10.	Regulacja wysokości siedziska, nachylenia oparcia pleców i Trendelenburga realizowane siłownikami elektrycznymi za pomocą sterownika nożnego umieszczonego w podstawie fotela	Tak	
11.	Konstrukcja fotela ze stali, osłonięta obudową z tworzywa.	Tak	
12.	Tapicerka profilowana, bejszowa, odporna na działanie środków dezynfekcyjnych.	Tak	
13.	Rolka podkładu jednorazowego umieszczony na uchwycie w zasobniku pod oparciem pleców	Tak	
14.	Fotel wyposażony w dodatkowy element przedłużający leże do zabiegów w pozycji leżącej	Tak	
15.	Wyposażenie podstawowe fotela: - miska ginekologiczna ze stali nierdzewnej - podkład jednorazowy w rolce - podkolanniki z podręczkiem lub - podpórka stopy z regulacją długości ramienia	Tak	

16.	Powierzchnie fotela łatwe do czyszczenia i dezynfekcji.	Tak	
17.	Możliwość wyboru koloru tapicerki	Tak	
18.	Świadectwa, certyfikat CE.	Tak	
19.	Do oferty należy dołączyć oryginalne ilustrowane foldery producenta z potwierdzonymi wymaganymi wyżej parametrami technicznymi urządzeń	Tak	
20.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
21.	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
Fotel ginekologiczny						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Fotel urologiczny – 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 płaców 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.	Wypożarty w miskę ze stali nierdzewnej oraz uchwyt na rolkę papieru podkładu który ma znajdować się w komorze pod oparciem płaców	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 urologiczny						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Kaseta szkieł próbnych – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zestaw min 266 szkieł próbnych, zainstalowanych w oprawach metalowych.	Tak	
2.	Zestaw zapakowany w walizce przenośnej, a same szkła umiejscowione w specjalnym etui, które musi być łatwo wyciągnięte i umiejscowione, np. w unicie okulistycznym.	Tak	
3.	Oprawy okularowe uniwersalne na min 5 szkieł	Tak	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5.	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
Kaseta szkieł próbnych						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 – 13 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	
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						13	

.....
(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 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	
17.	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	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa szczelinowa – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wypożyczona w nowoczesną optykę, bazującą na systemie wielowarstwowych powłok antyrefleksyjnych zapewniających efektywną transmisję światła widoczną zarówno w optyce jak i kontraście obrazu	Tak	
2.	Oświetlenie halogenowe	Tak	
3.	Lampa szczelinowa typu Zeiss, powiększenia x6, x10, x16, x25 i x40	Tak	
4.	Średnica szczeliny min 14mm	Tak	
5.	Filtry: kobaltowy, bezczerwieny, absorbujący ciepło	Tak	
6.	Kąt obrotu szczeliny regulowany w zakresie 0-180 stopni	Tak	
7.	Podbródek z fiksatorem	Tak	
8.	Tonometr aplanacyjny typu Z	Tak	
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
Lampa szczelinowa						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-klatkowy						7	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Podwójny, metalowy - konstrukcja z rurki stalowej	Tak	
2.	Ruchomy na podgumowanych kółkach	Tak	
3.	Stelaż pokryty lakierem proszkowym	Tak	
4.	Trwały materiał z tkaniny płóciennnej	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
Parawan						1	

.....
(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 - 1 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						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 – 5 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
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	
16.	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
Reflektor lekarski						5	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stolik elektryczny do urządzeń okulistycznych (Rondo)– 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wykonany z wysokiej jakości materiałów z regulowanym położeniem wysokości	Tak	
2.	Wyposażony w blat na 2 urządzenia	Tak	
3.	Elektro-motoryczna regulacja wysokości blatu stolika w zakresie min od 650 do 950 mm	Tak	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5.	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
Stolik elektryczny do urządzeń okulistycznych						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 do badania dzieci – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Konstrukcja stołu metalowa lakierowana proszkowo	Tak	
2.	Tapicerowane leże	Tak	
3.	Wbudowana dwudrzwiowa szafka z jedną półką	Tak	
4.	Wysuwana półka boczna z płyty meblowej wmontowana pod leżem stołu	Tak	
5.	Możliwość poziomowania na nierównym podłożu przy pomocy wykręcanej stopki	Tak	
6.	Wymiary leża 700 x 900mm (do $\pm 5\%$)	Tak	
7.	Wysokość 870 x 900mm (do $\pm 5\%$)	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
Stół do badania dzieci						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 do pielęgnacji niemowląt – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Konstrukcja stołu metalowa lakierowana proszkowo	Tak	
2.	Tapicerowane leże	Tak	
3.	Wbudowana dwudrzwiowa szafka z jedną półką	Tak	
4.	Wysuwana półka boczna z płyty meblowej wmontowana pod leżem stołu	Tak	
5.	Możliwość poziomowania na nierównym podłożu przy pomocy wykręcanej stopki	Tak	
6.	Wymiary leża 700 x 900mm (do $\pm 5\%$)	TAK	
7.	Wysokość 870 x 900mm (do $\pm 5\%$)	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
Stół do pielęgnacji niemowląt						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 z odstojnikiem do opasek gipsowych – 1 szt.**

DOPASOWAĆ WYMIARY STOŁU DO WYMIARÓW POMIESZCZENIA

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Całość wykonana jest ze stali kwasoodpornej.	Tak	
2.	Błat stołu z zamontowaną specjalną komorą zlewozmywakową, z umieszczonym w dnie, wyjmowanym odstojnikiem na gips.	Tak	
3.	Błat zamontowany na stelażu z profili zamkniętych.	Tak	
4.	Komora stołu zaopatrzona w odcinający zawór kulowy i syfon z PCV, umożliwiający odprowadzenie wody do odpływu w ścianie (lub do kratki ściekowej).	Tak	
5.	Szafka podblatowa z drzwiami dwuskrzydłowymi	Tak	
6.	Wymiar stołu - dł.1800 x szer. 600 x wys. 870 mm	Tak	
7.	Komora – dł.500 x szer. 480 x gł.150 mm	Tak	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
9.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
10.	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 z odstojnikiem do opasek gipsowych						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 przystawką ortopedyczną - 1szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stół do zabiegów opatrunkowych	TAK	
2.	Długość stołu : 2050 mm ($\pm$ 30 mm)	TAK	
3.	Całkowita szerokość blatu : 580 mm ($\pm$ 30 mm)	TAK	
4.	Regulacja wysokości : 840 do 1020 mm ($\pm$ 30 mm)	TAK	
5.	Regulacja oparcia pleców: - 35° do 85° ($\pm$ 5°)	TAK	
6.	Regulacja podglówka: - 35° do 55° ($\pm$ 5°)	TAK	
7.	Przechył Trendelenburga : 25° ($\pm$ 5°)	TAK	
8.	Przechył anti-Trendelenburga : 10° ($\pm$ 5°)	TAK	
9.	Regulacja kąta odchylenia podnózków : - 90° do 10° ($\pm$ 5°)	TAK	
10.	Regulacja wysokości za pomocą siłownika hydraulicznego nożnego	TAK	
11.	Regulacja segmentu oparcia pleców, podglówka , regulacja podnózków oraz przechyły wzdłużne wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
12.	Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej	TAK	
13.	Stół przejezdny - mobilny z centralną blokadą kół i funkcją jednego koła do jazdy na wprost	TAK	
14.	Segmentu blatu przenikalne dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć	TAK	
15.	Materace bezszwowe z pianki poliuretanowej spienionej	TAK	
16.	Wypożenie stołu : 1. przystawka ortopedyczna w skład której wchodzi: Podpórka płytowa - 2 szt., Podpórka prętowa - 2 szt., Zaczep uchwytu stopy - 2 szt., Uchwyt pięty - 2 szt., Wspornik biodra do operacji na boku- 1 szt., Zespół podporowy do gipsowania-1 szt., wspornik kolana-1 szt. 2. podpórka ręki 3. ramka ekranu Wszystkie elementy stalowe wyposażenia wykonane ze stali nierdzewnej	TAK	
17.	Powierzchnie stołu łatwe do czyszczenia i dezynfekcji	TAK	
18.	Świadectwa, certyfikat CE	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
Stół zabiegowy z przystawką ortopedyczną						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 – 16 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, wyposażona w kółka obrotowe z blokadą	Tak	
2.	Drzwi szafy przeszklone szybą hartowaną	Tak	
3.	Szklane półki z możliwością regulacji wysokości co 25 mm	Tak	
4.	Uchwyt drzwiowy z zamkiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach.	Tak	
5.	Wymiary szafy w mm.(wys. x szer. x gł.): około 1900 x 800 x 450	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
Szafa lekarska						16	

.....
(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 – 21 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Metalowa konstrukcja na pięcionogu z rolkami jezdnyymi,	Tak	
2.	Obręcz niklowana pod nogi	Tak	
3.	Pneumatyczna regulacja tapicerowanego okrągłego siedziska pokrytego łatwo zmywalną tkaniną	Tak	
4.	Powłoka lakiernicza proszkowa odporna na środki myjące i dezynfekujące	Tak	
5.	Możliwość wyboru koloru tapicerki	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
Taboret obrotowy						21	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Waga do ważenia niemowląt – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Waga medyczna klasa III (trzeciej)	Tak	
2.	Duży wyświetlacz LCD	Tak	
3.	Automatyczne zerowanie i test funkcji	Tak	
4.	Funkcja TARA i HOLD	Tak	
5.	Dokładność: 10 g	Tak	
6.	Maksymalna obciążenie : 20 kg	Tak	
7.	Waga netto: do. 3 kg	Tak	
8.	Zasilanie: akumulatorki i zasilacz (w zestawie)	Tak	
9.	Średni czas pracy na akumulatorach: 35 h	Tak	
10.	Wymiary szalki: min. 520 x 273 mm	Tak	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
12.	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
Waga do ważenia niemowląt						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Waga lekarska – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Waga osobowa, elektroniczna z zakresem 200kg,	Tak	
2.	Dokładność pomiaru do 1%	Tak	
3.	Czytelny wyświetlacz	Tak	
4.	Antypoślizgowa szalka dla 100% bezpieczeństwa	Tak	
5.	Automatyczne zerowanie	Tak	
6.	Zasilanie w standardzie	Tak	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8.	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
Waga lekarska						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 narzędzia – 5 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETRY WYMAGANE	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Metalowy szkielet lakierowany proszkowo	Tak	
2.	Błat nierdzewny z regulacją wysokości	Tak	
3.	3 kółka jezdne	Tak	
4.	Wymiar blatu 500 x 750mm (+ do 10%)	Tak	
5.	Wysokość 900 – 1400 (± 10%)	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 na narzędzia						5	

.....
(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 – 17 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Konstrukcja stolika wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	Tak	
2.	Półki ze szkła hartowanego – 2 szt.	Tak	
3.	Miski osadzone są w ruchomych koszykach – 2 szt.	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
Wózek zabiegowy						17	

.....
(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 met. ze zlewem 1-komorowym – 5 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Zlew 1-komorowy wolnostojący z ociekaczem z lewej lub prawej strony, z jednej strony blok 3 szuflad o długości min. 40 cm, z drugiej strony spód otwarty bez półki.	Tak	
2.	Szafka stojąca nierdzewna szufladami	Tak	
3.	Szafka wisząca nierdzewna z półką	Tak	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5.	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
Zestaw mebli met. ze zlewem 1-komorowym						5	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : Zestaw narzędzi laryngologicznych – **narzędzia wielorazowe** – 1 kpl.

Lp	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Jedn.	Ilość	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wziernik nosowy typu , HARTMANN, dł 160 mm	szt.	30	Tak	
	Wzierniki uszne , zestaw 3 sztuk 3,5mm	szt.	10	Tak	
	Wzierniki uszne , zestaw 3 sztuk 5,0m	szt.	10	Tak	
2	Wzierniki uszne , zestaw 3 sztuk 6,6mm	szt.	10	Tak	
3	Lusterko krtaniowe, FIG.5, śr. 20 mm	szt.	10	Tak	
4	Lusterko krtaniowe, FIG.6 śr. 22 mm	szt.	10	Tak	
5	Dźwignia do ucha typu WAGENER FIG. 1, dł.150mm	szt.	5	Tak	
6	Aplikator waty typu PICCOLO, dł 110 mm	szt.	5	Tak	
7	Uchwyt do lusterek krtaniowych	szt.	5	Tak	
8.	Kamerton typu HARTMANA C128, C ¹ 256	szt.	2	Tak	
9.	Wziernik typu SIEGLA , uszny z lupą / komplet – 5 wzierników/	kpl	2	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	-	-	Tak	
11.	Okres gwarancji	-	-	min. 36 miesięcy	

Ogólna charakterystyka narzędzi - wymagania zamawiającego:

- Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej spełniającej wymagania normy: PN-EN 10088-1: 1998 (ISO 7153-1) - wymagane oświadczenie producenta (zapewniające wysoki stopień odporności na korozję),
- Deklaracja zgodności CE na oferowany asortyment,
- Gwarancja na całość asortymentu na nie mniej niż 36 miesięcy,
- Stołość cen przez okres obowiązywania umowy,
- Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta,
- Nożyczki rozbieralne (ramiona nożyczek połączone za pomocą wkrętu umożliwiające rozkręcanie,
- Umieszczenie metodą laserową logo Producenta na każdym narzędziu z numerem katalogowym,
- Autoryzowany Serwis producenta w kraju – wymagane oświadczenie producenta o posiadaniu takiego serwisu; podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania,
- Możliwość kompleksowej regeneracji narzędzi (ostrzenie, odnowa powierzchni, przywrócenie kształtu zgodnego z pierwowzorem, przywrócenie pełnej funkcjonalności – odpowiedni nacisk, odpowiednia symetria ostrza, wymiana twardych

wkładek zgodnie z procesem technologicznym producenta) - podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania, termin wykonania max. 14 dni od daty dostarczenia narzędzi,

10. Możliwość odciekowania każdego narzędzia do 10 liter w ramach zamówienia (bez dodatkowych kosztów),

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość kpl	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw narzędzi laryngologicznych						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 narzędzi okulistycznych – 1 kpl.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	JEDN.	ILOŚĆ	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Blefarostat typ DESMARRES dł. 90 mm 3 szerokość okienka 20 mm	szt	5	Tak	
2	Odwracadło do powiek typ DESMARRES dł. 140 mm szerokość łopaty szerokość 11 mm	szt	3	Tak	
3	Uchwyt skalpela nr.4 dł 130mm	szt	5	Tak	
4	Łyzeczka do gradówki dł. 130 mm średnica czaszy 3 mm	szt	5	Tak	
5	Penseta tęczówkowa typu .BISHOP-HARMON 1X2Z dł. 85mm	szt	3	Tak	
6	Pinceta mikrochirurgiczna anatomiczna dł. 95 mm 3 3/4" odgięta 0,6 x 0,5 mm skok ząbków 0,25 mm długość 8 mm	szt	3	Tak	
7	Sonda oczu typu BOWMAN 0,7/0,8mm posrebrzana	szt	2	Tak	
8	Rozszerzadło do kanałów łzowych typ WILDER dł. 100 mm długość stożka 30 mm koniec tępy o średnicy 0,3 mm	szt	5	Tak	
9	Nożyczki rogówkowe typ CASTROVIEJ o dł 95mm	szt	3	Tak	
10	Nerka 250 ml	szt	4	Tak	
11	Kosz na narzędzia o wym 243 x 253 x 36 wykonany z materiału nierdzewnego, kwasoodpornego, możliwość zamknięcia poprzez zastosowanie dodatkowej pokrywy zewnętrznej z uchwytem , wykonany z jednego arkusza blachy uniemożliwiającego zaczepianie narzędzi	szt	2	Tak	
12.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych			Tak	
13.	Okres gwarancji			min. 36 miesięcy	

Ogólna charakterystyka narzędzi - wymagania zamawiającego:

1. Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej spełniającej wymagania normy: PN-EN 10088-1: 1998 (ISO 7153-1) - wymagane oświadczenie producenta (zapewniającej wysoki stopień odporności na korozję),
2. Deklaracja zgodności CE na oferowany asortyment,
3. Gwarancja na całość asortymentu na nie mniej niż 36 miesięcy,
4. Stałość cen przez okres obowiązywania umowy,
5. Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta,
6. Nożyczki rozbieralne (ramiona nożyczek połączone za pomocą wkrętu umożliwiające rozkręcanie,
7. Umieszczenie metodą laserową logo Producenta na każdym narzędziu z numerem katalogowym,

8. Autoryzowany Serwis producenta w kraju – wymagane oświadczenie producenta o posiadaniu takiego serwisu; podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania,
9. Możliwość kompleksowej regeneracji narzędzi (ostrzenie, odnowa powierzchni, przywrócenie kształtu zgodnego z pierwowzorem, przywrócenie pełnej funkcjonalności – odpowiedni nacisk, odpowiednia symetria ostrza, wymiana twardych wkładek zgodnie z procesem technologicznym producenta) - podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania, termin wykonania max. 14 dni od daty dostarczenia narzędzi,
10. Możliwość ocechowania każdego narzędzia do 10 liter w ramach zamówienia (bez dodatkowych kosztów),

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość kpl	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw narzędzi okulistycznych						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.	fotel wypoczynkowy	-jednoosobowy, z bokami , tapicerka z tkaniny odpornej na przetarcia - wymiary: m 0,84 x 0,79 x 0,89 - kolor średni brąz	
4.	kanapa	- 3 osobowa z bokami, nierozkładana, tapicerka z tkaniny - wymiary: m 1,73 x 0,88 x 0,89 - kolor średni brąz	
5.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
6.	stolik-ława	- wymiary m : D/S/W 0,6 x 0,6 x 0,8 - płyta laminowana , jedna noga satynowa - kolor olcha	
7.	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	
	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						2	
chłodziarka						4	
fotel wypoczynkowy						3	
kanapa						1	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						15	
Stolik-ława						1	
Szafa na dokumentację						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 – 14 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)						14	
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 dializ (mobilny) szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Automatyczne profilowanie sodu	Tak	
2.	Automatyczne profilowanie ultrafiltracji	Tak	
3.	Graficzny podgląd istotnych stanów pracy urządzenia	Tak	
4.	Bateria, która w przypadku braku zasilenia z sieci energetycznej zapewni pracę aparatu, przez co najmniej 20 min.	Tak	
5.	Kontrolowana w sposób ciągły ultrafiltracja	Tak	
6.	Możliwość wykonania hemodializy octanowej i wodorowęglanowej na ogólnie dostępnych koncentratkach.	Tak	
7.	Regulowany przepływ dializatu 300-800 ml/min	Tak	
8.	Automatyczne testowanie aparatu zarówno przed jak i w trakcie zabiegu dializy.	Tak	
9.	Płynna regulacja przepływu pompy krwi 50-600 ml/min	Tak	
10.	Płynny start pompy krwi w systemie (click-clack)	Tak	
11.	Pompa heparyny z możliwością podania żądanej wielkości „bolusa”	Tak	
12.	Ultrafiltracja sekwencyjna (iso uf) – „sucha uf” bez przepływu dializatu.	Tak	
13.	Programy dezynfekcji chemicznej.	Tak	
14.	Program dezynfekcji termicznej.	Tak	
15.	Opcja do wytwarzania koncentratu dwuwęglanowego z suchego składnika na jeden zabieg HD	Tak	
16.	Oprogramowanie i komunikacja z użytkownikiem w języku polskim.	Tak	
17.	Budowa modułowo – kompaktowa	Tak	
18.	Graficzny podgląd procesu dializy.	Tak	

19.	Graficzny ekran, nie emitujący promieniowania (norma emisji jak dla ekranów ciekłokrystalicznych)	Tak	
20.	Objętościowy system pomiaru ultrafiltracji.	Tak	
21.	Możliwość zamiany wszystkich modułów i opcji pomiędzy aparatami tego samego typu.	Tak	
22.	Możliwość monitorowania klirensu mocznika w czasie rzeczywistym wraz z podglądem graficznym.	Tak	
23.	Łatwo dostępny punkt pobierania próbki dializatu do analizy chemicznej i bakteriologicznej.	Tak	
24.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
25.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
26.	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 dializ (mobilny)						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 – 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wykonane z płyty wiórowej laminowanej.	TAK	
2.	Krawędzie zabezpieczone i 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 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						3	

.....
(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 dializ szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Długość x szerokość około 2170 x 920 mm	TAK, podać	
2.	Regulacja wysokości minimum 550 do 750 mm	TAK, podać	
3.	Regulacja oparcia pleców minimum: 0° do +75°	TAK, podać	
4.	Regulacja segmentu podudziowego minimum 0° do -45°	TAK, podać	
5.	Pozycja Trendelenburga minimum 12°	TAK, podać	
6.	Przeznaczony do ustalania i utrzymania pacjenta w pozycji siedzącej lub leżącej podczas przeprowadzania dializy lub podawania cytostatyków	Tak	
7.	posiada regulację wysokości siedziska, nachylenia oparcia pleców, segmentu podudzia i przechyłu Trendelenburga	Tak	
8.	Regulacja poszczególnych funkcji fotela realizowana jest przez siłowniki elektromechaniczne sterowane z pilota przewodowego.	Tak	
9.	Segment podudzia wyposażony jest w oparcie stóp o regulowanym wysuwie.	Tak	
10.	Wysokość podglówka regulowany ręcznie	Tak	
11.	Fotel mobilny dzięki zastosowaniu kół jezdnych, z których każde posiada blokadę jazdy i obrotu	Tak	
12.	Konstrukcja metalowa pokryta lakierem proszkowym i zabudowana osłonami z tworzywa termoplastycznego.	Tak	
13.	Siedzisko, oparcie pleców i segment podudzia pokryte skajem	Tak	
14.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
15.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
16.	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 dializ						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Fotel ginekologiczny szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Konstrukcja fotela wykonana z rur stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
2.	Całkowita długość z segmentem podudzia ok. 1740mm	TAK	
3.	Całkowita długość bez segmentu podudzia ok. 1280 mm	TAK	
4.	Szerokość siedziska ok. 600mm	TAK	
5.	Szerokość całkowita siedziska ok. 775mm	TAK	
6.	Wysokość siedziska ok. 860mm	TAK	
7.	Kąt uniesienia oparcia płaców ok. 70 ⁰	TAK	
8.	Regulacja pochylenia siedziska od -10 do +20 ⁰	TAK	
9.	Pozycja Trendelenburga 20 ⁰	TAK	
10.	Pozycja anty-Trendelenburga 10 ⁰	TAK	
11.	Regulacja nachylenia oparcia pleców, siedziska oraz pozycji Terendelenburga i anty-Trendelenburga za pomocą sprężyn gazowych	TAK	
12.	Fotel wyposażony w - podkolanniki - uchwyty do rąk - pojemnik ze stali nierdzewnej - podpórki stopy - wieszak kroplówki - ramię kolposkopu - podpórka reki	TAK	
13.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak,	
14.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
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
Fotel ginekologiczny						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 szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETRY WYMAGANE	PARAMETRY OFEROWANE
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	
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						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 szt. 1**

	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 $100\mu W/cm^2$	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 miesięcy	
16	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 Bakteriobójcza przepływowa						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	
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						2	

.....
(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 szt. 3

	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	
12.	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
Negatoskop 2-klatkowy						3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : Podest jednostopniowy szt. 1

	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 jednostopniowy						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 szt. 2**

	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 : Reflektor lekarski szt. 2

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
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 miesięcy	
16.	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
Reflektor lekarski						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 metalowy szt. 2

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	wykonany ze stali nierdzewnej	TAK	
2	wyposażony w 5 półek	TAK	
3	długość ok. 1000mm	TAK	
4	szerokość ok. 600mm	TAK	
5	wysokość 1900mm	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 metalowy						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 z oprzyrządowaniem szt. 1

	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 anestetyczną , ramie podpórki infuzyjnej, ramie kroplówki, rozdzielną 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 miesięcy	
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 : Szafa lekarska szt. 3

	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	
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
Szafa lekarska						3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Szafa ubraniowa szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonana z płyty laminowanej o grubości 18mm z krawędziami ochronnymi ABS o gr. ok. 2mm, staż szafy z blachy stalowej lakierowanej	TAK	
2	Szafka umieszczona na ławce z profili stalowych pomalowanych lakierem proszkowym	TAK	
3	Wewnątrz drążek na wieszaki oraz 2 regulowane półki	TAK	
4	Wymiary ok. 1750x600x400 mm	TAK	
5	Dwoje drzwi wyposażonych w zamek zamykany na kluczyk	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
Szafa ubraniowa						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 szt. 1**

	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						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 szt. 7**

	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						7	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Waga lekarska szt. 3**

LP.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Pomiar do 250kg	TAK	
2	Dokładność pomiaru: 100g	TAK	
3	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4	Wyposażona w kołka ułatwiające transport	TAK	
5	Nisko położona platforma	TAK	
6	Trwała konstrukcja	TAK	
7	Energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
8	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
9	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK	
10	Dokładność do 1 mm	TAK	
11	Ze skalą w cm	TAK	
12	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
13	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
Waga lekarska						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 anestezjologiczno zabiegowy szt. 1**

LP.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Długość: 1050mm ($\pm$ 20 mm)	TAK	
2.	Szerokość: 630 mm ($\pm$ 20 mm)	TAK	
3.	Wysokość: 1020 mm ($\pm$ 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. 12 miesięcy	
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
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 jezdny siedzący szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wózek stabilizujący głowę i plecy	TAK	
2.	Odchylane oparcie w sposób płynny do 30 ⁰	TAK	
3.	Wypożarty w hamulce oparte na systemie sprężynowym	TAK	
4.	Wypożarty w podnóżki regulowane do poziomu z podparciem na łydki	TAK	
5.	Kółka odbojowe zabezpieczające przed obijaniem ścian	TAK	
6.	Wysokość wózka ok. 93cm	TAK	
7.	Szerokość siedziska ok. 44cm	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
Wózek jezdny siedzący						2	

.....
(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 szt. 5**

	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						5	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózki na sprzęt szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Długość szkieletu : 825 mm ($\pm$ 20 mm)	TAK	
2.	Szerokość szkieletu: 530 mm ($\pm$ 20 mm)	TAK	
3.	Wysokość 1160mm ($\pm$ 20 mm)	TAK	
4.	Szkielet wózka metalowy lakierowany lakierem proszkowym	TAK	
5.	Wyposażony w dwie półki z płyty wiórowej, laminowanej	TAK	
6.	W dolnej części wózka półka wykonana z metalowej siatki	RAK	
7.	Regulowana wysokość położenia półek	TAK	
8.	Stolik przejezdny na czterech kołach	TAK	
9.	Krażki odbojowe umieszczona nad kołami jezdnyymi	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
Wózki na sprzęt						2	

.....
(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 – 3 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						3	

.....
(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.	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	
2.	krzesło obrotowe	- krzesło z oparciem , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
3.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
	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
chłodziarka						1	
Krzesło obrotowe						1	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						2	

.....
(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 – 8 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	
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
Krzesło szpitalne						8	

.....
(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 -1 szt.

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
	Naścienna	TAK	
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 (zasieg) 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	
16.	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 bakteriobójcza przepływowa						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 3 projektorowa- 1 szt.**

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1	Kopuła 3 reflektorowa	TAK	
2	Kopuła przystosowana do nawiewu laminarnego	TAK	
3	Kopuła wykonana z tworzywa	TAK	
4	Zawieszenie sufitowe z ramieniem poziomym obrotowym n x 360° na zakończeniu którego zamontowane jest na złączu obrotowym n x 360° ramie uchylne prostowodowe. Kopuła z dwoma ramionami profilowanymi do przemieszczania w osi X i Y z zakresem ruchów po 180°	TAK	
5	Regulacja wielkości plamy świetlnej za pomocą sterylizowanego uchwytu (po 2 uchwyty do każdej kopuły)	TAK	
6	Natężenie oświetlenia min. 110.000 lx	TAK	
7	Współczynnik oddawania barw Ra=96	TAK	
8	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób płynny w zakresie: min. 14-24 cm	TAK	
9	Temperatura barwowa min. 4200 K	TAK	
10	Zakres pracy bez konieczności ogniskowania: min. 80 cm	TAK	
11	Zasilanie: 230V, 50/60 Hz	TAK	
12	Źródło światła: żarówki halogenowe o mocy min. 50 W	TAK	
13	Żywotność żarówek min. 1300 h	TAK	
14	Lampa dostosowana do zasilania podstawowego 230V oraz sieci awaryjnej 24V DC	TAK	
15	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
16	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
17	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 3 projektorowa						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Regał do przechowywania zwłok na tacach 3 stanowiskowy – 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Regał do przechowywania zwłok na tacach wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku OH18N9	Tak, podać	
2.	Regał trzystanowiskowy, wyposażony w wielorolkowe prowadnice.	Tak	
3.	Regał na kółkach fi 125 mm (2 kółka z blokadą)	Tak, podać	
4.	W wyposażeniu 3 tace	Tak	
5.	Wymiary: 2195x790x1239 mm +/- 30 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
Regał do przechowywania zwłok na tacach 3 stanowiskowy						3	

.....
(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 misą na odpadki –2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stojak na pięcioramiennej podstawie z 5 kołami o średnicy 50 mm w tym 2 koła z blokadą	TAK,	
2.	Dwie miski zdejmowane o pojemności 6 l	TAK,	
3.	Wymiary 550 x 550 x 850 mm +/- 20 mm	TAK, podać	
4.	Wykonanie ze stali nierdzewnej w gatunku OH18N9	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
Stojak z podwójną misą na odpadki						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 sekcyjny z podnośnikiem hydraulicznym – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stół, na centralnej kolumnie, wykonany jest ze stali nierdzewnej AISI 304	Tak	
2.	Błat roboczy i zlew ze stali nierdzewnej AISI 316	Tak	
3.	Płynna zmiana wysokości odbywa się za pomocą wbudowanych podnośników sterowanych hydraulicznie lub elektrycznie	Tak	
4.	Błat stołu 4-częściowy, zdejmowany, perforowany, z sitem na odpadki. Możliwość podłączenia do systemu wentylacyjnego (kanału odprowadzającego) budynku.	Tak	
5.	Odciąg oparów odbywa się poprzez otwory w blacie roboczym.	Tak	
6.	Wanna stołu z pochyłem, jednym centralnym odpływem, wysokim brzegiem oraz zintegrowanym systemem wodnym, służącym do spłukiwania stołu.	Tak	
7.	Stół jest wyposażony w baterię na zimną i ciepłą wodę oraz w natrysk ręczny z 3 metrowym węzłem z tworzywa sztucznego.	Tak	
8.	W końcowej części stołu wbudowany jest zlew z wlewem wody zimnej i z rurą przepływową.	Tak	
9.	Na kolumnie stołu zainstalowane są wodoszczelne gniazda elektryczne.	Tak	
10.	Wymiary: 2600x850 mm +/- 30 mm	Tak, podać	
11.	Wysokość regulowana w zakresie 799-1150 +/- 30 mm	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
Stół sekcyjny z podnośnikiem hydraulicznym						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 chirurgiczny – 2 szt.

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Taboret wykonany w całości ze stali nierdzewnej OH18N9 z siedziskiem tapicerowanym	Tak, podać	
2.	Siedzisko okrągłe o średnicy min. 350 mm podnoszone ręcznie za pomocą sprężyny gazowej	Tak, podać	
3.	Podstawa pięcioramienna wykonana ze stali nierdzewnej z kółkami o średnicy min. 50 mm, w tym min. dwa koła z blokadą	Tak	
4.	Wymiary 560 x 560 mm	Tak, podać	
5.	Regulacja wysokości w zakresie od 440 do 580 mm	Tak, podać	
6.	Wszystkie krawędzie zabezpieczone zaokrąglone	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 chirurgiczny						2	

.....
(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	Stolik wykonany w całości ze stali nierdzewnej OH18N9	TAK,	
2.	Posiadający blat prosty i półkę montowaną na stałe	TAK	
3.	Odległość pomiędzy blatem a półka min. 400 mm	TAK, podać	
4.	Wyrób na kółkach o średnicy min. 100 mm w tym min. Dwa z blokadą – opnki z materiału niebrudzącego podłoża	TAK, podać	
5.	Uchwyt do prowadzenia umieszczony przy krótszym boku	TAK	
6.	Odbojniki z tworzywa sztucznego umieszczone nad kołami	TAK	
7.	Wymiary 1200 x 650 x 880 mm +/- 20 mm	TAK, podać	
8.	Wszystkie krawędzie zabezpieczone zaokrąglone	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 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 mycia i przygotowania zwłok – 1szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wózek sekcyjny z blatem wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku OH18N9.	Tak, podać	
2.	Wózek wyposażony w cztery kółka, w tym co najmniej dwa z blokadą.	Tak	
3.	Kółka niebrudzące podłoża, o średnicy min 125 mm.	Tak, podać	
4.	Blat tłoczony zaopatrzony w odpływ wody z korkiem. Wszystkie krawędzie zaokrąglone - bezpieczne.	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
Wózek do mycia i przygotowania zwłok						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 przewożenia zwłok – 2szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane Przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wózek do przewożenia zwłok na tacach.	Tak, podać	
2.	W górnej części wózka znajdują się rolki prowadzące, ułatwiające wsuwanie i wysuwanie tacy.	Tak	
3.	Wózek wyposażony w uchwyt do prowadzenia, zaczep blokujący przesuwanie tacy oraz cztery kółka o średnicy min. 125 mm (co najmniej dwa z blokadą).	Tak, podać	
4.	Wózek wyposażony w tacę z wszystkich stron zagłębioną. - zagłębienie o wysokości min 40mm.	Tak, podać	
5.	Taca wyposażona w dwa uchwyty ułatwiające jej przenoszenie oraz w pokrywę tacy.	Tak	
6.	Pokrywa posiada cztery uchwyty: po dwa dłuższym boku.	Tak	
7.	Pokrywa dopasowana do wanny w sposób uniemożliwiający jej przesuwanie.	Tak	
8.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	Tak	
9.	Całość wykonana ze stali kwasoodpornej o gatunku OH18N9.	Tak	
10.	Wózek z regulacją wysokości. Wózek nie uszczelniony hermetycznie.	Tak	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
12.	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 przewożenia zwłok						2	

.....
(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 9,9 kg	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 sprzątacza						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	Stolik wykonany w całości ze stali nierdzewnej OH18N9	TAK,	
2.	Posiadający blat prosty i półkę montowaną na stałe	TAK	
3.	Odległość pomiędzy blatem a półką min. 400 mm	TAK, podać	
4.	Wyrób na kółkach o średnicy min. 100 mm w tym min. dwa z blokadą – oponki z materiału niebrudzącego podłoża	TAK, podać	
5.	Uchwyt do prowadzenia umieszczony przy krótszym boku	TAK	
6.	Odbojniki z tworzywa sztucznego umieszczone nad kołami	TAK	
7.	Wymiary 1000 x 650 x 880 mm +/- 20 mm	TAK, podać	
8.	Wszystkie krawędzie zabezpieczone zaokrąglone	TAK,	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10.	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 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 : **Zestaw mebli metalowych ze zlewem dwukomorowym – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Mebłe wykonane w całości ze stali nierdzewnej OH18N9	TAK, podać	
2.	Zestaw składający się z: Stół roboczy ze zlewem dwukomorowym /tylna krawędź blatu podniesiona na wysokość min. 40mm, pozostałe boki proste, komory zlewu o wymiarach wewnętrznych min. 400 x 400 x 250 mm z dwoma syfonami, na froncie pod blatem maskownica o wysokości min. 250 mm, stół na nóżkach regulowanych w zakresie min. 20 mm pozwalające na wypoziomowanie stołu, stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową – wymiary 1200 x 600 x 850 mm +/- 20mm/	TAK, podać	
3.	Szafka stojąca dostawiana do blatu roboczego /dwoje pełnych drzwiczek otwieranych skrzydłowo, wewnątrz szafki jedna półka, szafka na nóżkach regulowanych w zakresie min. 20mm pozwalających na wypoziomowanie szafki – wymiary 1200 x 600 x 850 mm +/- 20mm/	TAK, podać	
4.	Szafka wisząca przeszklona – szkło hartowane /podwójne drzwiczki z przeszklonym frontem, drzwi otwierane skrzydłowo, wewnątrz jedna półka – wymiary 1200 x 350 x 600 mm +/- 20 mm/	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
Zestaw mebli metalowych ze zlewem dwukomorowym						1	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ V

Dodatek nr 5/14 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw podstawowych narzędzi do
przeprowadzenia sekcji – 1 kpl**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Jedn.	Ilość	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	PENSETA ANATOMICZNA.ŚREDNIO SZER. DŁ 115MM	szt	2	TAK	
2	PENSETA ANAT.ŚREDNIO SZER. DŁ 145MM	szt	2	TAK	
3	PENSETATA MIKROSKOPOWA PROSTA DŁ 100MM	szt	1	TAK	
4	PENSETA CHIRURGICZNA.1X2ZĘBY DŁ.105MM	szt	2	TAK	
5	PENSETA CHIRURGICZNA.DELIKATNA TYPU ADSON 1X2ZĘBY DŁ.120MM	szt	2	TAK	
6	PENSETA CHIRURGICZNA.ŚREDNIO SZER.1X2ZĘBY.DŁ160MM	szt	2	TAK	
7	PENSETA CHIRURGICZNA.ŚREDNIO SZER.1X2ZĘBY.200MM	szt	2	TAK	
8	KLESZCZYKI NACZYNIOWE TYPU PEAN PROSTE DŁ125MM	szt	2	TAK	
9	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYPU .KOCHERA PROSTE 1X2Z.145MM	szt	2	TAK	
10	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYPU .PEAN ZAKRZYWIONE DŁ.140MM	szt	2	TAK	
11	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYPU.ROCHESTER-PEAN ZAKRZYWIONE. DŁ160MM	szt	2	TAK	
12	NÓZ AMPUTACYJNY TYPU LISTON DŁ. 130MM	szt	2	TAK	
13	NÓZ SEKCYJNY VIRCHOW DŁ 95MM	szt	3	TAK	
14	NÓZ SEKCYJNY .NARZADOWY. DŁ 100MM	szt	2	TAK	
15	NOŻYCHYKI JELITOWE ZAKOŃCZONE .KULKĄ DŁ 210MM	szt	2	TAK	
16	LINIJKI STAL.WYSK.WMM I CAL. DŁ 300MM	szt	2	TAK	
17	TAŚMA MIAROWA .STALOWA MM/CALE DŁ 2M	szt	2	TAK	
18	NOŻYCHYKI .CHIRURGICZNE ZAKRZYWIONE .TEPO/OSTRE DŁ 145MM	szt	2	TAK	
19	NOŻYCHYKI .DO NACIĘĆ ZAKOŃCZONE KULKĄ DŁ 130MM	szt	2	TAK	
20	DELIKATNE .NOŻYCHYKI PREPARACYJNE PROSTE DŁ 115MM	szt	2	TAK	
21	NÓZ RESEKCYJNY TYPU LANGENBECK OSTR.KOŃC DŁ. CZEROBOCZEJ .55MM	szt	2	TAK	
22	PIŁA AMPUTACYJNA CHARRIERE KOMPL.350MM	szt	1	TAK	

23	KUBEK MIAROWY Z NOŻKĄ Z PODZIAŁKĄ 1,0L	szt	2	TAK	
24	NACZYNIĘ LABORATORYJNE 1,0L	szt	2	TAK	
25	NERKA 170MM 250 ML	szt	2	TAK	
26	SKALPEL OPERACYJNY NR9 BRZUCHATY DŁ 140-175	szt	1	TAK	
27	SKALPEL TYPU .BERGMANN DŁ 140MM	szt	1	TAK	
28	DŁUTO PŁASKIE SZER.10MM DŁ 140MM	szt	1	TAK	
29	KLESZCZYKI .NACZYNIOWE TYPU .KOCHER-OCHSNER.PROSE.1X2ZĘBY DŁ.160MM	szt	2	TAK	
30	KOŚCIOTOM TYPU LISTONA PROSTY DŁ 170MM	szt	1	TAK	
31	KOSZ NA NARZĘDZIA O WYMIARACH:406X253X56MM WYKONANY Z MATERIAŁU NIERDZEWNEGO, KWASOODPORNEGO, MOŻLIWOŚĆ ZAMKNIĘCIA POPRZECZ ZASTOSOWANIE DODATKOWEJ POKRYWY ZEWNĘTRZNEJ Z UCHWYTEM, WYKONANY POPRZECZ WYCIECIE Z JEDNEGO ARKUSZA BLACHY UNIEMOŻLIWIAJĄCEGO ZACZEPIANIE NARZĘDZI Z MATA SILIKONOWA DOPASOWANĄ DO WYMIARÓW KOSZA	szt	1	TAK	
32	KOSZ NA NARZĘDZIA O WYMIARACH:243X253X56MM WYKONANY Z MATERIAŁU NIERDZEWNEGO, KWASOODPORNEGO, MOŻLIWOŚĆ ZAMKNIĘCIA POPRZECZ ZASTOSOWANIE DODATKOWEJ POKRYWY ZEWNĘTRZNEJ Z UCHWYTEM, WYKONANY POPRZECZ WYCIECIE Z JEDNEGO ARKUSZA BLACHY UNIEMOŻLIWIAJĄCEGO ZACZEPIANIE NARZĘDZI Z MATA SILIKONOWA DOPASOWANĄ DO WYMIARÓW KOSZA	szt	1	TAK	
33	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	-	-	Tak	
34	Okres gwarancji	-	-	min. 36 miesięcy	

Ogólna charakterystyka narzędzi - wymagania zamawiającego.

1. Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej spełniającej wymagania normy: PN-EN 10088-1: 1998 (ISO 7153-1)- wymagane oświadczenie producenta (zapewniającej wysoki stopień odporności na korozję).
2. Deklaracja zgodności CE na oferowany asortyment
3. Gwarancja na całość asortymentu na nie mniej niż 36 miesięcy
4. Stałość cen przez okres obowiązywania umowy
5. Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta
6. Nożyczki rozbieralne (ramiona nożyczek połączone za pomocą wkrętu umożliwiające rozkręcanie)
7. Twarde wkładki (węgliki spiekane) wlutowane w całość narzędzia;
8. Umieszczenie metodą laserową logo Producenta na każdym narzędziu z numerem katalogowym
9. Autoryzowany Serwis producenta w kraju – wymagane oświadczenie producenta o posiadaniu takiego serwisu; podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania
10. Możliwość kompleksowej regeneracji narzędzi (ostrzenie, odnowa powierzchni, przywrócenie kształtu zgodnego z pierwotnym, przywrócenie pełnej funkcjonalności – odpowiedni nacisk, odpowiednia symetria ostrza, wymiana twardych wkładek zgodnie z procesem technologicznym producenta) - podać nazwę i adres firmy oraz sposób komunikowania, termin wykonania max. 14 dni od daty dostarczenia narzędzi..

11.Możliwość odczechowania każdego narzędzia do 10 liter w ramach zamówienia (bez dodatkowych kosztów)

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	Ilość kpl	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw podstawowych narzędzi do przeprowadzenia sekcji						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 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.	Krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami , regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
4.	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	
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
Biurko z dostawką						1	
chłodziarka						1	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						1	
Szafa na dokumentację						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 – 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 płamki 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	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)						1	

.....
(miejscowość i data)

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

.....
/ Miejscowość 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 II)**

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”)
- IV. **Część IV zamówienia**(wpisać „TAK” lub „NIE”)
- V. **Część V 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:.....)

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

netto:

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....

(słownie:.....)

E) 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 10 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 (jeżeli dotyczy):

Część zamówienia:

Część zamówienia:.....

Część zamówienia:.....

zgodnie z dodatkiem nr 11 do SIWZ.

10. Wadium dla:

- a) dla Części I zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- b) dla Części II zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- c) dla Części III zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- d) dla Części IV zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- e) dla Części V zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*

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 (jeżeli dotyczy):

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 7A 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 II)

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 7B 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 II)

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 7C 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 II)

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 7D 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 II)

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 7E 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 II)

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 II)

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 II)**

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 9 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 II)**” 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, IV, V 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 obsługowy 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);
 - 4) dla **Części IV zamówienia**:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
 - 5) dla **Części V 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.