



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 341.16/03/09

Zamawiający:

POWIAT RADOMSZCZAŃSKI

97-500 Radomsko

ul. Leszka Czarnego 22

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

NIP: 772 – 22 – 61 – 699

REGON: 590648445

SPECYFIKACJA

ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym
w trybie przetargu nieograniczonego na:

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

ZATWIERDZIŁ:

W imieniu Zamawiającego

STAROSTA

/-/

Jerzy Kaczmarek

.....
(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 III)

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 III) wraz z dostawą i montażem o właściwościach zgodnych ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w dodatku nr 1, 2, 3, 4, 5 i 6 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 oraz podpisaną dnia 05 czerwca 2009 r. umową o dofinansowanie projektu nr UDA-RPLD-05-01-00-00-001/09-00 w ramach RPOWŁ na lata 2007-2013.
- 3.3 Przedmiot zamówienia został podzielony na 6 (sześć) niezależnych od siebie Części, które obejmują:

3.3.1 Część I: Oddział Dzienny Chemioterapii;

I. APARATURA MEDYCZNA

- 1) aparat EKG – 1 szt,
- 2) pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa – 5 szt,
- 3) pompa infuzyjna strzykawkowa – 5 szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) fotel do Chemioterapii z wysięgnikiem do kroplówek - 10 szt,



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 III)**

- 2) kozetka lekarska – 2 szt,
- 3) krzesło szpitalne – 6 szt,
- 4) lampa bakteriobójcza przepływowa – 1 szt,
- 5) lampa bezcieniowa przejezdna – 1 szt,
- 6) myjnia – dezynfektor – 1 szt,
- 7) negatoskop 2-klatkowy – 1 szt,
- 8) stojak do wlewów i kroplówek – 10 szt,
- 9) stół ze zlewem 1 komorowym – 1 szt,
- 10) szafa lekarska – 1 szt,
- 11) szafka przyprzyłóżkowa z blatem – 10 szt,
- 12) taboret obrotowy – 3 szt,
- 13) taboret szpitalny – 20 szt,
- 14) waga lekarska – 1 szt,
- 15) wózek zabiegowy – 3 szt,
- 16) wózek jezdny siedzący – 3 szt,
- 17) wózek na brudną bieliznę – 1 szt,
- 18) zestaw mebli metalowych ze zlewem 1 komorowym – 2 szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) biurko z dostawką – 1 szt,
- 2) chłodziarka – 2 szt,
- 3) fotel wypoczynkowy – 2 szt,
- 4) kanapa – 2 szt,
- 5) zestaw komputerowy – 2 szt,
- 6) krzesło obrotowe z oparciem na ręce – 3 szt,
- 7) kuchnia elektryczna – 1 szt,
- 8) stolik ława – 2 szt,
- 9) szafa na dokumentację – 1 szt,
- 10) zmywarka – 1 szt.

3.3.2 Część II: Oddział Neurologii z OION;**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) aparat ambu. – 5 szt,
- 2) defibrylator – 2 szt,
- 3) glukometr – 2 szt,
- 4) pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa - 2 szt,
- 5) pompa infuzyjna strzykawkowa – 2 szt,
- 6) respirator – 5 szt,
- 7) ssak elektryczny – 3 szt,
- 8) zestaw monitorujący dla 5 stanowisk z monitorem centralnym – 1 szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) Biurko lekarskie – 1 szt,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

- 2) kozetka lekarska – 3 szt,
- 3) krzesło szpitalne – 3 szt,
- 4) lampa bakteriobójcza przepływowa – 2 szt,
- 5) lampa bezcieniowa przejezdna – 2 szt,
- 6) łóżko intensywnej opieki medycznej z wyposażeniem – 5 szt,
- 7) łóżko szpitalne metalowe z materacem – 20 szt,
- 8) mata ślizgowa do przenoszenia chorych – 2 szt,
- 9) myjnia dezynfektor – 1 szt,
- 10) pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej – 1 szt,
- 11) stół ze zlewem 1 komorowym – 2 szt,
- 12) szafa lekarska – 3 szt,
- 13) szafka przyłóżkowa z blatem – 25 szt,
- 14) taboret obrotowy – 6 szt,
- 15) taboret szpitalny – 40 szt,
- 16) waga lekarska – 1 szt,
- 17) wózek anestezjologiczno- zabiegowy – 1 szt,
- 18) wózek do transportu chorych z wyposażeniem – 1 szt,
- 19) wózek jezdny siedzący – 3 szt,
- 20) wózek sprzątacza – 1 szt,
- 21) wózek wanna – 1 szt,
- 22) wózek zabiegowy – 6 szt,
- 23) zestaw mebli metalowych ze zlewem 1 komorowym – 3 szt,
- 24) zestaw UGUL z wyposażeniem – 1 szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) biurko z dostawką – 5 szt,
- 2) chłodziarka – 4 szt,
- 3) kanapa – 3 szt,
- 4) zestaw komputerowy – 6 szt,
- 5) krzesło obrotowe z oparciem na ręce – 9 szt,
- 6) kserokopiarka – 1 szt,
- 7) kuchnia elektryczna – 1 szt,
- 8) stół- ława – 3 szt,
- 9) szafa na dokumentację – 4 szt,
- 10) szafa ubraniowa 1-drzwiowa – 2 szt,
- 11) zmywarka 1 – szt.

3.3.3 Część III: Oddział Kardiologii z OIOK;**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) aparat ambu. – 1 szt,
- 2) aparat EKG – 2 szt,
- 3) bieżnia do prób wysiłkowych – 1 szt,
- 4) pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa – 1 szt,
- 5) pompa infuzyjna strzykawkowa – 5 szt,
- 6) respirator – 1 szt,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

- 7) ssak elektryczny – 2 szt,
- 8) zestaw monitorujący dla 5 stanowisk z monitorem centralnym – 1 szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) biurko lekarskie – 2 szt,
- 2) kozetka lekarska – 3 szt,
- 3) lampa bakterioobójcza przepływowa – 1 szt,
- 4) lampa bezcieniowa przejezdna – 2 szt,
- 5) leżanka drewniana – 1 szt,
- 6) łóżko intensywnej opieki kardiologicznej – 5 szt,
- 7) łóżko szpitalne metalowe z materacem – 15 szt,
- 8) myjnia dezynfektor – 2 szt,
- 9) negatoskop 2 klatkowy – 1 szt,
- 10) pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej – 1 szt,
- 11) stół ze zlewem jednokomorowym – 2 szt,
- 12) szafa lekarska – 3 szt,
- 13) szafka przyłóżkowa z blatem – 20 szt,
- 14) taboret obrotowy – 5 szt,
- 15) taboret szpitalny – 30 szt,
- 16) waga lekarska – 1 szt,
- 17) wózek jezdny siedzący – 2 szt,
- 18) wózek na brudną bieliznę – 2 szt,
- 19) wózek wanna – 1 szt,
- 20) wózek zabiegowy – 5 szt,
- 21) zestaw mebli metalowych ze zlewem 1 komorowym – 3 szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) biurko z dostawką - 7 szt,
- 2) chłodziarka – 3 szt,
- 3) kanapa – 3 szt,
- 4) zestaw komputerowy – 7 szt,
- 5) krzesło obrotowe z oparciem na ręce – 11 szt,
- 6) krzesło tapicerowane – 2 szt,
- 7) kserokopiarka – 1 szt,
- 8) kuchnia elektryczna – 1 szt,
- 9) stół- ława – 2 szt,
- 10) szafa na dokumentację 6 szt,
- 11) szafa ubraniowa 1 –drzwiowa –2 szt,
- 12) zmywarka – 1 szt.

3.3.4 Część IV: Oddział Dziecięcy z Izłą Przyjęć;**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) aparat ambu. – 2 szt,
- 2) aparat ambu. dla niemowląt – 1 szt,
- 3) aparat EKG przewoźny – 1 szt,
- 4) glukometr – 2 szt,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

- 5) inhalator – 8 szt,
- 6) pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa – 1 szt,
- 7) pilsolometr – 1 szt,
- 8) respirator noworodkowy – 1 szt,
- 9) ssak elektryczny – 3 szt.

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) biurko lekarskie – 1 szt,
- 2) inkubator otwarty z wyposażeniem – 2 szt,
- 3) inkubator zamknięty z wyposażeniem i lampą do fototerapii – 2 szt,
- 4) kozetka lekarska – 4 szt,
- 5) krzesło szpitalne – 10 szt,
- 6) lampa bakteriobójcza przepływowa – 9 szt,
- 7) lampa bezcieniowa przejezdna – 1 szt,
- 8) lampa do fototerapii – 1 szt,
- 9) łóżko dla matki – 9 szt,
- 10) łóżko szpitalne dziecięce – 7 szt,
- 11) łóżko szpitalne metalowe z materacem – 9 szt,
- 12) myjnia dezynfektor – 1 szt,
- 13) negatoskop 2 klatkowy – 2 szt
- 14) ogrzewacz noworodków – 2 szt,
- 15) parawan – 1 szt,
- 16) pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej – 2 szt,
- 17) reflektor lekarski – 2 szt,
- 18) regał metalowy – 6 szt
- 19) stół do badania dzieci - 1 szt,
- 20) stół do pielęgnacji niemowląt – 5 szt,
- 21) stół ze zlewem 1 komorowym – 1 szt,
- 22) szafa lekarska – 3 szt,
- 23) szafka przyłóżkowa z blatem - 16 szt,
- 24) taboret obrotowy – 5 szt,
- 25) taboret szpitalny – 34 szt,
- 26) waga do ważenia niemowląt – 2 szt,
- 27) waga lekarska – 3 szt,
- 28) wózek anestezjologiczny – zabiegowy – 1 szt,
- 29) wózek jezdny siedzący – 2 szt,
- 30) wózek sprzątacza – 1 szt,
- 31) wózek wanna - 2 szt,
- 32) wózek zabiegowy – 4 szt,
- 33) zestaw mebli metalowych ze zlewem 1 komorowym – 4 szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) biurko z dostawką – 6 szt,
- 2) chłodziarka – 2 szt,
- 3) kanapa – 3 szt,
- 4) zestaw komputerowy – 7 szt,



SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

- 5) krzesło obrotowe z oparciem na ręce -12 szt,
- 6) krzesło tapicerowane – 4 szt,
- 7) kserokopiarka – 1 szt,
- 8) kuchnia elektryczna – 1 szt,
- 9) stolik – ława – 5 szt,
- 10) szafa na dokumentację – 5 szt,
- 11) szafa ubraniowa 1 drzwiowa – 2 szt,
- 12) szafki na dokumentację - 6 szt,
- 13) szafki na ubrania czyste i brudne – 8 szt,
- 14) wózek do przewożenia potraw – 1 szt,
- 15) zmywarka – 1 szt.

3.3.5 Część V: Oddział Reumatologii;**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) aparat EKG min 6 kanał – 1 szt,

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) kozetka lekarska – 2 szt,
- 2) krzesło szpitalne- 2 szt,
- 3) lampa bakteriobójcza przepływowa – 1 szt,
- 4) lampa bezcieniowa przejezdna – 1 szt,
- 5) łóżko szpitalne metalowe z materacem – 19 szt,
- 6) myjnia-dezynfektor – 1 szt,
- 7) negatoskop 2-klatkowy – 1 szt,
- 8) stojak do wlewów i kroplówek – 2 szt,
- 9) stół ze zlewem 1-komorowym 1 szt,
- 10) szafa lekarska – 2 szt,
- 11) szafka przyłóżkowa z blatem – 19 szt,
- 12) taboret obrotowy – 5 szt,
- 13) taboret szpitalny – 38 szt,
- 14) waga lekarska – 1 szt,
- 15) wózek jezdny siedzący – 3 szt,
- 16) wózek wanna – 1 szt,
- 17) wózek zabiegowy – 3 szt,
- 18) zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym – 2 szt,
- 19) zestaw UGUL z wyposażeniem – 1 szt.

III. WYPOSAŻENIE

- 1) biurko z dostawką – 5 szt,
- 2) chłodziarka – 2 szt,
- 3) kanapa – 1 szt,
- 4) zestaw komputerowy – 4 szt,
- 5) krzesło obrotowe z oparciem na ręce – 6 szt,
- 6) krzesło tapicerowane – 10 szt,
- 7) kserokopiarka – 1 szt,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

- 8) kuchnia elektryczna – 1 szt,
- 9) stolik-ława – 3 szt,
- 10) szafa na dokumentację – 6 szt,
- 11) szafa ubraniowa – 2 szt,
- 12) wózek do przewożenia potraw – 1 szt,
- 13) zmywarka – 1 szt.

3.3.6 Część VI: Oddział Internistyczny z Pododdziałem Pulmonologicznym;**I. APARATURA MEDYCZNA**

- 1) aparat EKG – 2 szt,
- 2) aparat EKG przewoźny – 1 szt,
- 3) defibrylator z podglądem EKG – 2 szt,
- 4) glukometr – 4 szt,
- 5) pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa – 8 szt,
- 6) pompa infuzyjna strzykawkowa – 8 szt,
- 7) pulsoksymetr – 4 szt,
- 8) ssak elektryczny – 4 szt,

II. SPRZĘT MEDYCZNY

- 1) biurko lekarskie – 2 szt,
- 2) kozetka lekarska – 5 szt,
- 3) lampa bakteriobójcza przepływowa – 1 szt,
- 4) lampa bezcieniowa przejezdna – 2 szt,
- 5) łóżko szpitalne metalowe z materacem – 60 szt,
- 6) myjnia-dezynfektor – 2 szt,
- 7) negatoskop 2-klatkowy – 3 szt,
- 8) podgrzewacz płynów infuzyjnych – 2 szt,
- 9) pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej – 3 szt,
- 10) reflektor lekarski – 1 szt,
- 11) stół zabiegowy uniwersalny z oprzyrządowaniem – 2 szt,
- 12) stół ze zlewem 1-komorowym – 2 szt,
- 13) szafa lekarska – 5 szt,
- 14) szafka przyłóżkowa z blatem – 60 szt,
- 15) szafki na ubrania czyste i brudne – 2 szt,
- 16) taboret obrotowy – 10 szt,
- 17) taboret szpitalny – 121 szt,
- 18) waga lekarska – 2 szt,
- 19) wózek do przewożenia zwłok – 1 szt,
- 20) wózek jezdny siedzący – 3 szt,
- 21) wózek na brudną bieliznę – 1 szt,
- 22) wózek na narzędzia – 1 szt,
- 23) wózek wanna - 1 szt,
- 24) wózek zabiegowy – 6 szt,
- 25) zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym – 4 szt,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

III. WYPOSAŻENIE

- 1) biurko z dostawką – 5 szt,
- 2) chłodziarka – 3 szt,
- 3) kanapa – 1 szt,
- 4) zestaw komputerowy – 7 szt,
- 5) krzesło obrotowe z oparciem na ręce – 10 szt,
- 6) kserokopiarka – 1 szt,
- 7) kuchnia elektryczna – 1 szt,
- 8) stolik-ława – 3 szt,
- 9) szafa na dokumentację – 4 szt,
- 10) szafa ubraniowa 1 – drzwiowa – 2 szt,
- 11) zmywarka – 1 szt.

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

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

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

- 1) Wykonawca zobowiązany jest udzielić na przedmiot zamówienia gwarancji zgodnie z zasadami określonymi we wzorze umowy i złożoną ofertą przetargową, licząc od daty podpisania protokołu przekazania przedmiotu umowy do użytkowania. Termin gwarancji poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia został wskazany w dodatku nr 1,2,3,4,5 i 6 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



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 III)**

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 1,2,3,4,5 i 6 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 kriochirurgii i krioterapii
	33.17.13.00-2 – zestawy do znieczuleń
	33.11.23.40-3 – echokardiografy
	33.19.10.00-5 – urządzenia sterylizujące, dezynfekcyjne i higieniczne
	33.18.21.00-0 – defibrylatory
	33.19.41.10-0 – pompy infuzyjne
	33.19.41.00-7 – urządzenia i przyrządy do infuzji
	44.61.12.00-8 – respiratory
	33.15.20.00-0 – inkubatory
	33.15.74.00-9 – medyczna aparatura oddechowa
	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
	34.91.11.00-7 – wózki
	33.19.41.00-7 – urządzenia i przyrządy do infuzji
	33.19.00.00-8 – różne urządzenia i produkty medyczne
	37.44.11.00-2 – bieżnie mechaniczne
	42.92.31.10-6 – wagi
	33.19.23.00-5 – meble medyczne, z wyjątkiem łóżek i stołów
	33.19.22.10-7 – stoły do badania
	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
	34.91.21.00-4 – wózki popychane

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 III)**

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
30.12.13.00-6 – urządzenia do powielania
30.21.40.00-2 – stacje robocze
30.23.13.00-0 – monitory ekranowe

Rozdział 4. Termin wykonania zamówienia.

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

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

- 1) posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- 2) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, w tym wykonali w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie co najmniej dwie dostawy na rzecz zakładów opieki zdrowotnej odpowiadające swoim rodzajem dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia w danej Części, na 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) 150.000 PLN dla części I,
 - b) 700.000 PLN dla części II,
 - c) 400.000 PLN dla części III,
 - d) 350.000 PLN dla części IV,
 - e) 150.000 PLN dla części V,
 - f) 450.000 PLN dla części VI,

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.) .*

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 III)

- 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
 - 150.000 PLN dla części I,
 - 700.000 PLN dla części II,
 - 400.000 PLN dla części III,
 - 350.000 PLN dla części IV,
 - 150.000 PLN dla części V,
 - 450.000 PLN dla części VI.

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:
 - 150.000 PLN dla części I,
 - 700.000 PLN dla części II,
 - 400.000 PLN dla części III,
 - 350.000 PLN dla części IV,
 - 150.000 PLN dla części V,
 - 450.000 PLN dla części VI.

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

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 III)

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 7** 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 9** do SIWZ,
- 4) dowodu wniesienia wadium,
- 5) druku wykazu dostaw, które Wykonawca powierzy podwykonawcom – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 12** do SIWZ (zgodnie z punktem 27.2 SIWZ Wykonawca, który nie będzie powierzał do wykonania przedmiotu zamówienia podwykonawcom przy realizacji przedmiotu zamówienia, nie dołącza do oferty w/w dodatku).

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

- 1) oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 ustawy – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 8A, 8B, 8C, 8D, 8E, 8F** do SIWZ,

Uwaga: Jeżeli wykonawca **nie dysponuje** potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia a wskazał w ofercie, że **będzie dysponował** takim potencjałem technicznym i osobami, wówczas winien złożyć oświadczenie – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 8D** 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,

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 III)**

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

- 5) aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, **wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;**
- 6) aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, **wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert** (dotyczy podmiotów zbiorowych w myśl ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary – Dz.U. z 2002 r. Nr 197, poz. 1661 z późn. zm.);
- 7) wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, odpowiadających swoim rodzajem i wartością dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączeniem dokumentów potwierdzających, że dostawy te zostały wykonane należycie (np. referencje Zamawiającego). W wykazie należy wskazać, oddzielnie dla każdej Części zamówienia, co najmniej dwie dostawy spełniające wymóg określony w pkt 5.1. ppkt 2.
- 8) informacji banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo- kredytowej, w którym wykonawca posiada rachunek, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową wykonawcy, wystawionej nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
- 9) polisy, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności.

6.1.3. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym w niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:

- 1) opisy, fotografie, foldery lub rysunki oferowanego przedmiotu zamówienia z zaznaczeniem pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia (nr Części której dotyczy),
- 2) materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych, z 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,

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 III)

- c) zgłoszenie lub wpis wyrobu medycznego do Rejestru Wyrobów Medycznych (jeżeli dotyczy).
- d) w przypadku gdy opisany w SIWZ przedmiot zamówienia nie został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i zgodnie z dyrektywami europejskimi i ustawą o wyrobach medycznych nie jest objęty deklaracjami zgodności i nie podlega żadnemu wpisowi Zamawiający wymaga złożenia stosownego oświadczenia.

6.2. Oferta wspólna

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

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

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 III)**

przeznaczonym na podanie nazwy i adresu Wykonawcy, nazwy i adresy wszystkich Wykonawców składających ofertę wspólną;

- 9) Wszystkie **kopie dokumentów** załączone do oferty muszą być **opisane „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez Pełnomocnika;**
- 10) Wszelka korespondencja prowadzona będzie przez Zamawiającego wyłącznie z Pełnomocnikiem, którego adres należy wpisać w formularzu ofertowym.

6.3. Wykonawca zamieszkały poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

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

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

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

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

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.

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 III)**

- 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.341.16/09
tel. +48 (044) 683 45 09 w. 239, faks +48 (044) 683 43 35

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

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

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

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

Rozdział 8. Wymagania dotyczące wadium.

- 8.1. Zamawiający żąda wniesienia wadium w kwocie: 50.000,00 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych i 00/100) dla oferty całkowitej. Wykonawca musi wskazać, **na którą część lub, na które części zamówienia wpłaca wadium.**

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 III)**

8.2. Wadium dla ofert częściowych przedstawia się następująco:

- 1) **3.000,00 PLN na I część zamówienia,**
- 2) **15.000,00 PLN na II część zamówienia,**
- 3) **10.000,00 PLN na III część zamówienia,**
- 4) **9.000,00 PLN na IV część zamówienia,**
- 5) **3.000,00 PLN na V część zamówienia,**
- 6) **10.000,00 PLN na VI część zamówienia.**

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

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

- 1) pieniądzu, **przelewem** na rachunek bankowy Zamawiającego w Banku Spółdzielczym w Radomsku:

Nr rachunku: 73 8980 0009 2007 0037 0246 0004

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

Uwaga:

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

- 2) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
 - 3) gwarancjach bankowych;
 - 4) gwarancjach ubezpieczeniowych;
 - 5) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz.U. Nr 109, poz. 1158 z późn. zm.).
- 8.5. Jeżeli wadium zostanie wniesione w formie, o której mowa w pkt 8.4 ppkt 2-5 wówczas Wykonawca dołączy do oferty kopię dokumentu potwierdzoną przez Wykonawcę lub właściwą(-e) osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentacji danego Wykonawcy. Oryginał dokumentu wystawiony na rzecz Zamawiającego należy złożyć w siedzibie Zamawiającego – Kancelaria Ogólna p. 114 w trwale zamkniętym opakowaniu (np. kopercie) opisanym tak jak opakowanie z ofertą, z dopiskiem „WADIUM”. Dokument ten musi zachowywać ważność przez cały okres, w którym Wykonawca jest związany ofertą.
- 8.6. Jeżeli wadium zostanie wniesione w pieniądzu - przelewem, Wykonawca dołączy do oferty kopię wpłaty wadium z potwierdzeniem dokonanego przelewu. Na poleceniu przelewu należy wpisać: **„Wadium – Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego – Etap III - Część”.**
- 8.7. Wykonawca, którego oferta nie będzie zabezpieczona wadium zostanie przez Zamawiającego wykluczony z postępowania, a jego oferta zostanie odrzucona.

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 III)

- 8.8. Zamawiający będzie dokonywał zwrotu wadium zgodnie z zasadami określonymi w art. 46 ustawy.

Rozdział 9. Termin związania ofertą.

- 9.1. Termin związania ofertą do dnia **25.09.2009r.** Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Rozdział 10. Opis sposobu przygotowywania ofert.

- 10.1. Wykonawcy zobowiązani są zapoznać się dokładnie z informacjami zawartymi w SIWZ i przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w tym dokumencie.
- 10.2. Wykonawca ma prawo złożyć jedną ofertę na wszystkie Części zamówienia lub na każdą Część zamówienia z osobna. Wykonawca, który przedkłada lub partycypuje w więcej niż jednej ofercie spowoduje, że wszystkie oferty z udziałem tego wykonawcy zostaną odrzucone.
- 10.3. Oferta oraz wszelkie dokumenty wymagane w niniejszej specyfikacji muszą spełniać następujące wymogi:
- a) oferta musi zostać sporządzona w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej np. na maszynie do pisania, komputerze lub inną trwałą i czytelną techniką.
 - b) formularz ofertowy i wszystkie załączane dokumenty sporządzone przez Wykonawcę (również te złożone na załączonych do SIWZ wzorach) muszą być podpisane; za podpisane uznaje się własnoręczny podpis z 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 poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. W sytuacji, w której pełnomocnik działa na podstawie innego pełnomocnictwa lub pełnomocnictw (tzw. ciąg pełnomocnictw), wówczas takie pełnomocnictwo(-a) winno zostać załączone w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza.
 - d) pozostałe oświadczenia i dokumenty (inne niż wymienione w pkt. 6.2 ppkt 2 oraz pkt. 10.3 lit. b SIWZ) należy załączyć w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę lub właściwą(-e) osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentacji danego Wykonawcy oraz muszą być one sporządzone w języku polskim, chyba że specyfikacja stanowi inaczej.
- 10.4. Ewentualne poprawki w tekście oferty muszą być naniesione w czytelny sposób i parafowane przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.
- 10.5. Określone w Rozdziale 6 SIWZ dokumenty składające się na ofertę, powinny być parafowane własnoręcznie przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

- 10.6. Dołączone do oferty dokumenty sporządzone w języku obcym, muszą być składane wraz z ich tłumaczeniem na język polski, sporządzonym przez tłumacza przysięgłego. Tłumaczenie musi być poświadczane przez osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentowania Wykonawcy.
- 10.7. Zaleca się ponumerowanie stron oferty oraz połączenie w sposób trwały wszystkich kart oferty, przy czym Wykonawca może nie numerować stron niezapisanych.
- 10.8. We wszystkich przypadkach gdzie jest mowa o pieczętkach, Zamawiający dopuszcza złożenie czytelnego zapisu o treści pieczęci, np. nazwa (firma), adres lub czytelny podpis w przypadku pieczęci imiennej.
- 10.9. W przypadku gdyby oferta, oświadczenia lub dokumenty zawierały informacje, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób 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 III)”

Nie otwierać przed 28.07.2009 r., godz. 10:15



SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

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

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

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

Rozdział 12. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert.

- 12.1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego – Kancelaria Ogólna p. 114 **nie później niż do dnia 28.07.2009r. do godz. 10:00**
- 12.2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona wykonawcy bez otwierania, po upływie terminu przewidzianego na wniesienie protestu.
- 12.3. Publiczne otwarcie ofert nastąpi dnia **28.07.2009r. o godz. 10:15** w siedzibie Zamawiającego – Starostwo Powiatowe, 97-500 Radomsko, ul. Leszka Czarnego 22, p.118.
- 12.4. Informacje ogłoszone w trakcie publicznego otwarcia ofert zamawiający przekaze niezwłocznie wykonawcom, którzy nie byli obecni przy otwarciu ofert, na ich wniosek.

Rozdział 13. Opis sposobu obliczenia ceny.

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

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

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 III)

– 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:

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

Gdzie:

Cn – cena najniższa wśród ofert nie odrzuconych

Cb – cena oferty badanej

100 – wskaźnik stały

100 % – procentowe znaczenie kryterium ceny

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

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

14.4. Zamawiający stosuje zaokrąglanie każdego wyniku do dwóch miejsc po przecinku.

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

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

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

Rozdział 16. Wymagania dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

- 16.1. Zamawiający nie wymaga zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

Rozdział 17. Istotne dla stron postanowienia umowy

- 17.1. Wszystkie istotne postanowienia umowy, wraz z wysokością kary w przypadku rozwiązania umowy oraz ze szczegółowym zakresem obowiązków Wykonawcy związanych z realizacją przedmiotu zamówienia zawarte zostały we wzorze umowy stanowiącym **dodatek nr 11** do niniejszej SIWZ.
- 17.2. Wykonawca akceptuje treść wzoru umowy na wykonanie przedmiotu zamówienia, stanowiący załącznik do niniejszej SIWZ, oświadczeniem zawartym w treści formularza ofertowego. Postanowienia umowy ustalone we wzorze nie podlegają zmianie przez Wykonawcę. Przyjęcie przez Wykonawcę postanowień wzoru umowy stanowi jeden z warunków ważności oferty.

Rozdział 18. Środki ochrony prawnej.

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

18.3. Protest.

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

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

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

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

Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Do czasu ostatecznego rozstrzygnięcia protestu zamawiający nie może zawrzeć umowy.

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

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

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

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

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

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

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

O powtórzeniu lub dokonaniu czynności zamawiający informuje niezwłocznie wszystkich wykonawców.

18.4. Odwołanie.

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

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

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

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

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

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

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

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

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

18.5. Skarga do sądu

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

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

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

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

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

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

Jeżeli odwołanie zostaje odrzucone albo zachodzi podstawa do umorzenia postępowania,

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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

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

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

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

19.1 Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych.

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

19.3 Przedmiot zamówienia został podzielony na 6 (sześć) 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.

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 III)

Rozdział 24. Informacje dotyczące walut obcych.

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

25. Postanowienia dotyczące aukcji elektronicznej.

Zamawiający nie przewiduje wyboru najkorzystniejszej oferty z zastosowaniem aukcji elektronicznej.

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

Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

27. Podwykonawcy.

- 27.1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części dostawy składającej się na przedmiot zamówienia podwykonawcy. Wówczas jest obowiązany **w dodatku nr 12** 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 12** do SIWZ.
- 27.3. Maksymalny stopień zleconego podwykonawstwa nie może przekroczyć **30 %** ceny ofertowej brutto zaoferowanej przez Wykonawcę.
- 27.4. W przypadku zatrudnienia podwykonawców Wykonawca odpowiada za ich pracę jak za swoją własną.

28. Zmiana umowy.

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

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

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

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 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części VI,
- Dod. Nr 7 – druk formularza ofertowego,
- Dod. Nr 8 – druk oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu z wykorzystaniem wzorów określonych w **dodatkach nr 8A, 8B, 8C, 8D, 8E, 8F** do SIWZ,
- Dod. Nr 9 – druk oświadczenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez zamawiającego,
- Dod. Nr 10 – druk wykazu wykonanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia,
- Dod. Nr 11 – wzór umowy,
- Dod. Nr 12 – druk wykazu dostaw, które Wykonawca powierzy podwykonawcom.

W imieniu Zamawiającego

STAROSTA

/-/

Jerzy Kaczmarek

Radomsko, dn. 12.06.2009 r.

.....
(podpis)

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Aparat EKG 12-kanalowy z analizą i interpretacją	Tak	
2	Sygnał 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
3	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
4	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych oraz zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
5	Czułość 2,5, 5, 10, 20 mm/mV	Tak	
6	Wyświetlacz LCD do prezentacji graficznej przebiegów EKG z odwzorowaniem bieżących ustawień w formie cyfrowo-literowej	Tak	
7	Ekran min 5 cali z rozdzielczością min. 320 x 240	Tak	
8	Klawiatura alfanumeryczna oraz przyciski funkcyjne	Tak	
9	Wybór 2 szerokości papieru 210mm oraz 216mm. Wybór 2 rodzajów papieru - rolka lub składanka „Z-fold”.	Tak	
10	Liniowa głowica termiczna	Tak	
11	Prędkość zapisu 5; 10; 12, 5; 25; 50 mm/sek.	Tak	
12	Możliwość podłączenia do komputera i obserwacja w czasie rzeczywistym wszystkich 12 odprowadzeń EKG. Możliwość wykonywania pomiarów.	Tak	
13	Porty komunikacji - Ethernet, RS232, USB	Tak	
14	Automatyczna detekcja stymulatora serca	Tak	
15	Zapis min. 100 badań do pamięci urządzenia	Tak	
16	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Akumulator wystarczający na 100 wydruków (badań).	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
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 : **Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa – 5 szt.**

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

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(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 – 5 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						5	

.....
(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 chemioterapii z wysięgnikiem do kroplówek – 10 szt.**

	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. 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
Fotel do chemioterapii z wysięgnikiem do kroplówek						10	

.....
(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 – 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 + 40 ⁰	TAK	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Dł. x szer. ok. 1850x555mm	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						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 – 6 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 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
krzesło szpitalne						6	

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

.....
(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.	Głębokość myjni (gabarytowo) max. 500 mm	tak	
5.	szerokość myjni (gabarytowo) max. 600 mm	tak	
6.	Podgrzewanie elektryczne	tak	
7.	Dezynfekcja termiczna	tak	
8.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	tak	
9.	Drzwi uchylne, otwierane do przodu	tak	
10.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi za pomocą pedału nożnego	tak	
11.	Możliwość automatycznego uchylania drzwi po zakończonym cyklu	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: 3 baseny lub 3 kaczki	tak	
17.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	tak	
18.	Minimum 5 programów mycia i dezynfekcji dostępnych bezpośrednio z panelu sterującego	tak	
19.	Wskaźnik świetlny informujący o stanie zaawansowania procesu	tak	
20.	Możliwość modyfikacji programów myjących	tak	
21.	Możliwość mycia innego wyposażenia (m. in. butle ssaków, miski, wiadra, itp.)	tak	
23.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych (poj. 5 litrów) w myjni, min. 1 pojemnik	tak	
24.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	tak	
25.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	tak	
26.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
27.	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

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/10 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Negatoskop 2 klatkowy –1 szt**

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stojak do wlewów i kroplówek – 10 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podstawa i tubus lakierowany proszkowo	TAK	
2	Statyw na płyny infuzyjne chromowany	TAK	
3	Wysokość od ok. 1400 do ok. 2270 mm	TAK, podać	
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						10	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I

Dodatek nr 1/12 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Korpus szafy wykonany z blachy malowanej proszkowo o grubości minimum 0,8 mm	Tak, podać	
2.	Drzwi szafy przeszklone	Tak	
3.	4 półki wykonane ze szkła, przestawne co 25 mm	Tak	
4.	Uchwyt drzwiowy z zanikiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	Kółka zamontowane do szafy, które umożliwiają łatwe przemieszczanie	Tak	
6.	wymiary szafy około: Wysokość: 1890 mm, Szerokość: 800 mm, Głębokość: 435 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 : **Szafka przyłóżkowa z blatem – 10 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Szafka przyłóżkowa z blatem						10	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/15 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Taboret obrotowy – 3 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: 460 do 560 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						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 szpitalny – 20 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						20	

.....
(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.**

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Pomiar do 200kg	TAK	
2	Dokładność pomiaru: 100g	TAK	
3	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4	Wyposażona w kółka ułatwiające transport	TAK	
5	Nisko położona platforma	TAK	
6	Trwała konstrukcja	TAK	
7	Zasilanie sieciowe	TAK	
8	Zasilanie b ateryjne, Energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
9	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
10	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK	
11	Dokładność do 1 mm	TAK	
12	Ze skalą w cm	Tak	
13	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
14	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/18 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Metalowy szkielet malowany proszkowo	TAK,	
2	2 szklane półki	TAK,	
3	Wymiary około 835x720x425mm	TAK, podać	
4	Dwie miski osadzone w ruchomych uchwytach	TAK	
5	4 koła 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						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 jezdny siedzący - 3 szt.**

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	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	
6	Maksymalne obciążenie ok. 100 kg	TAK	
7	Szerokość siedziska ok. 46 cm.	TAK	
8	Szerokość wózka ok. 66 cm	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 jezdny siedzący						3	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ I
Dodatek nr 1/20 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej 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. 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. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

Opis przedmiotu zamówienia

Lp	Komputer	Minimalne parametry	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)						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

WYPOSAŻENIE

Oddział Dzienny Chemioterapii

	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, - po lewej stronie jedna szafka (wnęka) podzielona, z miejscem na stację dysków i drukarkę (drukarka na górnej półce zamocowanej na prowadnicach), - wykonane z płyty laminowanej, - wykończone obrzeżem PCV, - uchwyty metalowe, - 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 min 175 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, - tapicerka z tkaniny, - wymiary: m D/S/W 1,73 x 0,88 x 0,89 (+/-0,1m) - 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.	kuchnia elektryczna	- wolnostojąca , płyta ceramiczna, - 4 pola grzejne, - klasa energetyczna min. A - kolor biały - wymiary : W/S/G 85 x 60 x 60 - grzanie górne i dolne - zegar elektroniczny - szuflada na naczynia - moc (W) - 9900 - moc płyty (W) - 7800 - moc piekarnika (W) – 2100	

7.	stolik-lawa	- wymiary (m) : D/S/W 0,6 x 0,6 x 0,8 - płyta laminowana , - jedna noga satynowa - kolor: olcha	
8.	Szafa na dokumentację	- dwudrzwiowa z czterema półkami, - wykonana z płyty laminowanej, - wykończona obrzeżem PCV, - wyposażona w metalowe uchwyty oraz zamek bębnowy z dwoma kluczami, - wymiary: (m) SxGxW 0,900 x 0,385 x 1,900 - kolor: olcha	
9.	Zmywarka	- wymiary: (m) SxWxG 0,6 x 0,82 x 0,57 - panel sterujący - zewnętrzny (odkryty) - kolor : inox - klasa energetyczna min. 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						1	
chłodziarka						2	
fotel wypoczynkowy						2	
kanapa						2	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						3	
kuchnia elektryczna						1	
stolik-lawa						2	
szafa na dokumentację						1	
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: **aparat ambu. – 5 szt.**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	maska nr 5,	Tak	
2.	zawór pacjenta,	Tak	
3.	worek silikon 1600ml,	Tak	
4.	zawór rezerwuaru,	Tak	
5.	rezerwuar tlenu z polichlorku winylu 2600ml	Tak	
6.	możliwość podawanie mieszaniny tlenowo-powietrz	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
aparat ambu.						5	

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

.....
miejsowość 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: **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	
38.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
39.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
40.	Uruchomienie urządzenia	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Respirator - 5 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
II	CERTYFIKATY JAKOŚCI		
1.	Wpis/zgłoszenie do rejestru Wyrobów Medycznych. Podać numer, załączyć kopię	TAK	
2.	Certyfikat CE. Podać numer, załączyć kopię	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.	Dodatnie 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 własnego pacjenta 1 - 8 l/min	TAK	
29.	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 - 15 cm H2O	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 WYPOSAZENIE		
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	TAK	
54	Respirator zastępczy na czas naprawy, trwający dłużej niż 48h w okresie	TAK	
55	Szkolenie personelu	TAK	
56	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
57	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
58	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						5	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw monitorujący dla 5 stanowisk z monitorem centralnym.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
Monitory przyłóżkowe– 5 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.	Tak	

	W komplecie kabel główny i standardowy czujnik na palec dla dorosłych do każdego monitora.		
11.	Pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną. Pomiar ręczny i automatyczny. Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem w 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.	Tak	
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 (monitor centralny) – 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	Tak	

	termiczny dwukanałowy do rejestracji przebiegów dynamicznych w czasie rzeczywistym		
26.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
27.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
28.	Uruchomienie urządzenia	Tak	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw monitorujący dla 5 stanowisk z monitorem centralnym.						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 - 1 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						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 – 3 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 0 ⁰ do +40 ⁰	TAK	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Dł.xszer. ok. 1850x555mm	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						3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Krzesło szpitalne – 3 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						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 bakteriobójcza przepływowa - 2 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 (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						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szerokość całkowita z poręczami bocznymi: 990 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
2.	Długość całkowita łóżka: 2300 mm (± 30 mm)	TAK, podać	
3.	Łóżko wielofunkcyjne, wielopozycyjne z pozycją fotelową	TAK	
4.	Konstrukcja łóżka oparta na dwóch maksymalnie szeroko rozstawionych kolumnach umożliwiających monitorowanie pacjenta ramieniem C	TAK	
5.	Łóżko posiadające cztero segmentowe leże z czego trzy segmenty ruchome	TAK	
6.	Elektryczna regulacja wysokości leża	TAK	
7.	Minimalna wysokość leża od podłogi: 470 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
8.	Maksymalna wysokość leża od podłogi: 870 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
9.	Elektryczna regulacja oparcia pleców w zakresie do 76° (± 2 °)	TAK, podać	
10.	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga (regulacja tylko z panelu centralnego) 15° (± 2 °)	TAK, podać	
11.	Elektryczna regulacja pozycji anty - Trendelenburga 20° (± 3 °) (regulacja tylko z panelu centralnego)	TAK, podać	
12.	Elektryczna regulacja segmentu uda w zakresie 45° (± 2 °)	TAK, podać	
13.	Regulacje poszczególnych funkcji elektrycznych łóżka regulowane z pilota przewodowego oraz z centralnego panelu sterującego	TAK	
14.	Panel centralny umieszczony na płasko w półce na pościel	TAK	
15.	Selektywne blokowanie na panelu centralnym funkcji elektrycznie regulowanych	TAK	
16.	Centralne blokowanie wszystkich funkcji elektrycznych przy pomocy jednego przycisku lub pokrętki na panelu centralnym	TAK	
17.	Segment podudzia regulowany ręcznie przy pomocy sprężyny gazowej z blokadą	TAK	
18.	Funkcja autokontur - jednoczesne uniesienia części plecowej do min. 70° oraz segmentu uda do min. 40°	TAK, podać	

19.	Funkcja autoregresji oparcia pleców 140 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
20.	Funkcja autoregresji segmentu uda 110 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
21.	Następujące pozycje leża uzyskiwane automatycznie po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego przycisku na panelu centralnym: - pozycja krzesła kardiologicznego - pozycja antyszokowa - pozycja do badań - pozycja Fowlera	TAK	
22.	Wbudowany akumulator wykorzystywany do sterowania funkcjami łóżka w przypadku zaniku zasilania oraz w przypadku przetaczania łóżka	TAK	
23.	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej z osłoną podwozia wykonaną z tworzywa ABS	TAK	
24.	Segmenty leża wypełnione płytą laminatową przezierną dla promieni RTG	TAK	
25.	Segment oparcia pleców i uda z możliwością szybkiego poziomowania (CPR) dźwigniami umieszczonymi w okolicy segmentów pleców i nóg	TAK	
26.	Elektryczny CPR uzyskiwany automatycznie przez wybranie przycisku na panelu centralnym	TAK	
27.	4 koła o średnicy min. 150 mm zaopatrzone w hamulec centralny	TAK, podać	
28.	Dźwignie hamulca umieszczone w czterech miejscach ramy podwozia łóżka (na każdym narożniku)	TAK	
29.	Funkcja jazdy na wprost i łatwego manewrowania	TAK	
30.	Szczyty łóżka wyjmowane z ramy leża, lakierowane, wypełnione płytą laminatową oferowaną w różnych kolorach	TAK	
31.	Rama łóżka wyposażona w 4 krążki odbojowe w narożach	TAK	
32.	Rama leża wyposażona w poziomice	TAK	
33.	Łóżko zaopatrzone w 4 haczyki na woreczki do płynów infuzyjnych	TAK	
34.	Listwy do mocowania wyposażenia mocowane po obu stronach ramy leża	TAK	
35.	Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożach ramy leża	TAK	
36.	Poręcze boczne lakierowane	TAK	
37.	Łóżko wyposażone w wysuwaną półkę na pościel	TAK	
38.	Udźwig łóżka min. 230 kg	TAK	
39.	Leże z możliwością przedłużenia o min. 200 mm od długości bazowej	TAK, podać	

40.	Leże z możliwością skracania o min. 100 mm od długości bazowej	TAK, podać	
41.	Łóżko wyposażone w układ ważenia pacjenta z panelem sterującym z wyświetlaczem	TAK	
42.	Elementy wyposażenia łóżka: - materac w tkaninie nieprzemakalnej - poręcze boczne dzielone - wieszak kroplówki	TAK	
43.	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
44.	Deklaracja Zgodności CE, rejestracja wyrobu.	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
Łóżko intensywnej opieki medycznej z wyposażeniem						5	

.....
(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 – 20 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	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						20	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **mata ślizgowa do przenoszenia chorych - 2 szt.**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	długi materac do przemieszczania z łóżka na łóżko, stół operacyjny itp.	tak	
2.	pokrowiec nylonowy, odporny na środki dezynfekcyjne	tak	
3.	strona zewnętrzna 100% bawełna		
4.	wypełniony włóknem silikonowym	tak	
5.	wymiary: 190 x 60 cm	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
mata ślizgowa						2	

.....
miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ II

Dodatek nr 2/17 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Rok produkcji nie wcześniej niż 2008	tak	
2.	Sterowanie mikroprocesorowe	tak	
3.	Wyświetlacz z komunikatami tekstowymi	tak	
4.	Model wiszący na ścianie	tak	
5.	Głębokość myjni (gabarytowo) max. 500 mm	tak	
6.	szerokość myjni (gabarytowo) max. 600 mm	tak	
7.	Podgrzewanie elektryczne	tak	
8.	Dezynfekcja termiczna	tak	
9.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	tak	
10.	Drzwi uchylne, otwierane do przodu	tak	
11.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi za pomocą pedału nożnego	tak	
12.	Możliwość automatycznego uchylania drzwi po zakończonym cyklu	tak	
13.	Automatyczne dozowanie detergentu	tak	
14.	Kontrola poziomu środka chemicznego w pojemniku	tak	
15.	Obudowa ze stali nierdzewnej	tak	
16.	Wbudowany kondensator oparów	tak	
17.	Minimalny załadunek komory: 3 baseny lub 3 kaczki	tak	
18.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	tak	
19.	Minimum 5 programów mycia i dezynfekcji dostępnych bezpośrednio z panela sterującego	tak	
20.	Wskaźnik świetlny informujący o stanie zaawansowania procesu	tak	
21.	Możliwość modyfikacji programów myjących	tak	
22.	Możliwość mycia innego wyposażenia (m. in. (butle ssaków, miski, wiadra, itp.)	tak	
23.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych (poj. 5 litrów) w myjni, min. 1 pojemnik	TAK	
24.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	TAK	

25.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
26.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
27.	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: **Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej–1 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół ze zlewem jednokomorowym – 2 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						2	

.....
(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 – 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Korpus szafy wykonany z blachy malowanej proszkowo o grubości minimum 0,8 mm	Tak, podać	
2.	Drzwi szafy przeszkłone	Tak	
3.	4 półki wykonane ze szkła, przestawne co 25 mm	Tak	
4.	Uchwyt drzwiowy z zanikiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	Kółka zamontowane do szafy, które umożliwiają łatwe przemieszczanie	Tak	
6.	wymiary szafy około: Wysokość: 1890 mm, Szerokość: 800 mm, Głębokość: 435 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: **Szafka przyłóżkowa z blatem – 25 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Szafka przyłóżkowa z blatem						25	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ II

Dodatek nr 2/22 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Taboret obrotowy – 6 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: 460 do 560 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						6	

.....
(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 – 40 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						40	

.....
(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	Pomiar do 200kg	TAK	
2	Dokładność pomiaru: 100g	TAK	
3	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4	Wyposażona w kółka ułatwiające transport	TAK	
5	Nisko położona platforma	TAK	
6	Trwała konstrukcja	TAK	
7	Zasilanie sieciowe	TAK	
8	Zasilanie bateryjne, Energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
9	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
10	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK	
11	Dokładność do 1 mm	TAK	
12	Ze skalą w cm	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
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 anestezjologiczno zabiegowy – 1 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.	Błat oraz czoła drzwiczek wózka wykonane z tworzywa ABS	TAK	
8.	Błat 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	TAK	

	- kuweta ze stali nierdzewnej - taca na narzędzia		
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 anestezjologiczno zabiegowy						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Całkowita długość ok. 2000mm	TAK, podać	
2	Całkowita szerokość bez poręczy ok. 680mm	TAK, podać	
3	Zakres regulacji wysokości leża od ok. 550 do 810 mm	TAK, podać	
4	Zakres regulacji oparcia płaców -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 kształcie 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 jezdny siedzący - 3 szt.**

LP.	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. 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 jezdny siedzący						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 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 wanna – 1 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Metalowy szkielet malowany proszkowo	TAK,	
2	2 szklane półki	TAK,	
3	Wymiary około 835x720x425mm	TAK, podać	
4	Dwie miski osadzone w ruchomych uchwytach	TAK	
5	4 koła 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*

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym – 3 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw UGUL z wyposażeniem – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Kabina do ćwiczeń i zawieszę	TAK	
2.	kabina do ćwiczeń i zawieszę typu UGUL wym. ok. 2 x 2 x 2 m	TAK	
3	poła kabiny wypełnione siatką z pręta o przekroju min. 6 mm	TAK	
4.	kabina malowana lakierem piecowym w kolorze białym	TAK, podać	
5.	Stół rehabilitacyjny	TAK, podać	
6.	elektryczna regulacja wysokości sterowana pilotem ręcznym w zakresie 500 – 1 000 mm +/- 10%	TAK, podać	
7.	konstrukcja krzyżakowa, malowana lakierem piecowym w kolorze białym, przekrój ram nośnych min. 50 x 30 cm	TAK	
8.	leżysko 2-segmentowe, pokryte materiałem zmywalnym odpornym na pot i ślinę. wymiary leżyska: 1 900 x 630 mm +/- 10%	TAK	
9.	4 koła jezdne ułatwiające przemieszczanie stołu, w pozycji roboczej blokada kół jezdnych	TAK	
10	zagłówek regulowany w zakresie -60 do 60 stopni +/- 10%	TAK	
11	regulacja zagłówka mechaniczna, wspomagana sprężyną gazową	TAK	
12	Osprzęt do ćwiczeń i zawieszę	TAK	
13	Ciężarek miękkie 0,5 kg - 2 szt.	TAK	
14	Ciężarek miękkie 1,0 kg - 2 szt.	TAK	
15	Ciężarek miękkie 1,5 kg - 2 szt.	TAK	
16	Ciężarek miękkie 2,0 kg - 2 szt.	TAK	
17	Ciężarek miękkie 2,5 kg - 2 szt.	TAK	
18	Ciężarek miękkie 3,0 kg - 1 szt.	TAK	
19	Ciężarek miękkie 4,0 kg – 1 szt.	TAK	
20	Esik metalowy – 60 szt.	TAK	
21	Kamaszek skórzany do wyciągu – 2 szt.	TAK	
22	Linka do podwieszę i ćwiczeń w odciążeniu dł. 960 mm – 6 szt.	TAK	
23	Linka do podwieszę i ćwiczeń w odciążeniu dł. 1600 mm – 14 szt.	TAK	
24	Linka do podwieszę i ćwiczeń z obciążeniem dł. 3750 mm – 3 szt.	TAK	
25	Linka do ćwiczeń samowspomaganych dł. 2450 mm – 1 szt.	TAK	
26	Linka do ćwiczeń samowspomaganych z obciążeniem dł. 5720 mm – 1 szt.	TAK	
27	Pas do wyciągu za miednice z tkaniny – 1 szt.	TAK	

28	Podwieszka dwustawowa ze skóry – 4 szt.	TAK	
29	Podwieszka klatki piersiowej – 1 szt.	TAK	
30	Podwieszka pod głowę – 1 szt.	TAK	
31	Podwieszka pod miednicę – 2 szt.	TAK	
32	Podwieszka przedramion i podudzi – 6 szt.	TAK	
33	Podwieszka stóp – 4 szt.	TAK	
34	Podwieszka ud i ramion – 6 szt.	TAK	
35	Pas do stabilizacji odcinka lędźwiowego kręgosłupa – 1 szt.	TAK	
36	Pas do stabilizacji klatki piersiowej – 1 szt.	TAK	
37	Pas do stabilizacji podudzi – 2 szt.	TAK	
38	Pas do stabilizacji ramienia – 2 szt.	TAK	
39	Pas do stabilizacji ud – 1 szt.	TAK	
40	Opaska skórzana na przedramię – 1 szt.	TAK	
41	Opaska skórzana na udo – 1 szt.	TAK	
42	Pętla Glissona z orczykiem – 1 szt.	TAK	
43	Kabina do ćwiczeń i zawieszń	TAK	
44	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
45	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
45	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.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw komputerowy – 6 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)						6	
kserokopiarka						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

WYPOSAŻENIE

Oddział Neurologii + Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej

	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, - po lewej stronie jedna szafka (wnęka) podzielona, - z miejscem na stację dysków i drukarkę (drukarka na górnej półce zamocowanej na prowadnicach), - wykonane z płyty laminowanej, - wykończone obrzeżem PCV, - uchwyty metalowe, - 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 min. 175 l - wyposażenie: szuflady, pojemniki , balkoniki na drzwiach	
3.	kanapa	- 3 -osobowa z bokami, - tapicerka z tkaniny, - wymiary: m D/S/W 1,73 x 0,88 x 0,89 (+/-0,1m) - kolor: średni brąz	
4.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami, - regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
5.	kuchnia elektryczna	- wolnostojąca , płyta ceramiczna, - 4 pola grzejne, - klasa energetyczna min. A - kolor biały - wymiary : W/S/G 85 x 60 x 60 - grzanie górne i dolne - zegar elektroniczny - szuflada na naczynia - moc (W) - 9900 - moc płyty (W) - 7800 - moc piekarnika (W) – 2100	
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, - wykonana z płyty laminowanej,	

		- wykończona obrzeżem PCV, - wyposażona w metalowe uchwyty oraz zamek bębnowy z dwoma kluczami, - wymiary: (m) SxGxW 0,900 x 0,385 x 1,900 - kolor: olcha	
8.	Szafa ubraniowa 1-drzwiowa	-wykonana z płyty laminowanej, -wykończona obrzeżem PCV, - uchwyt metalowe, - z półką na nakrycia głowy i drążkiem na wieszaki, -wyposażona w zamek cylindryczny z dwoma kluczami, -wymiar S/G/W m 0,60 x 0,385 x 1,833 - kolor olcha	
9.	Zmywarka	- wymiary: (m) SxWxG 0,6 x 0,82 x 0,57 - panel sterujący - zewnętrzny (odkryty) - kolor : inox - klasa energetyczna min. 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						5	
chłodziarka						4	
kanapa						3	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						9	
kuchnia elektryczna						1	
stolik-ława						3	
szafa na dokumentację						4	
szafa ubraniowa 1-drzwiowa						2	
zmywarka						1	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ III

Dodatek nr 3/1 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat AMBU – 1 szt**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	maska nr 5,	Tak	
2.	zawór pacjenta,	Tak	
3.	worek silikon 1600 ml,	Tak	
4.	zawór rezerwuaru,	Tak	
5.	rezerwuar tlenu z polichlorku winylu 2600ml	Tak	
6.	możliwość podawanie mieszaniny tlenowo-powietrz	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
Aparat AMBU						1	

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat EKG szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją	Tak	
2.	Sygnał 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
3.	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
4.	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych oraz zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
5.	Czułość 2.5, 5, 10, 20 mm/mV	Tak	
6.	Wyświetlacz LCD do prezentacji graficznej przebiegów EKG z odwzorowaniem bieżących ustawień w formie cyfrowo-literowej	Tak, podać	
7.	Ekran min 5 cali z rozdzielczością min. 320 x 240	Tak, podać	
8.	Klawiatura alfanumeryczna oraz przyciski funkcyjne	Tak, podać	
9.	Wybór 2 szerokości papieru 210mm oraz 216mm. Wybór 2 rodzajów papieru - rolka lub składanka „Z-fold”.	Tak, podać	
10.	Liniowa głowica termiczna	Tak	
11.	Prędkość zapisu 5; 10; 12; 5; 25; 50 mm/sek.	Tak	
12.	Możliwość podłączenia do komputera i obserwacja w czasie rzeczywistym wszystkich 12 odprowadzeń EKG. Możliwość wykonywania pomiarów.	Tak	
13.	Porty komunikacji - Ethernet, RS232, USB	Tak	
14.	Automatyczna detekcja stymulatora serca	Tak	
15.	Zapis min. 100 badań do pamięci urządzenia	Tak	
16.	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Akumulator wystarczający na 100 wydruków (badań).	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
Aparat EKG						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

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

29.	Alarm otwarte drzwiczki pompy	Tak	
30.	Rozróżniane alarmy okluzji: - drożności drenu między pojemnikiem z płynem infuzyjnym a pompą, - okluzji pomiędzy pompą a pacjentem	Tak	
31.	Alarm „mechanizm napędowy niesprawny”	Tak	
32.	Ostrzeżenie nieuruchomiona infuzja	Tak	
33.	Alarm braku zasilania z sieci	Tak	
34.	Alarm rozładowanego akumulatora	Tak	
35.	Alarm akumulatora bliskiego rozładowania	Tak	
36.	Alarm niewłaściwego zamocowania zestawu do przetoczeń i użycia niewłaściwego zestawu	Tak	
37.	Rejestr zdarzeń min. 1000 zdarzeń	Tak	
38.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
39.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
40.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pompa infuzyjna strzykawkowa – 5 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						5	

.....
(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 przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	CERTYFIKATY JAKOŚCI		
2	Wpis/zgłoszenie do rejestru Wyrobów Medycznych. Podać numer, załączyć kopię	Tak	
3	Certyfikat CE. Podać numer, załączyć kopię	Tak	
4	PRZEZNACZENIE RESPIRATORA	Tak	
5	Respirator transportowo-stacjonarny dla dorosłych i dzieci	Tak	
6	ZASILANIE RESPIRATORA	Tak	
7	Zasilanie powietrzem z wewnętrznego kompresora lub turbiny itp.	Tak	
8	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu	TAK 2,8 do 4,0 bar	
9	Zasilanie AC 230V, 50 Hz	Tak	
10	Zasilanie DC 12 V	Tak	
11	Awaryjne zasilanie z akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy.	Tak	
12	TRYBY WENTYLACJI		
13	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist	Tak	
14	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV	Tak	
15	Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP	Tak	
16	Wentylacja nieinwazyjna	Tak	
17	Wentylacja awaryjna przy wystąpieniu bezdechu	Tak	
18	RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO		
19	Wdech manualny	Tak	
20	Oddech kontrolowany objętością VCV	Tak	
21	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV	Tak	
22	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	Tak	
23	PARAMETRY REGULOWANE	Tak	
24	Częstość oddechów 3-60 odd./min	Tak	
25	Objętość pojedynczego oddechu 50-1800ml	Tak	
26	Regulowany czas wdechu 0,3-3,0 s	Tak	
27	Ciśnienie wdechowe PCV 5-60 cmH2O	Tak	
28	Ciśnienie wspomagania PSV 5-50 cmH2O	Tak	
29	Ciśnienie PEEP/CPAP 0-20 cmH2O	Tak	
30	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 - 8 l/min	Tak	
31	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 - 15 cm H2O	Tak	
32	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 - 100%	Tak	
33	OBRAZOWANIE I POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI		
34	Monitor (wbudowany) o przekątnej minimum 6 cali dla obrazowania parametrów wentylacji	Tak	

35	Całkowita częstość oddychania	Tak	
36	Objętość pojedynczego oddechu	Tak	
37	Całkowita objętość wentylacji minutowej	Tak	
38	Ciśnienie szczytowe	Tak	
39	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, w funkcji czasu Co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie monitora	Tak	
40	ALARMY		
41	Niskiej i wysokiej całkowitej objętości minutowej	Tak	
42	Niskiej objętości oddechowej pojedynczego wdechu	Tak	
43	Wysokiego i niskiego ciśnienia w układzie oddechowym pacjenta	Tak	
44	Wysokiej i niskiej częstości oddechowej	Tak	
45	Bezdechu	Tak	
46	INNE POSIADANE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE		
47	Możliwość pracy w środowisku MRI do 3 Tesli	Tak	
48	Kompletny układ oddechowy wielorazowy - 1 szt.	Tak	
49	Jednorazowy układ oddechowy do pracy w środowisku MRI - 10 szt.	Tak	
50	Wskaźnik naładowania akumulatora wewnętrznego	Tak	
51	POZOSTAŁE		
52	Podstawa jezdna z blokadą	Tak	
53	Uchwyt na butle tlenową	Tak	
54	Ramię układu pacjenta	Tak	
55	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	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 : **Ssak elektryczny – 2 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						2	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ III
Dodatek nr 3/8 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **zestaw monitorujący dla 5 stanowisk z monitorem centralnym**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
Monitory przyłóżkowe– 5 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 chorem.	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	Tak	

	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.		
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 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.	Tak	
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.	Tak	

	Możliwość szybkiego ustawienia granic alarmowych. Alarmy na przynajmniej 3 poziomach ważności.		
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 (monitor centralny) – 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	
26	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
27	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
28	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonane z płyty wiórowej laminowanej.	TAK	
2	Krawędzie zabezpieczone nakładkami z tworzywa	TAK	
3	Wyposażone w trzy szuflady z centralnym zamkiem oraz półkę nad nimi	TAK	
4	Szuflady na prowadnicach rolkowych	TAK	
5	Wymiary 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						2	

.....
(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 – 3 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 0 ⁰ do +40 ⁰	TAK	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Dł.x szer. ok. 1850x555mm	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						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 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 30W 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						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 : **Leżanka drewniana – 1 szt.**

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						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Łóżko intensywnej opieki kardiologicznej – 5 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Szerokość całkowita z poręczami bocznymi: 990 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
2.	Długość całkowita łóżka: 2300 mm (± 30 mm)	TAK, podać	
3.	Łóżko wielofunkcyjne, wielopozycyjne z pozycją fotelową	TAK	
4.	Konstrukcja łóżka oparta na dwóch maksymalnie szeroko rozstawionych kolumnach umożliwiających monitorowanie pacjenta ramieniem C	TAK	
5.	Łóżko posiadające cztery segmentowe leże z czego trzy segmenty ruchome	TAK	
6.	Elektryczna regulacja wysokości leża	TAK	
7.	Minimalna wysokość leża od podłogi: 470 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
8.	Maksymalna wysokość leża od podłogi: 870 mm (± 20 mm)	TAK, podać	
9.	Elektryczna regulacja oparcia pleców w zakresie do 76° ($\pm 2^{\circ}$)	TAK, podać	
10.	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga (regulacja tylko z panelu centralnego) 15° ($\pm 2^{\circ}$)	TAK, podać	
11.	Elektryczna regulacja pozycji anty - Trendelenburga 20° ($\pm 3^{\circ}$) (regulacja tylko z panelu centralnego)	TAK, podać	
12.	Elektryczna regulacja segmentu uda w zakresie 45° ($\pm 2^{\circ}$)	TAK, podać	
13.	Regulacje poszczególnych funkcji elektrycznych łóżka regulowane z pilota przewodowego oraz z centralnego panelu sterującego	TAK	
14.	Panel centralny umieszczony na płasko w półce na pościel	TAK	
15.	Selektywne blokowanie na panelu centralnym funkcji elektrycznie regulowanych	TAK	
16.	Centralne blokowanie wszystkich funkcji elektrycznych przy pomocy jednego przycisku lub pokrętła na panelu centralnym	TAK	
17.	Segment podudzia regulowany ręcznie przy pomocy sprężyny gazowej z blokadą	TAK	
18.	Funkcja autokontur - jednoczesne uniesienia części plecowej do min. 70° oraz segmentu uda do min. 40°	TAK, podać	
19.	Funkcja autoregresji oparcia pleców 140 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
20.	Funkcja autoregresji segmentu uda 110 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
21.	Następujące pozycje leża uzyskiwane automatycznie po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego przycisku na panelu centralnym: - pozycja krzesła kardiologicznego - pozycja antyszokowa - pozycja do badań - pozycja Fowlera	TAK	
22.	Wbudowany akumulator wykorzystywany do sterowania funkcjami łóżka w przypadku zaniku zasilania oraz w przypadku przetaczania łóżka	TAK	
23.	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej z osłoną podwozia wykonaną z tworzywa ABS	TAK	
24.	Segmenty leża wypełnione płytą laminatową przezierną dla promieni RTG	TAK	
25.	Segment oparcia pleców i uda z możliwością szybkiego poziomowania (CPR) dźwigniami umieszczonymi w okolicy segmentów pleców i nóg	TAK	
26.	Elektryczny CPR uzyskiwany automatycznie przez wybranie przycisku na panelu centralnym	TAK	
27.	4 koła o średnicy min. 150 mm zaopatrzone w hamulec centralny	TAK, podać	

28.	Dźwignie hamulca umieszczone w czterech miejscach ramy podwozia łóżka (na każdym narożniku)	TAK	
29.	Funkcja jazdy na wprost i łatwego manewrowania	TAK	
30.	Szczyty łóżka wyjmowane z ramy leża, lakierowane, wypełnione płytą laminatową oferowaną w różnych kolorach	TAK	
31.	Rama łóżka wyposażona w 4 krążki odbojowe w narożach	TAK	
32.	Rama leża wyposażona w poziomice	TAK	
33.	Łóżko zaopatrzone w 4 haczyki na woreczki do płynów infuzyjnych	TAK	
34.	Listwy do mocowania wyposażenia mocowane po obu stronach ramy leża	TAK	
35.	Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożach ramy leża	TAK	
36.	Poręcze boczne lakierowane	TAK	
37.	Łóżko wyposażone w wysuwaną półkę na pościel	TAK	
38.	Udźwig łóżka min. 230 kg	TAK	
39.	Leże z możliwością przedłużenia o min. 200 mm od długości bazowej	TAK, podać	
40.	Leże z możliwością skracania o min. 100 mm od długości bazowej	TAK, podać	
41.	Łóżko wyposażone w układ ważenia pacjenta z panelem sterującym z wyświetlaczem	TAK	
42.	Elementy wyposażenia łóżka: - materac w tkaninie nieprzemakalnej - poręcze boczne dzielone - wieszak kroplówki	TAK	
43.	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
44.	Deklaracja Zgodności CE, rejestracja wyrobu.	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
Łóżko intensywnej opieki kardiologicznej						5	

.....
(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 – 15 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	
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
łóżko szpitalne metalowe z materacem						15	

.....
(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 – 2 szt**

L.p.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Rok produkcji nie wcześniej niż 2009	tak	
2.	Sterowanie mikroprocesorowe	tak	
3.	Wyświetlacz z komunikatami tekstowymi	tak	
4.	Model wiszący na ścianie	tak	
5.	Głębokość myjni (gabarytowo) max. 500 mm	tak	
6.	szerokość myjni (gabarytowo) max. 600 mm	tak	
7.	Podgrzewanie elektryczne	tak	
8.	Dezynfekcja termiczna	tak	
9.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	tak	
10.	Drzwi uchylne, otwierane do przodu	tak	
11.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi za pomocą pedału nożnego	tak	
12.	Możliwość automatycznego uchylania drzwi po zakończonym cyklu	tak	
13.	Automatyczne dozowanie detergentu	tak	
14.	Kontrola poziomu środka chemicznego w pojemniku	tak	
15.	Obudowa ze stali nierdzewnej	tak	
16.	Wbudowany kondensator oparów	tak	
17.	Minimalny załadunek komory: 3 baseny lub 3 kaczki	tak	
18.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	tak	
19.	Minimum 5 programów mycia i dezynfekcji dostępnych bezpośrednio z panela sterującego	tak	
20.	Wskaźnik świetlny informujący o stanie zaawansowania procesu	tak	
21.	Możliwość modyfikacji programów myjących	tak	
22.	Możliwość mycia innego wyposażenia (m. in. (butle ssaków, miski, wiadra, itp.)	tak	
23.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych (poj. 5 litrów) w myjni, min. 1 pojemnik		
24.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim		
25.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
26.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
27.	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						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 –1 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 ochrony: 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 / m ² ±25%	Tak	
8.	pobór mocy: 295 VA	Tak	
9.	napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół ze zlewem jednokomorowym – 2 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						2	

.....
(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 – 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Korpus szafy wykonany z blachy malowanej proszkowo o grubości minimum 0,8 mm	Tak, podać	
2.	Drzwi szafy przeszklone	Tak	
3.	4 półki wykonane ze szkła, przestawne co 25 mm	Tak	
4.	Uchwyt drzwiowy z zanikiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	Kółka zamontowane do szafy, które umożliwiają łatwe przemieszczanie	Tak	
6.	wymiary szafy około: Wysokość: 1890 mm, Szerokość: 800 mm, Głębokość: 435 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 : **Szafka przyłóżkowa z blatem – 20 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Szafka przyłóżkowa z blatem						20	

.....
(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 – 5 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: 460 do 560 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						5	

.....
(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 – 30 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						30	

.....
(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.**

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Pomiar do 200kg	TAK	
2	Dokładność pomiaru: 100g	TAK	
3	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4	Wyposażona w kółka ułatwiające transport	TAK	
5	Nisko położona platforma	TAK	
6	Trwała konstrukcja	TAK	
7	Zasilanie sieciowe	TAK	
8	Zasilanie baterijne, Energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
9	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
10	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK	
11	Dokładność do 1 mm	TAK	
12	Ze skalą w cm	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
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 - 2 szt.**

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	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. 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 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 na brudną bieliznę – 2 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wózek posiadający składany metalowy szkielet lakierowany proszkowo	Tak	
2.	Wypożarty w płócienny worek o pojemności min. 100L	Tak	
3.	Wypożarty 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 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 na brudną bieliznę						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 wanna – 1 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek zabiegowy – 5 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Metalowy szkielet malowany proszkowo	TAK	
2	2 szklane półki	TAK,	
3	Wymiary około 835x720x425mm	TAK, podać	
4	Dwie miski osadzone w ruchomych uchwytach	TAK	
5	4 koła 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: **Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym – 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej 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 (dłxszerxgł) 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. 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. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw komputerowy – 7 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)						7	
kserokopiarka						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

WYPOSAŻENIE

Oddział Kardiologii z OIOK

	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, - po lewej stronie jedna szafka (wnęka) podzielona, z miejscem na stację dysków i drukarkę (drukarka na górnej półce zamocowanej na prowadnicach), - wykonane z płyty laminowanej, - wykończone obrzeżem PCV, - uchwyty metalowe, - 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 min 175 l - wyposażenie: szuflady, pojemniki , balkoniki na drzwiach	
3.	kanapa	- 3 -osobowa z bokami, - tapicerka z tkaniny, - wymiary: m D/S/W 1,73 x 0,88 x 0,89 (+/-0,1m) - kolor: średni brąz	
4.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami, - regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
5.	krzesło tapicerowane	- krzesło drewniane, - siedzisko z tapicerki tkaninowej odpornej na przecieranie, - szerokość siedziska 45 cm, maksymalna wysokość krzesła 90 cm, - oparcie drewniane niepełne prążkowane	
6.	kuchnia elektryczna	- wolnostojąca , płyta ceramiczna, - 4 pola grzejne, - klasa energetyczna min. A - kolor biały - wymiary : W/S/G 85 x 60 x 60 - grzanie górne i dolne - zegar elektroniczny - szuflada na naczynia - moc (W) - 9900 - moc płyty (W) - 7800 - moc piekarnika (W) – 2100	

7.	stolik-ława	- wymiary (m) : D/S/W 0,6 x 0,6 x 0,8 - płyta laminowana , - jedna noga satynowa - kolor: olcha	
8.	Szafa na dokumentację	- dwudrzwiowa z czterema półkami, - wykonana z płyty laminowanej, - wykończona obrzeżem PCV, - wyposażona w metalowe uchwyty oraz zamek bębnowy z dwoma kluczami, - wymiary: (m) SxGxW 0,900 x 0,385 x 1,900 - kolor: olcha	
9.	Szafa ubraniowa 1-drzwiowa	-wykonana z płyty laminowanej, -wykończona obrzeżem PCV, - uchwyt metalowe, - z półką na nakrycia głowy i drążkiem na wieszaki, -wyposażona w zamek cylindryczny z dwoma kluczami, -wymiary S/G/W m 0,60 x 0,385 x 1,833 - kolor olcha	
10.	Zmywarka	- wymiary: (m) SxWxG 0,6 x 0,82 x 0,57 - panel sterujący - zewnętrzny (odkryty) - kolor : inox - klasa energetyczna min. 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						7	
chłodziarka						3	
kanapa						3	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						11	
krzesło tapicerowane						2	
kuchnia elektryczna						1	
stolik-ława						2	
szafa na dokumentację						6	
szafa ubraniowa 1-drzwiowa						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: **Aparat ambu dla dorosłych – 2 szt**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	maska nr 5,	Tak	
2.	zawór pacjenta,	Tak	
3.	worek silikon 1600ml,	Tak	
4.	zawór rezerwuaru,	Tak	
5.	rezerwuuar tlenu z polichlorku winylu 2600ml	Tak	
6.	możliwość podawanie mieszaniny tlenowo - powietrz	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
Aparat ambu dla drosłych						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat ambu dla niemowląt – 1 szt**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	maska nr 0 / 1 / 2,	Tak	
2.	zawór pacjenta,	Tak	
3.	worek silikon 240 ml,	Tak	
4.	zawór rezerwuaru,	Tak	
5.	rezerwuuar tlenu 600ml	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
Aparat ambu dla 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 : **Aparat EKG przewoźny – 1 szt**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Aparat EKG 12-kanalowy z analizą i interpretacją	Tak	
2	Sygnał 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
3	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
4	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych oraz zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
5	Czułość 2.5, 5, 10, 20 mm/mV	Tak	
6	Wyświetlacz LCD do prezentacji graficznej przebiegów EKG z odwzorowaniem bieżących ustawień w formie cyfrowo-literowej	Tak	
7	Ekran min 5 cali z rozdzielczością min. 320 x 240	Tak	
8	Klawiatura alfanumeryczna oraz przyciski funkcyjne	Tak	
9	Wybór 2 szerokości papieru 210mm oraz 216mm. Wybór 2 rodzajów papieru - rolka lub składanka „Z-fold”.	Tak	
10	Liniowa głowica termiczna	Tak	
11	Prędkość zapisu 5; 10; 12, 5; 25; 50 mm/sek.	Tak	
12	Możliwość podłączenia do komputera i obserwacja w czasie rzeczywistym wszystkich 12 odprowadzeń EKG. Możliwość wykonywania pomiarów.	Tak	
13	Porty komunikacji - Ethernet, RS232, USB	Tak	
14	Automatyczna detekcja stymulatora serca	Tak	
15	Zapis min. 100 badań do pamięci urządzenia	Tak	
16	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Akumulator wystarczający na 100 wydruków (badań).	Tak	
17	Wózek do przewozu aparatu	Tak	
18	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
19	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
20	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 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 : **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 : **Inhalator ultradźwiękowy - 8 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Inhalator ultradźwiękowy	Tak	
2.	wielkość: 14 x 6,5 x 5 cm;	Tak	
3.	waga: 28 dkg;	Tak	
4.	Posiada regulację płynności przepływu mgły;	Tak	
5.	Posiada lampkę kontrolną;	Tak	
6.	Wyposażony jest w automatyczny wyłącznik po 10 min;	Tak	
7.	Wydajność rozpylacza to 0,2 - 0,7 ml/min.	Tak	
8.	Maseczka mała – dla dzieci;	Tak	
9.	Maseczka duża – dla dorosłych;	Tak	
10.	Rura inhalacyjna;	Tak	
11.	Pojemnik na lek 5 ml;	Tak	
12.	Dwa rodzaje zasilania – akumulatory lub zasilacz	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
Inhalator ultradźwiękowy						8	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pompy infuzyjne do płynoterapii objętościowe – 1 szt**

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

ALARMY I OSTRZEŻENIA			
27.	Pompa posiada system alarmów i ostrzeżeń akustyczno-optyczny	Tak	
28.	Alarm „powietrze w linii”	Tak	
29.	Alarm otwarte drzwiczki pompy	Tak	
30.	Rozróżniane alarmy okluzji: - drożności drenu między pojemnikiem z płynem infuzyjnym a pompą, - okluzji pomiędzy pompą a pacjentem	Tak	
31.	Alarm „mechanizm napędowy niesprawny”	Tak	
32.	Ostrzeżenie nieuruchomiona infuzja	Tak	
33.	Alarm braku zasilania z sieci	Tak	
34.	Alarm rozładowanego akumulatora	Tak	
35.	Alarm akumulatora bliskiego rozładowania	Tak	
36.	Alarm niewłaściwego zamocowania zestawu do przetoczeń i użycia niewłaściwego zestawu	Tak	
37.	Rejestr zdarzeń min. 1000 zdarzeń	Tak	
38.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
39.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
40.	Uruchomienie urządzenia	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Aparat przenośny, poniżej 700 gram wraz z akumulatorem	TAK	
2.	Zasilanie sieciowe 230V AC 50/60 Hz lub 12V DC	TAK	
3.	Zasilanie (awaryjne) - wbudowany akumulator na min.2 godziny	TAK	
4.	Pomiar saturacji w zakresie min. 0-100%	TAK	
5.	Pomiar tętna w zakresie min. 15-300 bpm	TAK	
6.	Wyświetlacz LCD monochromatyczny lub kolorowy	TAK	
7.	Selektywne włączane/wyłączane alarmy dla wszystkich parametrów	TAK	
8.	Ustawianie granic alarmów wszystkich parametrów	TAK	
9.	Wyciszenie alarmów na min 2 min.	TAK	
10.	Stopniowanie głośności alarmów oraz pulsu	TAK	
11.	Możliwość wyboru ustawień dla : dorosły/dziecko/norowodek	TAK	
	Parametry wyświetlane		
12.	Częstość pulsu	TAK	
13.	Procentowy pomiar SPO2	TAK	
14.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej	TAK	
15.	Wartość pulsu	TAK	
16.	Wartość siły pulsu	TAK	
17.	Wskaźnik stanu pracy - sieć, akumulator	TAK	
18.	Sygnalizacja odłączenia czujnika saturacji	TAK	
20.	Wyświetlanie aktualnego trybu pacjenta (dorośły/dziecko/norowodek)	TAK	
21.	Trendy graficzne min. 48godz. i tabelaryczne z min. 20 dni.	TAK	
22.	Graficzny wskaźnik rozładowania baterii	TAK	
23.	Aktualny czas	TAK	
	Pozostałe parametry		
24.	Port RS232	TAK	
25.	Na wyposażeniu czujnik pulsoksymetru na palec	TAK	
26.	Możliwość instalacji urządzenia w pionie lub w poziomie i odpowiedniego dostosowania wyświetlania parametrów.	TAK	
27.	System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji	TAK	
28.	Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2	TAK	
29.	Możliwość podłączenia do drukarki	TAK	
30.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
31.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
32.	Uruchomienie urządzenia	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Respirator noworodkowy – 1 szt**

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	PARAMETRY OGÓLNE	TAK	
1.1	Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia dla dorosłych i dzieci powyżej 1 kg	TAK	
1.2	Respirator wielofunkcyjny z możliwością wykorzystania do wentylacji pacjentów w ostrej niewydolności oddechowej na oddziale Intensywnej Terapii	TAK	
1.3	Aparat umieszczony na podstawie jezdnej z blokadą kół	TAK	
1.4	Zasilanie podstawowe z sieci elektrycznej 230 V, 50 Hz	TAK	
1.5	Integralny akumulator gwarantujący awaryjne zasilanie do podtrzymania pracy respiratora przez min. 60 minut	TAK	
1.6	Zasilanie zewnętrzne respiratora w tlen medyczny z centralnej sieci szpitalnej min. 2,1 – 6,2 bar.	TAK	
1.7	Zasilanie zewnętrzne respiratora w powietrze medyczne z centralnej sieci szpitalnej min. 2,1 – 6,2 bar.	TAK	
1.8	Możliwość prowadzenie wentylacji awaryjnej przy zasilaniu jednym gazem, powietrzem lub tlenem.	TAK	
1.9	Pomiar parametrów nie wymagający sterylizacji, dezynfekcji lub wymiany czujników pomiarowych pomiędzy pacjentami	TAK	
2	RODZAJE WENTYLACJI		
2.1	Ciśnieniowo kontrolowana (PCV)	TAK	
2.2	Objętościowo kontrolowana (VCV)	TAK	
2.3	Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana z docelową objętością typu (PRVC,Auto-Flow, APV, VC+, VTPC)	TAK	
2.4	Wentylacja nieinwazyjna typu (NPPV, NIV,)	TAK	
2.5	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu (BiPhasic, BiPap, BiLevel, Duo-Flow, BPRV)	TAK	
3	TYPY I TRYBY WENTYLACJI		
3.1	IPPV – CMV A/C	TAK	
3.2	SIMV	TAK	
3.3	Oddech spontaniczny wspomagany objętością typu (VS, VTPS)	TAK	
3.4	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem	TAK	

	PSV		
3.5	Oddech spontaniczny z proporcjonalnym wspomaganie wysiłku oddechowego pacjenta	TAK	
3.6	Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawicznej lub tracheostomijnej	TAK	
3.7	Dodatknie ciśnienie końcowo-wdechowe /Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych CPAP/PEEP	TAK	
3.8	Oddech ręczny wyzwalanych przyciskiem na respiratorze	TAK	
3.9	Wentylacja zabezpieczająca przy bezdechu	TAK	
3.10	Natychmiastowa podaż 100% tlenu za pomocą jednego przycisku	TAK	
4	PARAMETRY ODDECHOWE REGULOWANE		
4.1	Przepływ w zakresie min. 1 – 160 l/min	TAK	
4.2	Objętość oddechowa w VCV min. 5 – 3000 ml	TAK	
4.3	Częstość oddechowa min. 1 – 150 odd/min.	TAK	
4.4	Czas wdechu min. 0,1 – 5 sek.	TAK	
4.5	Stosunek wdechu do wydechu I:E – 1:9, 4:1	TAK	
4.6	Regulacja przepływu szczytowego przy wdechu mechanicznym (VCV) do 160 l/min	TAK	
4.7	Ciśnienie wdechowe w opcji min. PCV 0 – 80 cmH ₂ O	TAK	
4.8	Ciśnienie wspomagania min. PSV 0 – 60 cmH ₂ O	TAK	
4.9	PEEP/CPAP min. 0 do 45 cmH ₂ O	TAK	
4.10	Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, BPRV 0 – 80 cmH ₂ O	TAK	
4.11	Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, BPRV min. 0 – 45 cmH ₂ O	TAK	
4.12	Regulowany czas wysokiego poziomu ciśnienia	TAK	
4.13	Płynnie regulowany manualnie i automatycznie czas lub współczynnik narastania przepływu / ciśnienia dla PCV/PSV	TAK	
4.14	Czas plateau 0,1 – 2,0 sek.	TAK	
4.15	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21-100%	TAK	
4.16	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta	TAK	
4.17	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta	TAK	
4.18	Funkcja wstrzymania wdechu i wydechu	TAK	
4.19	Możliwość programowania kształtu krzywej min. kwadratowa i opadająca	TAK	
4.20	Manualnie i automatycznie regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej min. 5 do 55%	TAK	
5	OBRAZOWANIE MIERZONYCH PARAMETRÓW WENTYLACJI		
5.1	Aktualnie prowadzony tryb wentylacji	TAK	
5.2	Objętość oddechowa (V _T)	TAK	
5.3	Spontaniczna wentylacja minutowa wydychana (Mvspon)	TAK	

5.4	Spontaniczna częstość oddechów	TAK	
5.5	Wentylacja minutowa	TAK	
5.6	Sygnalizacja wysiłku oddechowego pacjenta	TAK	
5.7	Całkowita częstość oddechów (odd/min)	TAK	
5.8	Stosunek faz wdechu i wydechu I:E	TAK	
5.9	Ciśnienie szczytowe (PIP)	TAK	
5.10	Ciśnienie średnie (MAP)	TAK	
5.11	Ciśnienie PEEP/CPAP	TAK	
5.12	Pomiar stężenia tlenu w powietrzu wdechowym FiO2	TAK	
5.13	Pomiar podatności statycznej		
6	KOLOROWY MONITOR GRAFICZNY (LCD)		
6.1	Monitor do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji	TAK	
6.2	Ekran monitora LCD wielokolorowego, dotykowego minimum 6 cali.	TAK	
6.3	Dodatkowy ekran kopiujący z możliwością obracania w trzech płaszczyznach, min 15 cali	TAK	
6.3	Prezentacja na kolorowym ekranie krzywych oddechowych 1. Ciśnienie w funkcji czasu 2. przepływ w funkcji czasu 3. objętość w funkcji czasu	TAK	
6.4	Prezentacja na kolorowym ekranie pętli oddechowych - ciśnienie/objętość - przepływ/objętość	TAK	
6.5	Możliwość obrazowania min. dwóch fal lub jednoczesnej prezentacji wszystkich pętli	TAK	
6.6	Równoczesne wyświetlanie ustawień respiratora i monitorowanych przez respirator parametrów podstawowych.	TAK	
6.7	Możliwość zatrzymania przebiegu krzywych	TAK	
6.8	Prezentacja na ekranie dziennika sytuacji alarmowych oraz zdarzeń min 1000	TAK	
7	ALARMY		
7.1	Hierarchia alarmów w zależności od ważności	TAK	
7.2	Brak zasilania w energię elektryczną	TAK	
7.3	Stężenie tlenu zbyt niskie i zbyt wysokie	TAK	
7.4	Zbyt niskie lub zbyt wysokiej objętości minutowej	TAK	
7.5	Zbyt niskie lub zbyt wysokie ciśnienie w drogach oddechowych	TAK	
7.6	Bezdechu z uruchomieniem wentylacji zastępczej uruchamiany po przekroczeniu ustawionej dolnej granicy objętości minutowej.	TAK	
7.7	Zakłócony stosunek I:E	TAK	
7.8	Złego dostarczania gazów	TAK	
7.9	Pamięć alarmów z komentarzem	TAK	

8	EKSPLLOATACJA		
8.1	Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawionych parametrów	TAK	
8.2	Funkcja auto testu aparatu	TAK	
8.3	Wstępne ustawianie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta	TAK	
8.4	Komunikacja z aparatem w języku polskim	TAK	
8.5	Gniazdo do podłączenia bezpośrednio drukarki do respiratora	TAK	
8.6	Możliwość powrotu do ostatnich parametrów wentylacji po ponownym włączeniu respiratora.	TAK	
8.7	Kalibracja czujnika tlenu na żądanie	TAK	
8.8	System kodów informujących o występujących zakłóceniach w pracy respiratora	TAK	
8.9	Obsługa urządzenia za pomocą ekranu dotykowego, przycisków na obudowie, pokrętła	TAK	
9	INNE WYMAGANIA		
9.1	Dwuramienny układ oddechowy wielokrotnego użytku posiadający wąż wdechowy i wydechowy oraz złączkę Y z możliwością włączenia filtra HME wraz z wszystkimi elementami podlegającymi wymianie pomiędzy pacjentami	TAK	
9.6	Ramię podtrzymujące układ oddechowy.	TAK	
9.7	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
9.8	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
9.9	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
9.10	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
Respirator noworodkowy						1	

.....
(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: **Biurko lekarskie - 1 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						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Inkubator otwarty z wyposażeniem – 2 szt.**

LP	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Parametry ogólne		
1.1	Wymiary zewnętrzne maksymalne (szerokość x głębokość x wysokość)	Podać	
1.2	Wielkość leża noworodka min 76 x 56 cm	TAK	
1.3	Stabilna konstrukcja osadzona na podstawie jezdnej z elektryczną regulacją wysokości w której zamontowane są 4 kółka w tym 2 z blokadą	TAK	
1.4	Kółka wykonane z materiału przewodzącego ładunki statyczne	TAK	
1.5	Wymiary podstawy od strony czołowej aparatu nie większe niż wymiary rzutu leża noworodka na płaszczyznę podłogi.	TAK	
1.6	Ogrzewanie promiennikiem podczerwieni z kwarcowym źródłem iR	TAK Opisać budowę i podać moc w [W]	
1.7	Odległość od podłogi do materacyka w cm	TAK Podać	
1.8	Podać odległość od podłogi do promiennika ciepła	TAK Podać	
2.	BUDOWA		
2.1	Promiennik nagrzewający odchylany w celu wykonania zdjęcia Rtg	TAK	
2.2	Regulacja temperatury nastawiana ręcznie (mocy grzania)	TAK	
2.2.1	Wstępne podgrzewanie pełną mocą załącza się automatycznie po włączeniu inkubatora do sieci.	TAK	
2.2.2	Wyłączenie wstępnego podgrzewania po uzyskaniu ustawionej temperatury.	TAK	
2.3	Czujnik temperatury wielokrotnego użytku	TAK	
2.4	Rozdzielczość regulacji 0,1°C	TAK	
2.5	Regulowane położenie leża noworodka do pozycji Trendelenburga i anty/ Trendelenburga w sposób płynny bezstresowo Minimum zakres $\pm 15^\circ$	TAK opisać działanie	
2.5.1	Ścianki boczne leża: a) wykonane z tworzywa bezbarwnego odpornego na UV b) odporne na zmywanie w środkach dezynfekcyjnych c) odchylane o kąt 180° d) szybkie wyjmowanie wszystkich ścianek do mycia (bez użycia narzędzi) e) każda ścianka może być oddzielnie odchylana i wyjmowana f) zabezpieczenie przed przypadkowym otwarciem ścianek	TAK TAK TAK TAK TAK	
2.6	Lampy oświetlające - oświetlenie ogólne min 200 W (moc światła)	TAK	
2.7	Szuflady na dodatkowe akcesoria	TAK min. 2 szt.	

2.8	Możliwość wprowadzenia kasety RTG pod leże noworodka – bez ruszania noworodka	TAK	
3.	MONITOROWANIE		
3.1	Cyfrowy wskaźnik temperatury nastawionej w °C	TAK	
3.2	Równoczesne wyświetlanie temperatury nastawionej i rzeczywistej (zmierzonej)	TAK	
3.3	Informacja o wykorzystaniu mocy grzałki w %	TAK	
3.4	Możliwość dołączenia modułu do bezdotykowego pomiaru temperatury noworodka za pomocą czujnika podczerwieni	TAK	
4	Alarmy		
4.1	Przekroczenia nastawionej temperatury pracy (przegrzania)	TAK	
4.2	Spadku temperatury (niedogrzania)	TAK	
4.3	Zanik napięcia zasilającego	TAK	
4.4	Alarmy techniczne – awaria grzałki , uszkodzenie czujnika temp	TAK	
4.5	Komunikaty słowne w języku polskim o załączonych alarmach oraz o załączonych funkcjach, wyświetlane na ekranie.	TAK	
4.6	Po włączeniu aparat przeprowadza automatycznie test poprawnego działania	TAK	
4.7	Pamięć nastawionych parametrów	TAK	
5.	Wyposażenie podstawowe		
5.1	wyposażony w zintegrowany z inkubatorem statyw do mocowania pomp i innych urządzeń z możliwością powieszenia pojemnika z płynem infuzyjnym dla pompy objętościowej	TAK	
5.2	półka na sprzęt	TAK	
5.3	Zegar Apgar zintegrowany z inkubatorem , sygnały dźwiękowe w regulowanych odstępach czasu	TAK min. 4 odstępy czasowe	
5.4	krążki odblaskowe do mocowania czujnika naskórnego	TAK 8 szt./aparat	
5.5	Czujnik do kontroli temperatury wielorazowego użytku i jednorazowego użytku	TAK po 1 szt.	
5.6	ssak inżektorowy z regulacją siły ssania, wskaźnikiem poziomu próżni, naczyniem zabezpieczającym. Kompletny z butlą na wydzielinę.	TAK 1 szt./aparat	
5.6.3	Wąż silikonowy do odsysania	TAK 3m	
5.7	przepływomierz do tlenu, zakres regulacji do 15 l/min z nawilżaniem	TAK 1 szt.	
5.8	Wąż do podłączenia tlenu i powietrza zaopatrzony we wtyczkę do gniazd zainstalowanych w szpitalu	TAK	
5.9	Mikser tlen/ powietrze do tlenoterapii	TAK	
6.	Aparat wykonany w kolorze określonym przez Zamawiającego	TAK	
6.1	Gwarancja	min. 24 miesiące	
6.2	Certyfikat CE	TAK Wymienić i załączyć kopie	
6.3	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
6.4	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Inkubator zamknięty z wyposażeniem – 2 szt.**

Lp	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Inkubator zamknięty na podstawie jezdnej. Kółka wyposażone z hamulce	TAK	
2.	Inkubator zasilany napięciem 230 V +/- 10%, 50Hz	TAK	
3.	Układ ręcznej regulacji temperatury powietrza pod kopułą w zakresie (20÷39) °C z krokiem 0,1 °C	TAK	
4.	Układ automatycznej regulacji temperatury bazujący na pomiarach temperatury skóry noworodka w zakresie (35÷38) °C z krokiem 0,1 °C	TAK	
5.	Automatyczny test urządzenia podczas włączania oraz w trakcie pracy inkubatora	TAK	
6.	Alarm przekroczenia temperatury 39 °C z automatycznym wyłączeniem grzania	TAK	
7.	Kontrola i wyświetlanie numeryczne temperatury powietrza w kopule i skóry noworodka	TAK	
8.	Automatyczna kontrola wilgotności w zakresie (40÷95)% z wyborem kroku 1% lub 5%	TAK	
9.	Wyświetlanie numeryczne wartości nastawianej i mierzonej wilgotności	TAK	
10.	Automatyczna kontrola stężenia tlenu w zakresie (21÷60)% z krokiem 1%	TAK	
11.	Wyświetlanie numeryczne wartości nastawianej i mierzonej stężenia tlenu	TAK	
12.	Wyświetlanie numeryczne temperatur skór bliźniąt	TAK	
13.	Blokada przycisków na panelu sterującym za pomocą wybranego przycisku, w celu zabezpieczenia przed przypadkową zmianą nastaw. Identyfikacja świetlna	TAK	

	zablokowania/odblokowania przycisków panelu sterującego		
14.	Filtrowanie powietrza za pomocą filtra o przepuszczalności nie większej niż 0,5 mikrona	TAK	
15.	Wyświetlanie numeryczne wagi pacjenta na panelu sterującym	TAK	
16.	Komora wody nawilżacza czyszczona i sterylizowana za pomocą autoklawu. Demontaż komory nawilżacza bez użycia narzędzi, dokonywany przez personel medyczny	TAK	
17.	Wymiary materacyka (40x65) cm	TAK	
18.	Regulacja bezstopniowa położenia materacyka w zakresie +/- 12 °	TAK	
19.	Wszystkie pomiary i kontrolki muszą zawierać się wyłącznie w jednym module	TAK	
20.	Podwójna konstrukcja ścianek inkubatora zapewniająca minimalne straty ciepła	TAK	
21.	6 otworów pielęgnacyjnych oraz 8 portów doprowadzających rury, dreny, czujniki	TAK	
22.	Taca na kasetę RTG umożliwiającą jej zakładanie bez konieczności ruszania dziecka	TAK	
23.	Dopuszczalny poziom hałasu mniejszy niż 47 dB	TAK	
24.	Dwie szuflady na akcesoria	TAK	
25.	Alarmy wizualne i dźwiękowe w przypadku: a. Awarii przepływu b. Awarii zasilania c. Awarii czujnika d. Przekroczenia dozwolonej temperatury, wilgotności, stężenia tlenu e. Awarii układu	TAK	
26	Waga umożliwiająca ciągłą obserwację masy noworodka	TAK	
27	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	

28	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
29	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kozetka lekarska – 4 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 +40 ⁰	TAK	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Dł.x szer. ok. 1850 x 555mm	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						4	

.....
(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 – 10 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						10	

.....
(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 - 9 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						9	

.....
(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 - 1 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	TAK	
16.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
17.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
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						1	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ IV

Dodatek nr 4/17 do SIWZ

Załącznik nrdo oferty

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Lampa do fototerapii – 1 szt.**

L.p.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Źródło światła – 4 świetlówki o długości fal 420-480 nm	Tak	
2	Konstrukcja statywu z trzema stopniami swobody	Tak	
3	Obrotowa głowica lampy 0-90 stopni	Tak	
4	Regulowana wysokość minimum 115-150 cm	Tak	
5	Żywotność świetlówek około 1500 h	Tak	
6	Waga poniżej 13 kg	Tak	
7	Zużycie energii około 90W	Tak	
8	Statyw jezdny na 3 antystatycznych kołach w tym 2 z blokadą	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 do fototerapii						1	

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **łóżko dla matki – 9 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Łóżko z płyty meblowej w kolorze bukowym	Tak	
2.	Wymiar zewnętrzny łóżka 950x2050x670/500 mm	Tak	
3.	Łóżko wyposażone w trzy szuflady	Tak	
4.	Stelaż z drewna bukowego, z drewna brzoźowego, 28 listew, bez regulacji	Tak	
5.	Materac z wkładem sprężynowym (sprężyny woreczkowe)	Tak	
6.	Wkład materaca obłożony przekładką tapicerską i pianką poliuretanową	Tak	
7.	Materac w pokrowcu z materiału frotte, obustronnie pikowanego antyalergiczną watą 200 g/m2	Tak	
8.	Pokrowiec możliwy do zdjęcia i wyprania	Tak	
9.	Materac o wysokości 18 cm	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
łóżko dla matki						9	

.....
(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 dziecięce – 7 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wymiary około (długość x szerokość) 1500x880 mm	Tak, podać	
2.	Regulacja wysokości leża minimum 600-880 mm	Tak, podać	
3.	Wykonane ze stali pokrytej lakierem proszkowym	Tak	
4.	Segmenty leża wypełnione siatką metalową	Tak	
5.	Łóżko wyposażone w krążki odbojowe	Tak	
6.	Wyposażone w cztery kółka jezdne, z których dwa posiadają indywidualną blokadę jazdy i obrotu	Tak	
7.	Przechył leża do pozycji Trendelenburga realizowany przy pomocy rastrów	Tak	
8.	Możliwość uzyskania pozycji anty-Trendelenburga	Tak	
9.	Regulacja leża za pomocą sprężyn gazowych	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
Łóżko szpitalne dziecięce						7	

.....
(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 – 9 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° (± 5°)	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						9	

.....
(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.	Głębokość myjni (gabarytowo) max. 500 mm	tak	
5.	szerokość myjni (gabarytowo) max. 600 mm	tak	
6.	Podgrzewanie elektryczne	tak	
7.	Dezynfekcja termiczna	tak	
8.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	tak	
9.	Drzwi uchylne, otwierane do przodu	tak	
10.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi za pomocą pedału nożnego	tak	
11.	Możliwość automatycznego uchylania drzwi po zakończonym cyklu	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: 3 baseny lub 3 kaczki	tak	
17.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	tak	
18.	Minimum 5 programów mycia i dezynfekcji dostępnych bezpośrednio z panela sterującego	tak	
19.	Wskaźnik świetlny informujący o stanie zaawansowania procesu	tak	
20.	Możliwość modyfikacji programów myjących	tak	
21.	Możliwość mycia innego wyposażenia (m. in. butle ssaków, miski, wiadra, itp.)	tak	
22.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych (poj. 5 litrów) w myjni, min. 1 pojemnik	tak	
23.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	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
Myjnia dezynfektor						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	wymiary: ok.. 740 x 510 x 92 mm	Tak, podać	
2.	masa: ok. 13,5 kg	Tak, podać	
3.	klasa ochronności: I	Tak	
4.	ilość klatek: 2	Tak	
5.	wymiary ekranu: ok. 72 x 43 cm	Tak	
6.	regulacja luminancji:	Tak	
7.	luminancja ekranu: 4200 cd / m ² ±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						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Ogrzewacz noworodków – 2 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Szerokość ok.700mm	TAK	
2.	Wysokość regulowana w granicach ok. 1630-1930mm	TAK, podać	
3.	Głębokość bez podstawy ok. 560mm	TAK	
4.	Alarm zbyt wysokiej temperatury	TAK	
5.	Moc promiennika 700W	TAK	
6.	Klasa ochronności I	TAK	
7.	Regulacja mocy grzania od 0-700W 20 stopniowa ze skokiem 35W	TAK	
8.	Zegar Agar – sygnały co 1,3,5 min.	TAK	
9.	Tryb ograniczenia mocy po 15,30 min	TAK	
10.	Automatyczna pamięć nastawu mocy	TAK	
11.	Zakres pomiaru temperatury od 10-60 ⁰	TAK	
12.	Dokładność pomiaru temperatury +/- 3 ⁰ C	TAK	
13.	Odczyt temperatury z rozdzielczością +/- 0,1 ⁰ C	TAK	
14.	Czujnik temperatury półprzewodnikowy	TAK	
15.	Waga urządzenia ok.30kg	TAK	
16.	Regulacja kąta obrotu głowicy grzejnej +/- 90 ⁰	TAK	
17.	Średnica kółek ok. 60mm	TAK, podać	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
19.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
20.	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
Ogrzewacz noworodków						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Konstrukcja składająca się z rurek metalowych pokrytych lakierem proszkowym	Tak	
2.	Zasłona z tkaniny płóciennej	Tak	
3.	Wymiary około 1000x1660 mm	Tak, podać	
4.	Parawan na kółkach	Tak	
5.	Możliwość łączenia w szereg za pomocą zatrzasków	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
Parawan 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 : **Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej – 2 szt**

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Reflektor lekarski – 2 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						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 – 6 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						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 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 ±5%)	Tak	
7.	Wysokość 870 x 900mm (do ±5%)	Tak	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
9.	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
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 – 5 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	metalowy szkielet lakierowany proszkowo	Tak	
2.	tapicerowane leże	Tak	
3.	Wymiary około 700x900x870 mm	Tak, podać	
4.	wbudowana szafka,	Tak	
5.	wysuwana półka boczna z płyty meblowej	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 do pielęgnacji niemowląt						5	

.....
(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 – 3 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Korpus szafy wykonany z blachy malowanej proszkowo o grubości minimum 0,8 mm	Tak, podać	
2.	Drzwi szafy przeszklone	Tak	
3.	4 półki wykonane ze szkła, przestawne co 25 mm	Tak	
4.	Uchwyt drzwiowy z zanikiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	Kółka zamontowane do szafy, które umożliwiają łatwe przemieszczanie	Tak	
6.	wymiary szafy około: Wysokość: 1890 mm, Szerokość: 800 mm, Głębokość: 435 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 : **Szafka przyłóżkowa z blatem – 16 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. 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
Szafka przyłóżkowa z blatem						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 – 5 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: 460 do 560 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						5	

.....
(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 – 34 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 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
Taboret szpitalny						34	

.....
(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 – 2 szt**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	ważenie w jednostkach g, kg, oz, lb.	Tak	
2.	wyświetlacz LCD z podświetlaniem,	Tak	
3.	prosta obsługa - 3 klawisze,	Tak	
4.	funkcja TARY,	Tak	
5.	funkcja HOLD - zatrzymanie wyniku,	Tak	
6.	szalka niemowlęca 55x26cm + w komplecie 2 nakładki,	Tak	
7.	odczepiany wyświetlacz ułatwiający ważenie dużych przedmiotów,	Tak	
8.	zasilanie 4 x baterie R14,	Tak	
9.	zasilacz sieciowy w komplecie.	Tak	
10.	obciążenie maksymalne 25.00kg	Tak	
11.	dokładność odczytu 10g	Tak	
12.	wymiary szalki 550x260mm	Tak	
13.	masa wagi 3.00 kg	Tak	
14.	zasilanie 4x baterie R14 lub zasilacz sieciowy	Tak	
15.	automatyczne wyłączanie:	Tak	
16.	programowalne	Tak	
17.	typ wyświetlacza LCD z podświetlaniem	Tak	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
19.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
20.	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
Waga do ważenia niemowląt						2	

.....
(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 – 3 szt**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA		Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Pomiar do 200kg	TAK	
2	Dokładność pomiaru: 100g	TAK	
3	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4	Wypożona w kółka ułatwiające transport	TAK	
5	Nisko położona platforma	TAK	
6	Trwała konstrukcja	TAK	
7	Zasilanie sieciowe		
8	Zasilanie b ateryjne, Energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
9	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
10	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK	
11	Dokładność do 1 mm	TAK	
12	Ze skalą w cm	TAK	
13	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
14	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	
15	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

LP.	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.	Błat oraz czoła drzwiczek wózka wykonane z tworzywa ABS	TAK	
8.	Błat 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	TAK	

	- taca na narzędzia		
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 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 – 2 szt**

	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. 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 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 sprzątacza – 1szt**

	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 wanna – 2 szt**

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

FORMULARZ CENOWY

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Metalowy szkielet malowany proszkowo	Tak	
2.	2 szklane półki	Tak	
3.	Wymiary około 835x720x425mm	Tak, podać	
4.	Dwie miski osadzone w ruchomych uchwytach	Tak	
5.	4 koła 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						4	

.....
(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 – 4 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej 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 (dłxszerxgł) 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. 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. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	Min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

wyposażenie

Oddział Dziecięcy z Izbą Przyjęć

	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, - po lewej stronie jedna szafka (wnęka) podzielona, z miejscem na stację dysków i drukarkę (drukarka na górnej półce zamocowanej na prowadnicach), - wykonane z płyty laminowanej, - wykończone obrzeżem PCV, - uchwyty metalowe, - 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 min. 175 l - wyposażenie: szuflady, pojemniki , balkoniki na drzwiach	
3.	kanapa	- 3 -osobowa z bokami, - tapicerka z tkaniny, - wymiary: m D/S/W 1,73 x 0,88 x 0,89 (+/- 0,1m) - kolor: średni brąz	
4.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami, - regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
5.	Krzesło tapicerowane	- krzesło drewniane, - siedzisko z tapicerki tkaninowej odpornej na przecieranie, - szerokość siedziska 45 cm, maksymalna wysokość krzesła 90 cm, - oparcie drewniane niepełne prążkowane	
6.	kuchnia elektryczna	- wolnostojąca , płyta ceramiczna, - 4 pola grzejne, - klasa energetyczna min. A - kolor biały - wymiary : W/S/G 85 x 60 x 60 - grzanie górne i dolne - zegar elektroniczny - szuflada na naczynia - moc (W) - 9900	

		- moc płyty (W) - 7800 - moc piekarnika (W) – 2100	
7.	stolik-ława	- wymiary (m) : D/S/W 0,6 x 0,6 x 0,8 - płyta laminowana, - jedna noga satynowa - kolor: olcha	
8.	Szafa na dokumentację	- dwudrzwiowa z czterema półkami, - wykonana z płyty laminowanej, - wykończona obrzeżem PCV, - wyposażona w metalowe uchwyty oraz zamek bębnowy z dwoma kluczami, - wymiary: (m) SxGxW 0,900 x 0,385 x 1,900 - kolor: olcha	
9.	Szafa ubraniowa 1-drzwiowa	-wykonana z płyty laminowanej, -wykończona obrzeżem PCV, - uchwyt metalowe, - z półką na nakrycia głowy i drążkiem na wieszaki, -wyposażona w zamek cylindryczny z dwoma kluczami, -wymiary S/G/W m 0,600 x 0,385 x 1,833 - kolor: olcha	
10.	Szafki na dokumentację	- wykonana z płyty laminowanej, - 3 szuflady - dostosowana do skoroszytów w formacie A4 - wyposażona w specjalny zamek umożliwiający wysunięcie tylko jednej szuflady na raz - wymiary m S/G/W 0,41 x 0,63 x 1,03 - kolor: olcha	
11.	Szafki na ubrania czyste i brudne	- wykonane z blachy stalowej, - każda skrytka zamykana kluczem, - dwudrzwiowa, - z kratkami wentylacyjnymi - wymiary m: wys. 1,8 x szer. m 0,6 x gł. 0,5	
12.	Wózek do przewożenia potraw	metalowy szkielet pokryty lakierem proszkowym, wyposażony w cztery kółka jezdne (w tym dwa z blokadą), dwupoziomowy, wymiary m DxSxW 1,2 x 0,46 x 1,2 (+/- 0,1m)	
13.	Zmywarka	- wymiary: (m) SxWxG 0,6 x 0,82 x 0,57 - panel sterujący - zewnętrzny (odkryty) - kolor : inox - klasa energetyczna min. 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						6	
chłodziarka						2	

kanapa						3	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						12	
Krzesło tapicerowane						4	
kuchnia elektryczna						1	
stolik-ława						5	
szafa na dokumentację						5	
szafa ubraniowa 1-drzwiowa						2	
szafki na dokumentację						6	
szafki na ubrania czyste i brudne						8	
wózek do przewożenia potraw						1	
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 – 7 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)						7	
kserokopiarka						1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją	Tak	
2.	Sygnał 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
3.	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
4.	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych oraz zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
5.	Czułość 2.5, 5, 10, 20 mm/mV	Tak	
6.	Wyświetlacz LCD do prezentacji graficznej przebiegów EKG z odwzorowaniem bieżących ustawień w formie cyfrowo-literowej	Tak	
7.	Ekran min 5 cali z rozdzielczością min. 320 x 240	Tak, podać	
8.	Klawiatura alfanumeryczna oraz przyciski funkcyjne	Tak, podać	
9.	Wybór 2 szerokości papieru 210mm oraz 216mm. Wybór 2 rodzajów papieru - rolka lub składanka „Z-fold”.	Tak, podać	
10.	Liniowa głowica termiczna	Tak	
11.	Prędkość zapisu 5; 10; 12, 5; 25; 50 mm/sek.	Tak	
12.	Możliwość podłączenia do komputera i obserwacja w czasie rzeczywistym wszystkich 12 odprowadzeń EKG. Możliwość wykonywania pomiarów.	Tak	
13.	Porty komunikacji - Ethernet, RS232, USB	Tak	
14.	Automatyczna detekcja stymulatora serca	Tak	
15.	Zapis min. 100 badań do pamięci urządzenia	Tak	
16.	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Akumulator wystarczający na 100 wydruków (badań).	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
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: **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 0 ⁰ do + 40 ⁰	TAK	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Dł.xszer. ok. 1850x555mm	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						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 – 2 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						2	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ V
Dodatek nr 5/4 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

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		
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 przejezdna - 1 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						1	

.....
(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 – 19 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	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 ^o (± 5 ^o)	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						19	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Rok produkcji nie wcześniej niż 2009	tak	
2.	Sterowanie mikroprocesorowe	tak	
3.	Wyświetlacz z komunikatami tekstowymi	tak	
4.	Model wiszący na ścianie	tak	
5.	Głębokość myjni (gabarytowo) max. 500 mm	tak	
6.	szerokość myjni (gabarytowo) max. 600 mm	tak	
7.	Podgrzewanie elektryczne	tak	
8.	Dezynfekcja termiczna	tak	
9.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	tak	
10.	Drzwi uchylne, otwierane do przodu	tak	
11.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi za pomocą pedału nożnego	tak	
12.	Możliwość automatycznego uchylania drzwi po zakończonym cyklu	tak	
13.	Automatyczne dozowanie detergentu	tak	
14.	Kontrola poziomu środka chemicznego w pojemniku	tak	
15.	Obudowa ze stali nierdzewnej	tak	
16.	Wbudowany kondensator oparów	tak	
17.	Minimalny załadunek komory: 3 baseny lub 3 kaczki	tak	
18.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	tak	
19.	Minimum 5 programów mycia i dezynfekcji dostępnych bezpośrednio z panelu sterującego	tak	
20.	Wskaźnik świetlny informujący o stanie zaawansowania procesu	tak	
21.	Możliwość modyfikacji programów myjących	tak	
22.	Możliwość mycia innego wyposażenia (m. in. (butle ssaków, miski, wiadra, itp.)	tak	
23.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych (poj. 5 litrów) w myjni, min. 1 pojemnik	tak	
24.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	tak	
25.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
26.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
27.	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 – 1 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 ochrony: 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 / m ² ±25%	Tak	
8.	pobór mocy: 295 VA	Tak	
9.	napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podstawa i tubus lakierowana proszkowo	TAK	
2	Statyw na płyny infuzyjne chromowane	TAK	
3	Wysokość od ok. 1400 do ok. 2270mm	TAK	
4	Średnica podstawy ok. 550mm	TAK	
5	5 kółek jezdnych	TAK, podać	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół 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.	Korpus szafy wykonany z blachy malowanej proszkowo o grubości minimum 0,8 mm	Tak, podać	
2.	Drzwi szafy przeszkłone	Tak	
3.	4 półki wykonane ze szkła, przestawne co 25 mm	Tak	
4.	Uchwyt drzwiowy z zanikiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	Kółka zamontowane do szafy, które umożliwiają łatwe przemieszczanie	Tak	
6.	wymiary szafy około: Wysokość: 1890 mm, Szerokość: 800 mm, Głębokość: 435 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 przyłóżkowa z blatem – 19 szt.**

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Szafka przyłóżkowa z blatem						19	

.....
(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 – 5 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETRY WYMAGANE	PARAMETRY OFEROWANE
1	Średnica siedziska: 370 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości: 460 do 560 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						5	

.....
(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 – 38 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						38	

.....
(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	Pomiar do 200kg	TAK	
2	Dokładność pomiaru: 100g	TAK	
3	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4	Wyposażona w kółka ułatwiające transport	TAK	
5	Nisko położona platforma	TAK	
6	Trwała konstrukcja	TAK	
7	Zasilanie sieciowe	TAK	
8	Zasilanie b. ateryjne, Energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
9	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
10	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK	
11	Dokładność do 1 mm	TAK	
12	Ze skalą w cm	TAK	
13	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
14	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

LP.	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. 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 jezdny siedzący						3	

.....
(miejscowość i data)

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

CZĘŚĆ V
Dodatek nr 5/17 do SIWZ
Załącznik nrdo oferty

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 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 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 – 3 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Metalowy szkielet malowany proszkowo	TAK,	
2	2 szklane półki	TAK,	
3	Wymiary około 835x720x425mm	TAK, podać	
4	Dwie miski osadzone w ruchomych uchwytach	TAK	
5	4 koła 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						3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej 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. 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. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw UGUL z wyposażeniem – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Kabina do ćwiczeń i zawiesz	TAK	
2.	kabina do ćwiczeń i zawiesz typu UGUL wym. ok. 2 x 2 x 2 m	TAK	
3	poła kabiny wypełnione siatką z pręta o przekroju min. 6 mm	TAK	
4.	kabina malowana lakierem piecowym w kolorze białym	TAK	
5.	Stół rehabilitacyjny	TAK	
6.	elektryczna regulacja wysokości sterowana pilotem ręcznym w zakresie 500 – 1 000 mm +/- 10%	Tak	
7.	konstrukcja krzyżakowa, malowana lakierem piecowym w kolorze białym, przekrój ram nośnych min. 50 x 30 cm	TAK	
8.	leżysko 2-segmentowe, pokryte materiałem zmywalnym odpornym na pot i ślinę. wymiary leżyska: 1 900 x 630 mm +/- 10%	TAK	
9.	4 koła jezdne ułatwiające przemieszczanie stołu, w pozycji roboczej blokada kół jezdnych	TAK	
10	zagłówek regulowany w zakresie -60 do 60 stopni +/- 10%	TAK	
11	regulacja zagłówka mechaniczna, wspomagana sprężyną gazową	TAK	
12	Osprzet do ćwiczeń i zawiesz	TAK	
13	Ciężarek miękki 0,5 kg - 2 szt.	TAK	
14	Ciężarek miękki 1,0 kg - 2 szt.	TAK	
15	Ciężarek miękki 1,5 kg - 2 szt.	TAK	
16	Ciężarek miękki 2,0 kg - 2 szt.	Tak	
17	Ciężarek miękki 2,5 kg - 2 szt.	TAK	
18	Ciężarek miękki 3,0 kg - 1 szt.	TAK	
19	Ciężarek miękki 4,0 kg – 1 szt.	TAK	

20	Esik metalowy – 60 szt.	TAK	
21	Kamaszek skórzany do wyciągu – 2 szt.	TAK	
22	Linka do podwieszeń i ćwiczeń w obciążeniu dł. 960 mm – 6 szt.	TAK	
23	Linka do podwieszeń i ćwiczeń w obciążeniu dł. 1600 mm – 14 szt.	TAK	
24	Linka do podwieszeń i ćwiczeń z obciążeniem dł. 3750 mm – 3 szt.	TAK	
25	Linka do ćwiczeń samowspomaganych dł. 2450 mm – 1 szt.	Tak	
26	Linka do ćwiczeń samowspomaganych z obciążeniem dł. 5720 mm – 1 szt.	TAK	
27	Pas do wyciągu za miednice z tkaniny – 1 szt.	TAK	
28	Podwieszka dwustawowa ze skóry – 4 szt.	TAK	
29	Podwieszka klatki piersiowej – 1 szt.	TAK	
30	Podwieszka pod głowę – 1 szt.	TAK	
31	Podwieszka pod miednicę – 2 szt.	Tak	
32	Podwieszka przedramion i podudzi – 6 szt.	TAK	
33	Podwieszka stóp – 4 szt.	TAK	
34	Podwieszka ud i ramion – 6 szt.	TAK	
35	Pas do stabilizacji odcinka lędźwiowego kręgosłupa – 1 szt.	TAK	
36	Pas do stabilizacji klatki piersiowej – 1 szt.	TAK	
37	Pas do stabilizacji podudzi – 2 szt.	TAK	
38	Pas do stabilizacji ramienia – 2 szt.	Tak	
39	Pas do stabilizacji ud – 1 szt.	TAK	
40	Opaska skórzana na przedramię – 1 szt.	TAK	
41	Opaska skórzana na udo – 1 szt.	TAK	
42	Pętla Glissona z orczykiem – 1 szt.	TAK	
43	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
44	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
45	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.

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

Opis przedmiotu zamówienia

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

WYPOSAŻENIE

Oddział Reumatologii

	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, - po lewej stronie jedna szafka (wnęka) podzielona, - z miejscem na stację dysków i drukarkę (drukarka na górnej półce zamocowanej na prowadnicach), - wykonane z płyty laminowanej, - wykończone obrzeżem PCV, - uchwyty metalowe, - 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 min. 175 l - wyposażenie: szuflady, pojemniki , balkoniki na drzwiach	
3.	kanapa	- 3 -osobowa z bokami, - tapicerka z tkaniny, - wymiary: m D/S/W 1,73 x 0,88 x 0,89 (+/-0,1m) - kolor: średni brąz	
4.	krzesło obrotowe z oparciem na ręce	- krzesło z oparciem i podłokietnikami, - regulowane oparcie i siedzisko, - tapicerka materiałowa odporna na przecieranie, - kolor czarny	
5.	Krzesło tapicerowane	- krzesło drewniane, - siedzisko z tapicerki tkaninowej odpornej na przecieranie, - szerokość siedziska 45 cm, maksymalna wysokość krzesła 90 cm, - oparcie drewniane niepełne prążkowane	
6.	kuchnia elektryczna	- wolnostojąca , płyta ceramiczna, - 4 pola grzejne, - klasa energetyczna min. A - kolor biały - wymiary : W/S/G 85 x 60 x 60 - grzanie górne i dolne - zegar elektroniczny - szuflada na naczynia - moc (W) - 9900 - moc płyty (W) - 7800 - moc piekarnika (W) – 2100	

7.	stolik-ława	- wymiary (m) : D/S/W 0,6 x 0,6 x 0,8 - płyta laminowana, - jedna noga satynowa - kolor: olcha	
8.	Szafa na dokumentację	- dwudrzwiowa z czterema półkami, - wykonana z płyty laminowanej, - wykończona obrzeżem PCV, - wyposażona w metalowe uchwyty oraz zamek bębnowy z dwoma kluczami, - wymiary: (m) SxGxW 0,900 x 0,385 x 1,900 - kolor: olcha	
9.	Szafa ubraniowa 2-drzwiowa	- wykonana z płyty laminowanej, - wykończona obrzeżem PCV, - uchwyt metalowe, - z półką na nakrycia głowy i drążkiem na wieszaki, - wyposażona w zamek cylindryczny z dwoma kluczami, - wymiary S/G/W m 1,200 x 0,385 x 1,833 - kolor: olcha	
10.	Wózek do przewożenia potraw	metalowy szkielet pokryty lakierem proszkowym, wyposażony w cztery kółka jezdne (w tym dwa z blokadą), dwupoziomowy, wymiary m DxSxW 1,2 x 0,46 x 1,2 (+/- 0,1m)	
11.	Zmywarka	- wymiary: (m) SxWxG 0,6 x 0,82 x 0,57 - panel sterujący - zewnętrzny (odkryty) - kolor : inox - klasa energetyczna min. 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						5	
chłodziarka						2	
kanapa						1	
Krzesło obrotowe z oparciem na ręce						6	
Krzesło tapicerowane						10	
kuchnia elektryczna						1	
stolik-ława						3	
szafa na dokumentację						6	
szafa ubraniowa 2-drzwiowa						2	

wózek do przewożenia potraw						1	
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 : **Aparat EKG - szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Aparat EKG 12-kanalowy z analizą i interpretacją	Tak	
2.	Sygnał 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
3.	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
4.	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych oraz zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
5.	Czułość 2.5, 5, 10, 20 mm/mV	Tak	
6.	Wyświetlacz LCD do prezentacji graficznej przebiegów EKG z odwzorowaniem bieżących ustawień w formie cyfrowo-literowej	Tak, podać	
7.	Ekran min 5 cali z rozdzielczością min. 320 x 240	Tak, podać	
8.	Klawiatura alfanumeryczna oraz przyciski funkcyjne	Tak, podać	
9.	Wybór 2 szerokości papieru 210mm oraz 216mm. Wybór 2 rodzajów papieru - rolka lub składanka „Z-fold”.	Tak, podać	
10.	Liniowa głowica termiczna	Tak	
11.	Prędkość zapisu 5; 10; 12; 5; 25; 50 mm/sek.	Tak	
12.	Możliwość podłączenia do komputera i obserwacja w czasie rzeczywistym wszystkich 12 odprowadzeń EKG. Możliwość wykonywania pomiarów.	Tak	
13.	Porty komunikacji - Ethernet, RS232, USB	Tak	
14.	Automatyczna detekcja stymulatora serca	Tak	
15.	Zapis min. 100 badań do pamięci urządzenia	Tak	
16.	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Akumulator wystarczający na 100 wydruków (badań).	Tak	
17.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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
Aparat EKG						2	

.....
(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 przewoźny – szt. 1**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją	Tak	
2	Sygnał 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
3	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
4	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych oraz zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
5	Czułość 2.5, 5, 10, 20 mm/mV	Tak	
6	Wyświetlacz LCD do prezentacji graficznej przebiegów EKG z odwzorowaniem bieżących ustawień w formie cyfrowo-literowej	Tak	
7	Ekran min 5 cali z rozdzielczością min. 320 x 240	Tak	
8	Klawiatura alfanumeryczna oraz przyciski funkcyjne	Tak	
9	Wybór 2 szerokości papieru 210mm oraz 216mm. Wybór 2 rodzajów papieru - rolka lub składanka „Z-fold”.	Tak	
10	Liniowa głowica termiczna	Tak	
11	Prędkość zapisu 5; 10; 12, 5; 25; 50 mm/sek.	Tak	
12	Możliwość podłączenia do komputera i obserwacja w czasie rzeczywistym wszystkich 12 odprowadzeń EKG. Możliwość wykonywania pomiarów.	Tak	
13	Porty komunikacji - Ethernet, RS232, USB	Tak	
14	Automatyczna detekcja stymulatora serca	Tak	
15	Zapis min. 100 badań do pamięci urządzenia	Tak	
16	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Akumulator wystarczający na 100 wydruków (badań).	Tak	
17	Wózek pod EKG		
18	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
19	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
20	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 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 : **Defibrylator z podglądem EKG – szt. 2**

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

22	Wzmocnienie sygnału EKG	Tak	
23	Automatyczna kompensacja parametrów (parametrów łożek 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 przezskórna 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			
33	Urządzenie do ładowania i rekondycjonowania akumulatorów. Czas ładowania od 0 do 100% do 1,5 h	Tak podać	
34	EKG 12-to odprowadzeniowe	Tak	
35	Łóżki dla dorosłych	Tak	
36	Kabel EKG oraz kabel do stymulacji/defibrylacji	Tak	
37	Jednorazowe elektrody do stymulacji dla dorosłych - para	Tak	
38	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	
39	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak	
40	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
41	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
42	Uruchomienie urządzenia	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

	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.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
8.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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						4	

.....
(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 – szt. 8**

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

ALARMY I OSTRZEŻENIA			
27.	Pompa posiada system alarmów i ostrzeżeń akustyczno-optyczny	Tak	
28.	Alarm „powietrze w linii”	Tak	
29.	Alarm otwarte drzwiczki pompy	Tak	
30.	Rozróżniane alarmy okluzji: - drożności drenu między pojemnikiem z płynem infuzyjnym a pompą, - okluzji pomiędzy pompą a pacjentem	Tak	
31.	Alarm „mechanizm napędowy niesprawny”	Tak	
32.	Ostrzeżenie nieuruchomiona infuzja	Tak	
33.	Alarm braku zasilania z sieci	Tak	
34.	Alarm rozładowanego akumulatora	Tak	
35.	Alarm akumulatora bliskiego rozładowania	Tak	
36.	Alarm niewłaściwego zamocowania zestawu do przetoczeń i użycia niewłaściwego zestawu	Tak	
37.	Rejestr zdarzeń min. 1000 zdarzeń	Tak	
38.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
39.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
40.	Uruchomienie urządzenia	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(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 – szt. 8**

	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.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
14.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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						8	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Pulsoksymetr – szt. 4**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Aparat przenośny, poniżej 700 gram wraz z akumulatorem	TAK	
2.	Zasilanie sieciowe 230V AC 50/60 Hz lub 12V DC	TAK	
3.	Zasilanie (awaryjne) - wbudowany akumulator na min.2 godziny	TAK	
4.	Pomiar saturacji w zakresie min. 0-100%	TAK	
5.	Pomiar tętna w zakresie min. 15-300 bpm	TAK	
6.	Wyświetlacz LCD monochromatyczny lub kolorowy	TAK	
7.	Selektywne włączane/wyłączane alarmy dla wszystkich parametrów	Podać	
	Ustawianie granic alarmów wszystkich parametrów		
8.	Wyciszenie alarmów na min 2 min.	TAK	
9.	Stopniowanie głośności alarmów oraz pulsu	TAK	
10.	Możliwość wyboru ustawień dla : dorosły/dziecko/norowodek	TAK	
11.	Parametry wyświetlane	TAK	
12.	Częstość pulsu	TAK	
	Procentowy pomiar SPO2		
13.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej	TAK	
14.	Wartość pulsu	TAK	
15.	Wartość siły pulsu		
16.	Wskaźnik stanu pracy - sieć, akumulator	TAK	
17.	Sygnalizacja odłączenia czujnika saturacji	TAK	
18.	Wyświetlanie aktualnego trybu pacjenta (dorosły/dziecko/norowodek)	TAK	
19.	Trendy graficzne min. 48godz. i tabelaryczne z min. 20 dni.	TAK	
20.	Graficzny wskaźnik rozładowania baterii	TAK	
21.	Aktualny czas	TAK	
	Pozostałe parametry		
22.	Port RS232	TAK	
	Na wyposażeniu czujnik pulsoksymetru na palec		
23.	Możliwość instalacji urządzenia w pionie lub w poziomie i odpowiedniego dostosowania wyświetlania parametrów.	TAK	
24.	System eliminacji wpływu efektów ruchowych oraz możliwość pomiaru przy niskiej perfuzji	TAK	
25.	Modulacja tonu pulsu w zależności od zmierzonej wartości SpO2	TAK	
26.	Możliwość podłączenia do drukarki	TAK	
27.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
28.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
29.	Uruchomienie urządzenia	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(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 – szt. 4**

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(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 – szt. 2**

	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	Wypozażone 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						2	

.....
(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. 5**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Podstawa kozetki z kształowników stalowych malowanych proszkowo	TAK	
2	Leże tapicerowane gąbką i skajem bezszwowe	TAK	
3	Regulowany kąt nachylenia nagłówka w zakresie od 0° do +40°	TAK	
4	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Dł.x szer. ok. 1850x555mm	TAK, podać	
6	Wysokość ok. 550mm	TAK, podać	
7	Okres gwarancji	Min 12 miesięcy	
8	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Kozetka lekarska						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 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 100μ 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	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
15	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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 – szt. 2**

	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.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
16.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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						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 – 60 szt**

LP.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	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.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Łóżko szpitalne metalowe z materacem						60	

.....
(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 – szt. 2**

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.	Głębokość myjni (gabarytowo) max. 500 mm	tak	
5.	szerokość myjni (gabarytowo) max. 600 mm	tak	
6.	Podgrzewanie elektryczne	tak	
7.	Dezynfekcja termiczna	tak	
8.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	tak	
9.	Drzwi uchylne, otwierane do przodu	tak	
10.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi za pomocą pedału nożnego	tak	
11.	Możliwość automatycznego uchylania drzwi po zakończonym cyklu	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: 3 baseny lub 3 kaczki	tak	
17.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	tak	
18.	Minimum 5 programów mycia i dezynfekcji dostępnych bezpośrednio z panela sterującego	tak	
19.	Wskaźnik świetlny informujący o stanie zaawansowania procesu	tak	
20.	Możliwość modyfikacji programów myjących	tak	
21.	Możliwość mycia innego wyposażenia (m. in. (butle ssaków, miski, wiadra, itp.)	tak	
22.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych (poj. 5 litrów) w myjni, min. 1 pojemnik	tak	
23.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	tak	
24.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
25.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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
Myjnia - dezynfektor						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 ochrony: 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.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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 : **Podgrzewacz płynów infuzyjnych – szt. 2**

	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 uchwyty do stojaków kroplówek o różnych średnicach	TAK	
5.	System zapewniający „suche grzanie” - bez udziału wody	TAK	
6.	Wyświetlacz temperatury	TAK	
7.	Urządzenie do mocowania na stojaku	TAK	
8.	Urządzenie o wymiarach (wys x szer x gł): ok. 120 x 145 x 280 mm.	TAK, podać	
9.	Masa urządzenia ≤ 4.0 kg	TAK, podać	
10.	Zasilanie 230V±10%~(AC) 50Hz	TAK	
11.	Test alarmu temperatury wykonywany na żądanie użytkownika	TAK	
12.	Alarmy dźwiękowy i wizualny zbyt wysokiej temperatury(powyżej 390C. – Zamawiający dopuścił urządzenie z alarmem dźwiękowym i wizualnym zbyt wysokiej temperatury powyżej 44,4°C.	TAK	
13.	Możliwość wyciszenia alarmu	TAK	
14.	Zapewnianie przepływu do 160 ml/min	TAK	
15.	Temperatura pracy 30-380C	TAK	
16.	Automatyczne wyłączenie grzałki urządzenia, gdy temperatura wyniesie 41°C – Zamawiający dopuści urządzenie automatycznie wyłączające grzałkę urządzenia, gdy temperatura przekroczy 44,4°C.	TAK	
17.	Okres gwarancji	Min 24 miesiące	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
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
Pogrzewacz 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 – szt. 3**

	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.	Okres gwarancji	Min 12 miesięcy	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	

FORMULARZ CENOWY

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

	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	

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 : **Stół zabiegowy uniwersalny z oprzyrządowaniem – szt. 2**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
2.	Zmiana wysokości leża nożną pompą hydrauliczną	TAK	
3.	Przechyły Trendelenburga i antytrendelenburga oraz unoszenia placów wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
4.	Długość x szerokość ok. 1950x650mm	TAK	
5.	Regulacja wysokości leża od ok. 570 do ok. 870 mm	TAK	
6.	Pozycja Trendelenburga 20 ⁰	TAK, podać	
7.	Pozycja antytrendelenburga 10 ⁰	TAK, Podać	
8.	Kąt unoszenia placów 70 ⁰	TAK, Podać	
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
Stół zabiegowy uniwersalny z oprzyrządowaniem						2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół ze zlewem jednokomorowym – szt. 2**

	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						2	

.....
(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. 5**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Korpus szafy wykonany z blachy malowanej proszkowo o grubości minimum 0,8 mm	Tak, podać	
2	Drzwi szafy przeszklone	Tak	
3	4 półki wykonane ze szkła, przestawne co 25 mm	Tak	
4	Uchwyt drzwiowy z zanikiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach	Tak	
5	Kółka zamontowane do szafy, które umożliwiają łatwe przemieszczanie	Tak	
6	wymiary szafy około: Wysokość: 1890 mm, Szerokość: 800 mm, Głębokość: 435 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						5	

.....
(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. 60**

	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.x szer. blatu stałego 460x450mm	Tak, podać	
5.	Dł.x szer. 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						60	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Szafka na ubrania czyste i brudne – szt. 2**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	wymiary 1900 x 840 x 500	tak	
2.	waga 78 kg	tak	
3.	Wykonana z blachy stalowej gr. 0,8	tak	
4.	Rama drzwi, w której osadzone są drzwiczki skrytek wykonana z blachy gr. 2,0 mm..	tak	
5.	W części czystej 11 skrytek umieszczone jedna nad drugą po jednej stronie szafy	tak	
6.	Każda z 11 skrytek zamykana niezależnym kluczem	tak	
7.	Otwarcie wszystkich skrytek umożliwia w/w rama z centralnie zamontowanym zamkiem.	tak	
8.	W części brudnej centralnie ryglowane drzwi, nad którymi jest skośna wrzutnia brudnej odzieży do zawieszanego wewnątrz worka.	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
Szafka na ubrania czyste i brudne						2	

.....
(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. 10**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Średnica siedziska: 370 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości: 460 do 560 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						10	

.....
(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 – szt. 121**

	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						121	

.....
(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. 2**

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Pomiar do 200kg	TAK	
2	Dokładność pomiaru: 100g	TAK	
3	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4	Wypożona w kółka ułatwiające transport	TAK	
5	Nisko położona platforma	TAK	
6	Trwała konstrukcja	TAK	
7	Zasilanie sieciowe	TAK	
8	Zasilanie b ateryjne, Energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
9	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
10	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK	
11	Dokładność do 1 mm	TAK	
12	Ze skalą w cm	TAK	
13	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
14	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Waga 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 : **Wózek do przewożenia zwłok – szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Metalowy szkielet lakierowany	Tak, podać	
2	Regulacja wysokości wózka- mechanizmem śrubowym	Tak	
3	Zdejmowane leże służące jako nosze	Tak, podać	
4	4 kółka jezdne w tym 2 z blokadą	Tak, podać	
5	Długość:1970-2.000 mm	Tak	
6	Szerokość: 695-750 mm	Tak	
7	Wysokość: 610-840 mm	Tak	
8	Pokrywa o metalowej konstrukcji i pokryciu tworzywowym	Tak	
1.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
2.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

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

LP.	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	
6	Maksymalne obciążenie ok. 100 kg	TAK	
7	Szerokość siedziska ok. 46 cm.	TAK	
8	Szerokość wózka ok. 66 cm	TAK	
9	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	
10	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	tak	

FORMULARZ CENOWY

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

	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 na narzędzia – szt.1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	metalowy szkielet lakierowany proszkowo	TAK	
2	blat nierdzewny z regulacją wysokości	TAK	
3	3 kółka jezdne	TAK	
4	Wymiary blatu około 500x750 mm	TAK	
5	Wysokość regulowana w zakresie minimum 900-1350 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 – wanna – 1 szt**

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

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Metalowy szkielet malowany proszkowo	TAK, podać	
2	2 szklane półki	TAK,	
3	Wymiary około 835x720x425mm	TAK	
4	Dwie miski osadzone w ruchomych uchwytach	TAK	
5	4 koła 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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw mebli metalowych ze zlewem jednokomorowym – szt. 4**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej 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. 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. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

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

.....
(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 – 7 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)						7	
kserokopiarka						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 III)

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”)
- VI. **Część VI 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 IV zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....

(słownie:.....)

E) dla CZĘŚCI V zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:,

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

F) dla CZĘŚCI VI 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 11 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 12 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)**
- f) dla Części VI 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 8A 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 III)

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 8B 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 III)

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 8C 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 III)

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 8D 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 III)

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 8E 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 III)

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 III)

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 III)**

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 10 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 III)**” 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 oraz podpisaną dnia 05 czerwca 2009 r. umową o dofinansowanie projektu nr UDA-RPLD-05-01-00-00-001/09-00 w ramach RPOWŁ 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, VI 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);
- 6) dla **Części VI 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, *liczonej oddzielnie od tej Części*

zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy, 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

.....

.....

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.