



Oznaczenie sprawy: WP.341.28/03/2010

Zamawiający:

POWIAT RADOMSZAŃSKI
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 II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział
Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny,
Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)**

ZATWIERDZIŁ:

W imieniu Zamawiającego

Wicestarosta

/-/

Bożena Nowacka

.....
(podpis)



na zadanie pn.: Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

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 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze), 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. 1964 r.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 II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny) wraz z dostawą i montażem o właściwościach zgodnych ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w dodatku nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 do SIWZ.
- 3.2. Przedmiot zamówienia jest częścią Indywidualnego projektu kluczowego wyłonionego do dofinansowania w związku z wnioskiem WND-RPLD-05-01-00-00-001/09 o dofinansowanie projektu w ramach Działania V.1 Infrastruktura ochrony zdrowia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013.
- 3.3. Przedmiot zamówienia został podzielony na 18 (osiemnaście) niezależnych od siebie Części, które obejmują:

3.3.1. Część I – Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej

1. Aparat USG z kolorowym Dopplerem – szt.1



na zadanie pn.: Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

3.3.2. Część II – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym – szt.4
2. Monitor głębokości znieczulenia – szt.1
3. Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym – szt.1
4. Monitor zwiotczenia mięśniowego – szt.1
5. Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym – szt.1
6. Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym przewoźny – szt.1
7. Stymulator nerwów obwodowych – szt.1

3.3.3. Część III – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Respirator – szt.6
2. Respirator transportowy – szt.1
3. Respirator noworodkowy – szt.1
4. Respirator z funkcją nCPAP – szt.1

3.3.4. Część IV – Oddział Intensywnej Terapii

1. Respirator – szt.7
2. Respirator transportowy – szt.1

3.3.5. Część V – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Diatermia chirurgiczna – szt.2
2. Diatermia chirurgiczna – szt.1
3. Diatermia chirurgiczna – szt.1

3.3.6. Część VI – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

- 1a) Endoskop intubacyjny – szt.3
- 1b) Endoskop intubacyjny – szt.1
2. Laryngoskop fibroskopowy do trudnej intubacji – szt.1
3. Laryngoskop fibroskopowy do trudnej intubacji – szt.1
4. Aparat do szybkich przetoczeń – szt.8

3.3.7. Część VII – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Zestaw monitorujący dla 8-stanowisk z monitorem centralnym – szt.1
+ elementy zestawu monitorującego dla 8 stanowisk z monitorem centralnym;
2. Zestaw monitorujący dla 4-stanowisk z monitorem centralnym – szt.1



na zadanie pn.: Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

-
- + elementy zestawu monitorującego dla 4 stanowisk;
 - 3. Zestaw monitorujący dla 2-stanowisk z monitorem centralnym – szt.1
+ elementy zestawu monitorującego dla 2 stanowisk;
 - 4. Zestaw monitorujący dla 1-stanowiska z monitorem centralnym – szt.1
+ elementy zestawu monitorującego dla 1 stanowiska;
 - 5. Zestaw do monitorowania noworodka z komputerem centralnym (na stanowisku pielęgniarki) – szt.2

3.3.8. Część VIII – Oddział Intensywnej Terapii

- 1. Analizator parametrów krytycznych – szt.1
- 2. Aparat do hemodializy – szt.1

3.3.9. Część IX – Oddział Intensywnej Terapii

- 1. Aparat RTG przenośny – szt.1

3.3.10. Część X – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

- 1. Lampa operacyjna 3+5 projektorowa z kamerą i torem wizyjnym – szt.2
- 2. Lampa bezcieniowa przejezdna – szt. 12
- 3. Lampa operacyjna 3+5 projektorowa – szt.3

3.3.11. Część XI – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

- 1. Myjnia –dezynfektor, przelotowa elektrycznie ogrzewana z programami suszenia, dwudrzwiowa – szt.1
- 2. Myjnia dezynfektor – szt.2
- 3. Myjnia – dezynfektor – szt.3

3.3.12. Część XII – Centralny Blok Operacyjny

- 1. Dozownik taśmy sterylizacyjnej wskaźnikowej i maskującej – szt.1
- 2. Sterylizator parowy, szybkościowy, podręczny z możliwością sterylizacji sprzętu laparoskopowego – szt.1
- 3. Wózek wsadowy do sterylizatora parowego – szt.1
- 4. Obcinarka jednopoziomowa – szt.1
- 5. Pistolet do mycia ręcznego i przedmuchiwania sprężonym powietrzem – szt.1

na zadanie pn.: Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

3.3.13. Część XIII – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Stół operacyjny elektrohydrauliczny mobilny – szt.2
2. Stół operacyjny elektrohydrauliczny mobilny z przystawką ginekologiczną – szt.1
3. Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem – szt.1
4. Stół operacyjny ginekologiczny – szt.1
5. Fotel ginekologiczny – szt.3
6. Fotel porodowy – szt.1

3.3.14. Część XIV – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Pompa perystaltyczna infuzyjna do żywienia – szt.3
2. Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa – szt.12
3. Pompa infuzyjna strzykawkowa – szt.14
4. Ssak elektryczny – szt.13
5. Podgrzewacz płynów infuzyjnych – szt.8

3.3.15. Część XV – Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Detektor tętna płodu – szt.1
2. Kardiotokograf – szt.6
3. Kardiotokograf do ciąży bliźniaczej – szt.1
4. Urządzenie do badania słuchu dla noworodków – szt.1
5. Lampa do fototerapii – szt.3
6. Ogrzewacz noworodków – szt.9
7. Ogrzewacz noworodków jezdny – szt.1

3.3.16. Część XVI – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Mata ślizgowa do przenoszenia pacjenta – szt.3
2. Stojak do wlewów i kroplówek – szt.28
3. Wózek na narzędzia – szt.8
4. Wózek jezdny siedzący – szt.2
5. Wózek wanna – szt.4
6. Wózek zabiegowy – szt.24
7. Biuro lekarskie – szt.11
8. Krzesło chirurgiczne – szt.10
9. Krzesło obrotowe (łatwozmywalne) – szt.2
10. Podest chirurgiczny dwustopniowy – szt.8
11. Podest chirurgiczny jednostopniowy – szt.9
12. Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej – szt.17

13. Pojemnik na odpadki w odpowiednich kolorach – szt.6
14. Regał metalowy – szt.13
15. Regał na pakiety operacyjne – szt.8
16. Stół do kontroli i pakietowania pojedynczy z szufladą, nadstawką oraz zespołem gniazd do lampy, zgrzewarki itp. – szt.1
17. Stół roboczy do pracy na stojąco z półką pod blatem wykonany ze stali kwasoodpornej – szt.2
18. Stół ze zlewem 2-komorowym – szt.2
19. Szafka do zmiany obuwia – szt.4
20. Szafka szatniowa – szt.20
21. Taboret chirurgiczny – szt.2
22. Wózek anestezjologiczno-zabiegowy – szt.12
23. Wózek do materiałów sterylnych – szt.2
24. Wózek do przewożenia arkuszy papieru – szt.1
25. Wózek sprzątacza – szt.5
26. Zegar ścienny metalowy – szt.4
27. Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym – szt.13
28. Zestaw mebli metalowych ze zlewem 2-komorowym – szt.1
29. Zgrzewarka do opakowań – szt.2
30. Podnośnik hydrauliczny – szt.1
31. Stół ze zlewem 1-komorowym szt.4
32. Taboret obrotowy – szt.30
33. Urządzenie do ogrzewania pacjenów – szt.1
34. Szafa lekarska – szt.2
35. Szafka do przechowywania bielizny – szt.2
36. Taboret szpitalny – szt.56
37. Wózek na brudną bieliznę – szt.5
38. Wózek pod aparat USG – szt.1
39. Stojak z podwójną misą na odpadki – szt.1
40. Waga do ważenia niemowląt – szt.5
41. Waga lekarska – szt.2
42. Krzesło szpitalne – szt.12
43. Stół do badania dzieci – szt.1
44. Stół do pielęgnacji niemowląt – szt.23

3.3.17. Część XVII – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Łóżko porodowe z wyposażeniem – szt.3
2. Łóżko intensywnej opieki z wyposażeniem – szt.7
3. Inkubator otwarty – szt.1
4. Inkubator zamknięty – szt.2
5. Kozetka lekarska – szt.6
6. Łóżko szpitalne metalowe z materacem – szt.47

na zadanie pn.: **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

-
7. Szafka przyłóżkowa z blatem – szt.54
 8. Wózek do transportu chorych z wyposażeniem – szt.7
 9. Łóżeczko noworodka – szt.21

3.3.18. Część XVIII – Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo-Ginekologiczny

1. Aparat Ambu – szt.7
 2. Glukometr – szt.4
 3. Aparat EKG – szt.3
 4. Zestaw do reanimacji noworodka – szt.5
 5. Zestaw do resuscytacji noworodka – szt.3
 6. Defibrylator – szt.4
 7. Defibrylator – szt.2
 8. Pulsoksymetr – szt.4
 9. Inhalator – szt.2
 10. Urządzenie do hipotermii – szt.1
 11. Reflektor lekarski – szt.2
 12. Negatoskop 2-klatkowy – szt.7
- 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 2010 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 2004r. o wyrobach medycznych (Dz.U z 2004r. 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

na zadanie pn.: **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia został wskazany w dodatku nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 do SIWZ.

- 2) Przedmiot zamówienia ma być opakowany w sposób zabezpieczający go przed uszkodzeniem. Na Wykonawcy ciąży odpowiedzialność z tytułu uszkodzenia lub utraty przedmiotu umowy aż do chwili wydania Zamawiającemu na miejsce dostawy, potwierdzonej protokołem przekazania przedmiotu umowy do użytkowania.
- 3) Przedmiot zamówienia należy dostarczyć na adres: Szpital Powiatowy w Radomsku 97-500 Radomsko, ul. Jagiellońska 36.
- 4) Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć na własny koszt i ryzyko przedmiot zamówienia w miejsce dostawy, a następnie go uruchomić oraz tam gdzie jest to wymagane, wykonać badania próbne oraz przeprowadzić instruktaż obsługowy dla personelu wyznaczonego przez Zamawiającego w zakresie działania i obsługi sprzętu w miejscu jego dostawy.

Wszelkie informacje dotyczące parametrów technicznych wymaganego przedmiotu zamówienia zawarte zostały w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym dodatek nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 do SIWZ.

- 5) W przypadku dostaw urządzeń wymagających montażu lub podłączenia do już istniejących przegród budowlanych, instalacji elektroenergetycznych, wodno-kanalizacyjnych, gazowych i innych **w sposób trwały**, Wykonawca w każdym przypadku ma obowiązek dokonania wizji lokalnej w miejscach montażu urządzeń, pobrania od Kierownika Budowy lub Inspektora Nadzoru niezbędnej dokumentacji technicznej celem dostosowania urządzenia i wykonania niezbędnych prac podłączeniowych zapewniających uruchomienie urządzenia.

- 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:

- 33.19.10.00-5 – urządzenia sterylizujące, dezynfekcyjne i higieniczne
- 33.19.41.00-7 – urządzenia i przyrządy do infuzji
- 34.91.11.00-7 – wózki
- 42.92.31.10-6 – wagi
- 33.11.23.20-7 – urządzenia Dopplera
- 33.19.41.00-7 – urządzenia i przyrządy do infuzji
- 33.19.41.10-0 – pompy infuzyjne
- 33.14.13.10-6 – strzykawki
- 33.19.00.00-8 – różne urządzenia i produkty medyczne
- 33.19.30.00-9 – pojazdy inwalidzkie, wózki inwalidzkie i podobne urządzenia
- 33.19.22.30-3 – stoły operacyjne
- 30.23.13.00-0 monitory ekranowe



na zadanie pn.: **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

-
- 33.19.23.00-5 – meble medyczne, z wyjątkiem łóżek i stołów
 - 39.14.11.00-3 – regały
 - 39.13.00.00-2 – meble biurowe
 - 39.12.11.00-7 – biurka
 - 39.11.31.00-8 – fotele
 - 39.11.20.00-0 – krzesła
 - 39.11.32.00-9 – taborety
 - 44.61.90.00-2 – inne pojemniki
 - 39.14.31.10-0 – łóżka i kanapy oraz specjalne meble tapicerowane
 - 30.12.13.00-6 – urządzenia do powielania
 - 39.13.20.00-6 – szafy na akta
 - 30.23.21.10-8 – drukarki laserowe
 - 30.21.40.00-2 – stacje robocze
 - 30.23.13.00-0 – monitory ekranowe

Rozdział 4. Termin wykonania zamówienia

Termin wykonania *oddzielnie dla każdej Części* zamówienia: **do 45 dni od dnia podpisania umowy**

Rozdział 5. Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełnienia tych warunków

5.1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia do wykonania zamówienia – Zamawiający uzna przedmiotowy warunek za spełniony w odniesieniu do Wykonawców, którzy należycie wykonują lub wykonali w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, co najmniej dwie dostawy na rzecz zakładów opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia 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. 120 000,00 PLN dla części I,
 - b. 600 000,00 PLN dla części II,
 - c. 300 000,00 PLN dla części III,
 - d. 200 000,00 PLN dla części IV,

na zadanie pn.: **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

- e. 150 000,00 PLN dla części V,
- f. 300 000,00 PLN dla części VI,
- g. 500 000,00 PLN dla części VII,
- h. 120 000,00 PLN dla części VIII,
- i. 80 000,00 PLN dla części IX,
- j. 300 000,00 PLN dla części X ,
- k. 200 000,00 PLN dla części XI,
- l. 150 000,00 PLN dla części XII,
- m. 500 000,00 PLN dla części XIII,
- n. 150 000,00 PLN dla części XIV,
- o. 150 000,00 PLN dla części XV,
- p. 300 000,00 PLN dla części XVI,
- q. 400 000,00 PLN dla części XVII,
- r. 300 000,00 PLN dla części XVIII,

Uwaga:

1. *Przez dostawy o zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w danej Części, 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 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U z 2007 r. 14 poz. 89 ze zm.);*
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej – Zamawiający uzna przedmiotowy warunek za spełniony w odniesieniu do Wykonawców, którzy:
 - a) posiadają środki finansowe lub zdolność kredytową w wysokości co najmniej:
 - 120 000,00 PLN dla części I,
 - 600 000,00 PLN dla części II,
 - 300 000,00 PLN dla części III,
 - 200 000,00 PLN dla części IV,
 - 150 000,00 PLN dla części V,
 - 300 000,00 PLN dla części VI,
 - 500 000,00 PLN dla części VII,
 - 120 000,00 PLN dla części VIII,



na zadanie pn.: **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

- 80 000,00 PLN dla części IX,
- 300 000,00 PLN dla części X,
- 200 000,00 PLN dla części XI,
- 150 000,00 PLN dla części XII,
- 500 000,00 PLN dla części XIII,
- 150 000,00 PLN dla części XIV,
- 150 000,00 PLN dla części XV,
- 300 000,00 PLN dla części XVI,
- 400 000,00 PLN dla części XVII,
- 300 000,00 PLN dla części XVIII,

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 związanej z przedmiotem zamówienia na sumę ubezpieczenia nie mniejszą niż:
- 120 000,00 PLN dla części I,
 - 600 000,00 PLN dla części II,
 - 300 000,00 PLN dla części III,
 - 200 000,00 PLN dla części IV,
 - 150 000,00 PLN dla części V,
 - 300 000,00 PLN dla części VI,
 - 500 000,00 PLN dla części VII,
 - 120 000,00 PLN dla części VIII,
 - 80 000,00 PLN dla części IX,
 - 300 000,00 PLN dla części X,
 - 200 000,00 PLN dla części XI,
 - 150 000,00 PLN dla części XII,
 - 500 000,00 PLN dla części XIII,
 - 150 000,00 PLN dla części XIV,
 - 150 000,00 PLN dla części XV,
 - 300 000,00 PLN dla części XVI,
 - 400 000,00 PLN dla części XVII,



- 300 000,00 PLN dla części XVIII

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

Ocena spełniania wyżej wymienionych warunków dokonana zostanie przez Zamawiającego zgodnie z formułą „spełnia- nie spełnia” w oparciu o dokumenty i oświadczenia wymienione w pkt 6.1.2 SIWZ. Z treści złożonych dokumentów musi wynikać jednoznacznie, iż w/w warunki zostały spełnione przez Wykonawcę.

Rozdział 6. Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu

6.1. Dokumenty i oświadczenia wymagane w postępowaniu

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

6.1.1. Ofertę składającą się z:

- 1) wypełnionego formularza ofertowego o treści zgodnej z określoną we wzorze stanowiącym **dodatek nr 19** 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 **dodatku nr 21** do SIWZ,
- 4) dowodu wniesienia wadium,
- 5) druku wykazu dostaw, które Wykonawca powierzy Podwykonawcom – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatku nr 24** 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 **dodatku nr 20** do SIWZ;

Uwaga: Jeżeli Wykonawca wykazując spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art.26 ust.2b ustawy, a podmioty te będą brały udział w realizacji części zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest złożyć w odniesieniu do tych podmiotów dokumenty wymienione w pkt.6.1.2 ppkt 2,3,4,5,6,7,

- 2) oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania o udzielenie zamówienia – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 26** do SIWZ;
- 3) aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art.24 ust.1 pkt.2 ustawy, **wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert**, a stosunku do osób fizycznych oświadczenie w zakresie art.24 ust.1 pkt.2 ustawy – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 27** do SIWZ;
- 4) 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**;
- 5) 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 potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu, **wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert**;
- 6) 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**;
- 7) 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 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary – Dz.U. z 2002 r. Nr 197, poz. 1661 z późn. zm.*);
- 8) wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że dostawy te zostały wykonane lub są wykonywane 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. z wykorzystaniem wzoru stanowiącego **dodatek nr 22** do SIWZ;
- 9) 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**;

Uwaga: Jeżeli Wykonawca wykazując spełnianie warunku, o którym mowa w art. 22 ust.1 pkt.4 ustawy, polega na zdolnościach finansowych innych podmiotów na zasadach określonych w art.26 ust.2b ustawy, Wykonawca zobowiązany jest złożyć informację wymienioną w pkt.6.1.2 pkt.9 dotyczącą tych podmiotów;

- 10) opłaconej polisy, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

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.:
 1. deklaracje zgodności,
 2. certyfikaty CE wystawione przez jednostkę notyfikowaną,
 3. zgłoszenie lub wpis wyrobu medycznego do Rejestru Wyrobów Medycznych (*jeżeli dotyczy*),
 4. 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 – **dodatek nr 25 do SIWZ**.

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, 7 musi złożyć **osobno** każdy z Wykonawców składających ofertę wspólną.
 - 5) Wykonawcy występujący wspólnie muszą spełniać łącznie wymagania określone w pkt 5.1 ppkt 2, 3, 4 lit.a).
 - 6) Wymagania określone w pkt 5.1 ppkt 4 lit. b) winny być spełnione przez co najmniej jednego Wykonawcę występującego wspólnie z innymi (wymaganie nie podlega sumowaniu).
 - 7) Dokumenty, o których mowa w pkt 6.1.2 ppkt 9 nie są wymagane do złożenia przez wszystkich Wykonawców występujący wspólnie jeśli warunki, na potwierdzenie których są składane, zostaną spełnione przez jednego lub kilku z Wykonawców występujących wspólnie. Pozostałe dokumenty są wspólne dla wszystkich występujących wspólnie Wykonawców.
 - 8) Formularze, dokumenty sporządzone na załączonych do SIWZ wzorach, składa i podpisuje w imieniu wszystkich Wykonawców, **Pełnomocnik** wpisując w miejscu przeznaczonym na podanie nazwy i adresu Wykonawcy, nazwy i adresy wszystkich Wykonawców składających ofertę wspólną.
 - 9) Wszystkie **kopie dokumentów** załączone do oferty muszą być **opisane „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez Pełnomocnika**.
 - 10) Wszelka korespondencja prowadzona będzie przez Zamawiającego wyłącznie z Pełnomocnikiem, którego adres należy wpisać w formularzu ofertowym.

6.3. Wykonawca zamieszkały poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

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

- 1) ppkt 3, 4, 5, 7 – 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 6 – 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.

6.3.4. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę mającego siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, z wnioskiem o udzielenie niezbędnej informacji dotyczących przedłożonego dokumentu.

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

7.1. Postępowanie o udzielenie niniejszego zamówienia z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ustawie, prowadzi się z zachowaniem formy pisemnej.

7.2. Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzi się w języku polskim.

7.3. Zamawiający wymaga, aby wszelkiego rodzaju oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje itp. (dalej zbiorczo Korespondencja) były kierowane pisemnie na adres:

Powiat Radomszczański
Referat ds. Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych i Zamówień Publicznych
97-500 Radomsko
ul. Leszka Czarnego 22
Znak sprawy: WP. 341.28/2010
tel. +48 (044) 683 45 09 wew. 238, 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.

- 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 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:
- *pod względem merytorycznym:*
Pani Wioletta Krasoń – przedstawiciel Inwestora Zastępczego – Wielobranżowego Przedsiębiorstwa Inwestycyjnego „WUDIMEKS” w Częstochowie tel.+4834 372 17 20; faks.: +4834 372 15 87
 - *pod względem formalnym:*
Pan Ryszard Gajda – Kierownik Referatu Pozyskiwania Funduszy Zewnętrznych i Zamówień Publicznych Starostwa Powiatowego w Radomsku – tel/faks +4844 683 45 09 w. 238

Rozdział 8. Wymagania dotyczące wadium

- 8.1. Zamawiający żąda wniesienia wadium w kwocie: **77 500,00 PLN** (słownie: siedemdziesiąt siedem tysięcy pięćset złotych 00/100) dla oferty obejmującej wszystkie Części.
Wykonawca musi wskazać, **na którą Część lub, na które Części zamówienia wpłaca wadium.**
- 8.2. Wadium dla ofert częściowych przedstawia się następująco:
- 1) 2 500, 00 PLN na I Część zamówienia,
 - 2) 10 000, 00 PLN na II Część zamówienia,
 - 3) 5 000, 00 PLN na III Część zamówienia,
 - 4) 4 000, 00 PLN na IV Część zamówienia.
 - 5) 3 000,00 PLN na V Część zamówienia,
 - 6) 5 000,00 PLN na VI Część zamówienia,
 - 7) 7 000,00 PLN na VII Część zamówienia,
 - 8) 2 500,00 PLN na VIII Część zamówienia,
 - 9) 1 500,00 PLN na IX Część zamówienia,
 - 10) 5 000,00 PLN na X Część zamówienia,
 - 11) 3 000,00 PLN na XI Część zamówienia,
 - 12) 2 500,00 PLN na XII Część zamówienia,
 - 13) 6 000,00 PLN na XIII Część zamówienia,

na zadanie pn.: **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

- 14) 3 000,00 PLN na XIV Część zamówienia,
- 15) 2 500,00 PLN na XV Część zamówienia,
- 16) 5 000,00 PLN na XVI Część zamówienia,
- 17) 5 000,00 PLN na XVII Część zamówienia,
- 18) 5 000,00 PLN na XVIII Część zamówienia,

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

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

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

Powiat Radomszczański

Nr rachunku: 73 8980 0009 2007 0037 0246 0004

z dopiskiem: „Wadium – Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny) - 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.).

c. Jeżeli wadium zostanie wniesione w formie, o której mowa w pkt 8.5 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 – Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)”**. Dokument ten musi



zachowywać ważność przez cały okres, w którym Wykonawca jest związany ofertą.

- d. 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 niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny) - **Część**”.
- e. Wykonawca, którego oferta nie będzie zabezpieczona wadium zostanie przez Zamawiającego wykluczony z postępowania, a jego oferta zostanie odrzucona.
- f. Zamawiający będzie dokonywał zwrotu wadium zgodnie z zasadami określonymi w art. 46 ustawy.

Rozdział 9. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą **60 dni**. 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,
- Uwaga:** za podpisanie uznaje się własnoręczny, czytelny podpis (a w przypadku posiadania pieczętki imiennej dopuszcza się zastosowanie parafy) przez osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentowania zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestrowym lub innym dokumencie, właściwym dla formy organizacyjnej;
- c) w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, do oferty musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do

reprezentacji Wykonawcy. **Pełnomocnictwo należy załączyć w formie oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza.** W sytuacji, w której pełnomocnik działa na podstawie innego pełnomocnictwa lub pełnomocnictw (tzw. ciąg pełnomocnictw), wówczas takie pełnomocnictwo(-a) winno zostać załączone w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza,

- d) pozostałe oświadczenia i dokumenty (inne niż wymienione w pkt. 6.2 ppkt 2 oraz pkt. 10.3 lit. b SIWZ) należy załączyć w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę lub właściwą(-e) osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentacji danego Wykonawcy oraz muszą być one sporządzone w języku polskim.
- 10.4. Ewentualne poprawki w tekście oferty muszą być naniesione w czytelny sposób i parafowane przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.
- 10.5. Określone w Rozdziale 6 SIWZ dokumenty składające się na ofertę, powinny być parafowane własnoręcznie przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.
- 10.6. Dołączone do oferty dokumenty sporządzone w języku obcym, muszą być składane wraz z ich tłumaczeniem na język polski, poświadczone przez osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentowania Wykonawcy.
- 10.7. Zaleca się ponumerowanie stron oferty oraz połączenie w sposób trwały wszystkich kart oferty, przy czym Wykonawca może nie numerować stron niezapisanych.
- 10.8. We wszystkich przypadkach gdzie jest mowa o pieczętkach, Zamawiający dopuszcza złożenie czytelnego zapisu o treści pieczęci, np. nazwa (firma), adres lub czytelny podpis w przypadku pieczęci imiennej.
- 10.9. W przypadku gdyby oferta, oświadczenia lub dokumenty zawierały informacje, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób nie budzący wątpliwości zastrzec, które informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Brak stosownego zastrzeżenia będzie traktowany jako jednoznaczna zgoda na włączenie całości przekazanych dokumentów i danych do dokumentacji postępowania oraz ich ujawnienie na zasadach określonych w ustawie.
- 10.10. Wykonawca **nie może zastrzec** informacji podawanych podczas otwarcia ofert tj. nazwy (firmy) oraz adresu, a także informacji dotyczących ceny i terminu wykonania zamówienia (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:

Powiat Radomszczański

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 II – Powtórzenie części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)”
Nie otwierać przed 24.08.2010r. godz.10:15

- 10.14. W przypadku oferty wspólnej należy na opakowaniu wymienić z nazwy z określeniem **adresu siedziby – wszystkich Wykonawców** składających **ofertę wspólną** z zaznaczaniem **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 jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynął do Zamawiającego **nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert**. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął po upływie terminu składania wniosku lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku o wyjaśnienie treści SIWZ.
- 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, na której została zamieszczona specyfikacja <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/>.
- 11.3. Zamawiający może zwołać zebranie wszystkich Wykonawców w celu zapoznania z miejscem montażu aparatury, sprzętu medycznego. Informacja o terminie zebrania zamieszczona zostanie także na stronie internetowej, na której została zamieszczona specyfikacja <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/>.
- 11.4. Informacja z zebrania zostanie doręczona wszystkim Wykonawcom, którym przekazano specyfikację, a także zamieszczona na stronie internetowej na której została zamieszczona specyfikacja <http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/>.
- W takim wypadku Zamawiający sporządza informację zawierającą zgłoszone na zebraniu zapytania 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 pok. 114 **nie później niż do dnia 24.08.2010 r. do godz. 10.00.**
- 12.2. W przypadku złożenia oferty po terminie Zamawiający niezwłocznie zawiadomi Wykonawcę o złożeniu oferty po terminie oraz zwróci ofertę po upływie terminu na wniesienie odwołania.
- 12.3. Publiczne otwarcie ofert nastąpi **dnia 24.08.2010 r. godz. 10.15.** w siedzibie Zamawiającego – Starostwo Powiatowe w Radomsku, 97-500 Radomsko, ul. Leszka Czarnego 22, pok.118.
- 12.4. Informacje ogłoszone w trakcie publicznego otwarcia ofert Zamawiający przekaze niezwłocznie Wykonawcom, którzy nie byli obecni przy otwarciu ofert, na ich wniosek.

Rozdział 13. Opis sposobu obliczenia ceny

- 13.1. Przed obliczeniem ceny oferty Wykonawca powinien dokładnie i szczegółowo zapoznać się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia.
- 13.2. Wykonawca uwzględniając wszystkie wymogi, o których mowa w niniejszej SIWZ powinien w cenie ofertowej na wybraną Część lub Części zamówienia ująć wszelkie koszty związane z wykonywaniem zamówienia, niezbędne dla prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia określonego dla każdej Części.
- 13.3. Cenę każdej Części należy podać w formie ryczałtu, którego definicję określa art. 632 Kodeksu cywilnego.
- 13.4. W formularzu ofertowym Wykonawca poda cenę netto za wykonanie wybranych Części przedmiotu zamówienia, kwotę podatku od towarów i usług (VAT) wg obowiązujących przepisów dotyczących wysokości stawki podatku od towarów i usług (VAT) oraz cenę brutto za wybraną Część lub Części przedmiotu zamówienia.
- 13.5. Dodatkowo Wykonawca określi ceny na wszystkie pozycje zamówienia wymienione w formularzu cenowym w ten sposób, że:
 - 1) wszystkie pozycje muszą zawierać cenę jednostkową,
 - 2) cena jednostkowa każdej pozycji musi obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, w tym ewentualne upusty,
 - 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. z 2001 r. Nr 97, poz. 1050 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. o denominacji złotego (Dz.U. z 1994 r. 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 nie powodujące istotnych zmian w treści oferty
- niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę, którego oferta została poprawiona.

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

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

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

Gdzie:

Cn – cena najniższa wśród ofert nie odrzuconych

- Cb** – cena oferty badanej
100 – wskaźnik stały
100 % – procentowe znaczenie kryterium ceny

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

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

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

- 15.1. Wybranemu Wykonawcy, Zamawiający określi miejsce i termin podpisania umowy.
- 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

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 23** 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. Wykonawcy a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy, przysługują środki ochrony prawnej określone w Dziale VI ustawy, tj. odwołanie, skarga do sądu.
- 18.2. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę organizacji uprawnionych do wnoszenia środków ochrony prawnej prowadzoną i ogłaszaną na stronie internetowej rzędu przez Prezesa Urzędu.

18.3. Odwołanie

Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której Zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.

Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności Zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.

Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby w formie pisemnej albo elektronicznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

Odwołujący przesyła kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Domniemywa się, iż Zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia za pomocą jednego ze sposobów określonych w art. 27 ust. 2 ustawy.

Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia – jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 27 ust 2 ustawy, albo w terminie 15 dni – jeżeli zostały przesłane w inny sposób - w przypadku gdy wartość zamówienia jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art.11 ust 8 ustawy.

Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a jeżeli postępowanie jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, także wobec postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia, wnosi się w terminie 10 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 ustawy.

Odwołanie wobec czynności innych niż wymienione wyżej wnosi się w przypadku zamówień, których wartość jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust 8 ustawy w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu

na należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

18.4. Skarga do sądu

Na orzeczenie Izby stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.

W postępowaniu toczącym się wskutek wniesienia skargi stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego o apelacji, jeżeli przepisy rozdziału 3 ustawy Prawo zamówień publicznych nie stanowią inaczej.

Skargę wnosi się do sądu okręgowego właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania Zamawiającego.

Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa Izby w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora publicznego jest równoznaczne z jej wniesieniem.

Prezes Izby przekazuje skargę wraz z aktami postępowania odwoławczego właściwemu sądowi w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.

W terminie 21 dni od dnia wydania orzeczenia skargę może wnieść także Prezes Urzędu. Prezes Urzędu może także przystąpić do toczącego się postępowania. Do czynności podejmowanych przez Prezesa Urzędu stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego o prokuratorze.

Skarga powinna czynić zadość wymaganiom przewidzianym dla pisma procesowego oraz zawierać oznaczenie zaskarżonego orzeczenia, przytoczenie zarzutów, zwięzłe ich uzasadnienie, wskazanie dowodów, a także wniosek o uchylenie orzeczenia lub o zmianę orzeczenia w całości lub w Części.

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 wybraną Część.
- 19.3 Przedmiot zamówienia został podzielony na 18 (osiemnaście) 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.

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

- 22.1. Zamawiający **nie dopuszcza** składania ofert wariantowych.
- 22.2. Oferty niejednoznaczne (zawierające propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych) będą odrzucone.

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

Zamawiający nie dopuszcza porozumiewania się drogą elektroniczną.

Rozdział 24. Informacje dotyczące walut obcych

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

Rozdział 25. Postanowienia dotyczące aukcji elektronicznej

Zamawiający nie przewiduje wyboru najkorzystniejszej oferty z zastosowaniem aukcji elektronicznej.

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

Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

Rozdział 27. Podwykonawcy

- 27.1. Wykonawca może powierzyć wykonanie Część dostawy składającej się na przedmiot zamówienia Podwykonawcy. Wówczas jest obowiązany **w dodatku nr 24** 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 24** do SIWZ.
- 27.3. W przypadku zatrudnienia Podwykonawców Wykonawca odpowiada za ich pracę jak za swoją własną.

Rozdział 28. Zmiana umowy

W odniesieniu do art. 144 ust. 1 ustawy Zamawiający zastrzega sobie możliwość dokonania istotnych zmian postanowień umowy w zakresie:

- 1) terminu wykonania przedmiotu umowy na skutek wystąpienia przyczyn zewnętrznych niezależnych od Zamawiającego oraz Wykonawcy, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, a które skutkują niemożliwością terminowego wykonania przedmiotu umowy;
- 2) wynagrodzenia umownego, pod warunkiem, że zmiany te są korzystne dla Zamawiającego;
- 3) zmiany terminów oraz zasad płatności na skutek wystąpienia przyczyn zewnętrznych niezależnych od Zamawiającego oraz Wykonawcy, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy;
- 4) zmiany innych postanowień umownych tylko w uzasadnionych przypadkach niezależnych od stron, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy;
- 5) zmiany Podwykonawców – pod warunkiem, że zmiana wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
- 6) przedstawicieli stron umowy, o których mowa w § 1 ust. 7 i 8 wzoru umowy pod warunkiem, że zmiana ta wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Rozdział 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 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części VII,
 Dod. Nr.8 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części VIII,
 Dod. Nr 9 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części IX,
 Dod. Nr 10 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części X,
 Dod. Nr.11 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XI,
 Dod. Nr.12 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XII,
 Dod. Nr 13 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XIII,
 Dod. Nr 14 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XIV,
 Dod. Nr.15- szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XV,
 Dod. Nr.16 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XVI,
 Dod. Nr 17 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XVII,
 Dod. Nr 18 - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części XVIII,
 Dod. Nr 19- druk formularza ofertowego,
 Dod. Nr 20 - druk oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu,
 Dod. Nr 21 - druk oświadczenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego,

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 II – Powtórzenie części Etapu II** (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i **Etapu III** (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

Dod. Nr 22 - druk wykazu wykonanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia,

Dod. Nr 23 - wzór umowy,

Dod. Nr 24 - druk wykazu robót, które Wykonawca powierzy Podwykonawcom.

Dod. Nr.25 - druk oświadczenia, że oferowane dostawy nie zostały sklasyfikowane jako wyrób medyczny

Dod.Nr.26 - druk oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia z postępowania,

Dod.Nr.27 - druk oświadczenia w zakresie artykułu 24 ust.1 pkt.2 ustawy (osoby fizyczne).

W imieniu Zamawiającego

Wicestarosta

/-/

Bożena Nowacka

.....

(podpis)

Radomsko, dnia 07.07.2010 r.



NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat USG z kolorowym Dopplerem – 1 szt.**

1. Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Konstrukcja		
1.	Kliniczny, cyfrowy, wysokiej klasy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem (Doppler spektralny. Obrazowanie 2D-automatyczna optymalizacja obrazu 2D za pomocą jednego przycisku)	TAK	
2.	Przetwornik 12-bitowy	TAK	
3.	Zaawansowany technicznie cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej	TAK, podać	
4.	Ilość niezależnych kanałów nadawczych: min. 1024	TAK, podać	
5.	Ilość niezależnych kanałów odbiorczych: min. 1024	TAK, podać	
6.	Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych: min. 2	TAK, podać	
7.	Dynamika obrazu: co najmniej 170 dB.	TAK, podać	
8.	Monitor LCD wysokiej rozdzielczości bez przeplotu o przekątnej ekranu minimum 15 cali. Możliwość obrotu ekranu monitora w płaszczyźnie poziomej i pionowej oraz zmiana wysokości monitora względem pulpitu	TAK	
9.	Zakres częstotliwości pracy USG: od 1 MHz do co najmniej 16 MHz	TAK, podać	
10.	Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop): min. 2000	TAK, podać	
11.	Możliwość uzyskania dynamicznych obrazów po zamrożeniu ze zmianą prędkości odtwarzania (tzw. Cineloop)	TAK	
12.	Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 1000 sek.	TAK, podać	
13.	Głębokość pola obrazowego: co najmniej od 2 cm do 24 cm;	TAK, podać	
14.	Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika: minimum 15;	TAK, podać	
15.	Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z nich	TAK, podać	
II.	Obrazowanie i prezentacja obrazu		
1.	Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów min. • B • B + B • M • B + M	TAK	

	• D • B + D • B + C (Color Doppler) • B + PD (Power Doppler) • B + Color + M		
2.	FRAME RATE dla trybu B: min. 500 obrazów/sek.	TAK, podać	
3.	FRAME RATE dla trybu B + kolor: min. 80 obrazów/sek.	TAK, podać	
4.	Obrazowanie na II harmonicznej Min. 4 pasma częstotliwości	TAK	
5.	Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD) ze wszystkich głowic	TAK	
6.	Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) min.: +/- 6,3 m/sek. (przy zerowym kącie bramki)	TAK, podać	
7.	Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) ze wszystkich głowic	TAK	
8.	Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 3,9 m/sek.	TAK, podać	
9.	Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) ze wszystkich głowic	TAK	
10.	Aparat wyposażony w obrazowanie M- mode anatomiczny w czasie rzeczywistym Min. 3 kursory (linie proste) do kardiologii płodowej	TAK, podać	
11.	Aparat wyposażony w obrazowanie M- mode anatomiczny z pamięci Cineloop Min. 3 kursory (linie proste) do kardiologii płodowej	TAK, podać	
12.	Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) na wszystkich głowicach	TAK	
13.	Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym	TAK	
14.	Zakres bramki dopplerowskiej: min. od 0,5 mm do 10 mm	TAK, podać	
15.	Korekcja kąta bramki dopplerowskiej max. +/- 80 stopni	TAK, podać	
16.	Zasięgowa regulacja wzmocnienia (TGC, STC) min. w 8 strefach	TAK	
17.	Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 25 map	TAK	
III. Archiwizacja obrazów			
1.	Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym (min. 160 GB) i bazą pacjentów; opisać	TAK, podać	
2.	Aparat w standardzie wyposażony w zapis obrazów w formacie DICOM i wyjście do podłączenia sieci DICOM (wersja 3.0)	TAK	
3.	Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIFF w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrive oraz płytach CD-R/RW	TAK	
4.	Videoprinter czarno-biały	TAK	

5.	Wbudowana nagrywarka CD-R/RW i specjalistyczne oprogramowanie służące do archiwizacji danych	TAK	
6.	Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive	TAK	
7.	Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps	TAK	
8.	Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty)	TAK	
9.	Możliwość podłączenia drukarki laserowej do wydruku raportów bezpośrednio z aparatu	TAK	
10.	Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku	TAK	
IV. Funkcje użytkowe			
1.	Powiększenie obrazu bez pogorszenia jakości: min. x6	TAK	
2.	Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie: Minimum 10	TAK, podać	
3.	Pomiar odległości, obwodu, pola powierzchni, objętości	TAK	
4.	Przełączanie głowic z klawiatury	TAK	
5.	Pełna klawiatura alfanumeryczna	TAK	
6.	Programowalne klawisze min. 10	TAK, podać	
7.	Podświetlane klawisze na pulpicie sterowniczym min. w 1 kolorze	TAK, podać	
8.	Oprogramowanie do badań: • Brzuszných • Naczyniowych • Urologicznych • Małych narządów (tarczycy, piersi) • Ortopedycznych (badania bioderek z pomiarem kątów metodą Grafa) • Pediatrycznych • Kardiologicznych • Transkranialnych	TAK	
V. Głowice ultradźwiękowe			
1.	Głowica elektroniczna Convex , szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ i producenta	TAK, podać	
2.	Zakres częstotliwości pracy: co najmniej 2,0 – 6,0 MHz. Określić zakres	TAK, podać	
3.	Liczba elementów: min. 190	TAK, podać	
4.	Kąt skanowania min. 60 st.	TAK, podać	
5.	Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości	TAK, podać	
6.	Głowica liniowa	TAK	
7.	Zakres częstotliwości pracy: 6,0 -18,0 MHz	TAK	

8.	Min 192 kryształy	TAK	
VI.	Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)		
1.	Możliwość rozbudowy o obrazowanie w trybie Kolorowy Doppler Tkankowy (Color Tissue Doppler) oraz Spektralny Doppler Tkankowy	TAK	
2.	Możliwość rozbudowy o inne typy obrazowania i współpracy z głowicami do badań: - kardiologicznych - naczyniowych - małych narządów - położniczych - ginekologicznych - ortopedycznych - endokawitarnych - śródoperacyjnych - przezczaszkowych - obrazowanie 3D/4D	TAK	
3.	Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym (tzw. 4D) z głowicy objętościowej brzusznej, min. 3,0 – 10 MHz, min. 190 elementów, obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma	TAK, podać	
4.	Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym (tzw. 4D) z głowicy objętościowej endowaginalnej, min. 3,0-9,0 MHz, min 190 elementów	TAK	
5.	Możliwość rozbudowy systemu o współpracę z głowicą transrektalną dwupłaszczyznową w układzie Convex/Convex	TAK	
6.	Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową 2,0-6,0 MHz o długości min. 70 mm, z centralnym kanałem biopsyjnym przechodzącym przez głowicę	TAK	
7.	Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę laparoskopową 4,0-10,0 MHz	TAK	
8.	Możliwość rozbudowy systemu o głowicę elektroniczną MicroConvex Endovaginalna, szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy: - Zakres częstotliwości pracy, co najmniej 3,0 – 9,0 MHz. - Liczba elementów: min. 190 - Kąt skanowania min. 180 st. - Promień max R10 mm	TAK, podać	
VII.	Inne		
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
11.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat USG z kolorowym Dopplerem							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym - 4 szt.,
+ monitor głębokości znieczulenia - 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min 2 kół	TAK	
2.	Zasilanie 230 V 50 Hz	TAK	
3.	4 gniazda elektryczne 230 V	TAK	
4.	Zasilanie gazowe O ₂ N ₂ O i powietrze z sieci centralnej	TAK	
5.	Awaryjne zasilanie z butli O ₂	TAK	
6.	Minimum 2 szuflady na drobne akcesoria	TAK, podać	
7.	Ssak z regulacją siły ssania	TAK	
8.	Mechaniczne lub pneumatyczno-mechaniczne zabezpieczenie przed podaniem mieszaniny gazów powodującej hipoksję na poziomie min. 23 lub 25%	TAK	
9.	Półka lub blat do pisania	TAK	
10.	Podświetlenie blatu do pisania (do zabiegów laparoskopowych) – oświetlenie wbudowane w aparat Podświetlenie precyzyjnych mechanicznych przepływomierzy, rotametrycznych	TAK	
11.	Konfiguracja aparatu: Aparat podstawowy; pochłaniacz dwutlenku węgla; respirator; monitor	TAK	
II.	System dystrybucji gazów		
1.	Precyzyjne, podwójne mechaniczne – rotametryczne przepływomierze dla: O ₂ , N ₂ O, powietrza	TAK	
2.	Kalibracja i dokładność przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami	TAK	
III.	Układ oddechowy		
1.	Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności – 2szt na każdy z 4 aparatów	TAK	
2.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH ₂ O)	TAK	
3.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeźnernej i objętości maksymalnie do 1,5 L. Możliwość rozbudowy o pojemniki jednorazowe	TAK	
4.	Możliwość eliminacji gazów anestezjologicznych poza salę operacyjną	TAK	
5.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	TAK	
6.	Alarm niskiego stężenia O ₂	TAK	
7.	Alarm wysokiego stężenia O ₂	TAK	

8.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych– 2szt na każdy z 4 aparatów	TAK	
9.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	TAK	
IV.	Tryb wentylacji		
1.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	TAK	
2.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	TAK	
3.	Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	TAK	
4.	Wentylacja kontrolowana objętością	TAK	
5.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	TAK	
6.	Dodatknie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	TAK	
V.	Regulacje		
1.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	TAK	
2.	Regulacja częstości oddechu. Minimum 4-65 l/min	TAK	
3.	Regulacja objętości oddechu. Minimum 50-1400ml	TAK	
4.	Regulacja ciśnienia wdechowego: min. 5-50 cm H2O.	TAK	
5.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH2O)	TAK	
VI.	Alarmy		
1.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
2.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
3.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
4.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
5.	Braku zasilania w energię elektryczną	TAK	
6.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	TAK	
VII.	Pomiar i obrazowanie		
1.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	TAK	
2.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
3.	Pomiar i obrazowanie objętości oddechowej	TAK	
4.	Pomiar minutowej objętości oddechowej	TAK	
5.	Obrazowanie, wyświetlanie krzywej oddechowej ciśnienie/czas	Tak	
6.	Wyświetlanie – stężenia tlenu	TAK	
VIII.	Inne		
1.	Awaryjne wbudowane zasilanie bateryjne na min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK podać	
2.	Uchwyty do zamocowania dwóch parowników	TAK	
3.	Parowniki do sevofluranu	TAK	
4.	Dodatkowy przepływomierz do tlenu	TAK	
5.	Wapno z indykatorem – min. 1 opakowanie 5 litrów na każdy z 4 aparatów	TAK	
IX.	Monitor		
1.	Ekran typu TFT	TAK	
2.	Ekran kolorowy, przekątna ekranu min. 12 cali	TAK	
3.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
4.	Ilość jednocześnie wyświetlanych krzywych – min. 6	TAK	
5.	Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz	TAK	
6.	Zasilanie akumulatorowe min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK	

7.	Monitor transportowo – stacjonarny, możliwość odłączenia monitora od aparatu, monitor wyposażony w rączkę do przenoszenia	TAK	
8.	Instalacja monitora w ramieniu, wysięgniku aparatu do znieczulania	TAK	
X.	Parametry mierzone		
1.	Pomiar EKG z min. 3 odprowadzeń, analiza arytmii w zakresie podstawowym, analiza wybranych krzywych, w komplecie filtr zakłóceń w.cz. przewód EKG	TAK	
2.	Częstość oddechów (respiracja impedancyjna), prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie	TAK	
3.	Pulsoksymetria dla dorosłych, mierzona metodą zawierającą efektywny algorytm statystycznej obróbki wyników pomiarów	TAK	
4.	Pomiar temperatury, w komplecie czujnik temperatury. Wymagane wyświetlanie różnicy temperatur mierzonej w dwóch różnych punktach	TAK	
5.	Kapnografia	Tak	
6.	Pomiar gazów anestetycznych, pomiar stężenia N2O, CO2 wdech i wydech, MAC	TAK	
7.	Rozdzielność trendów	TAK, podać	
8.	Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (w komplecie min 5 szt. przetworników) - 1 komplet na każdy z 4 aparatów	TAK	
9.	Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną (preferowane z układem eliminacji artefaktów), przewód i 3 mankiety: dla dorosłych mały, średni, duży i dodatkowy mankiety dla dzieci- 1 komplet akcesoriów na każdy z 4 aparatów	TAK	
XI.	Alarmy		
1.	Ustawienie granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrów	TAK	
2.	Alarmy z hierarchią ważności	TAK	
3.	Alarmy optyczne i akustyczne przy przekroczeniu nastawionych granic alarmowych dla monitorowanych parametrów	TAK	
XII.	Inne		
1.	Moduł monitorowania zwiótczenia nerwowo mięśniowego- moduł monitora sterowany z poziomu monitora anestezjologicznego z menu w języku polskim trendy graficzne i tabelaryczne wyświetlane na monitorze - pomiar z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF, pomiar z wykorzystaniem metody pojedynczej stymulacji, stymulacja salwą podwójną, możliwość lokalizacji nerwu - 1 szt.	TAK	
2.	Czujnik mechaniczny zwiótczenia mięśniowego 1-szt.	TAK	
3.	Moduł monitorowania pomiaru poziomu głębokości znieczulenia BIS lub Entropia sterowany bezpośrednio z monitora z programowaniem w języku polskim z możliwością wyświetlenia trendów oraz liczbowych wartości współczynnika tłumienia potencjałów iglicowych (SR, BSR, ESR), parametrów opartych na przetwarzaniu sygnałów z EEG na ekranie monitora – 1 szt.	TAK	
4.	Monitor i aparat do znieczulenia jednego producenta	TAK	

XIV.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
XV.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparaty do znieczulenia ogólnego							4	
Monitor głębokości znieczulenia							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym – 1 szt. oraz monitor zwiotczenia mięśniowego - 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min 2 kół	TAK	
2.	Zasilanie 230 V 50 Hz	TAK	
3.	4 gniazda elektryczne 230 V	TAK	
4.	Zasilanie gazowe O ₂ N ₂ O i powietrze z sieci centralnej	TAK	
5.	Awaryjne zasilanie z butli O ₂	TAK	
6.	Minimum 2 szuflady na drobne akcesoria	TAK ,podać	
7.	Ssak z regulacją siły ssania	TAK	
8.	Mechaniczne lub pneumatyczno-mechaniczne zabezpieczenie przed podaniem mieszaniny gazów powodującej hipoksję na poziomie min. 23 lub 25%	TAK	
9.	Półka lub blat do pisania	TAK	
10.	Podświetlenie blatu do pisania (do zabiegów laparoskopowych) – oświetlenie wbudowane w aparat Podświetlenie precyzyjnych mechanicznych przepływomierzy, rotametrycznych	TAK	
11.	Konfiguracja aparatu: Aparat podstawowy; pochłaniacz dwutlenku węgla; respirator; monitor	TAK	
II.	System dystrybucji gazów		
1.	Precyzyjne, podwójne mechaniczne – rotametryczne przepływomierze dla: O ₂ , N ₂ O, powietrza	TAK	
2.	Kalibracja i dokładność przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami	TAK	
III.	Układ oddechowy		
1.	Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności po 2 szt. na aparat	TAK	
2.	Cięśniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH ₂ O)	TAK	
3.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej i objętości maksymalnie do 1,5L Możliwość rozbudowy o pojemniki jednorazowe	TAK	
4.	Możliwość zmiany pojemnika w czasie znieczulenia bez wzywania serwisu i utraty szczelności układu	TAK	
5.	System zabezpieczający przed nadmiernym zawilgoceniem układu	TAK.	
6.	Możliwość eliminacji gazów anestetycznych poza salę operacyjną	TAK	
7.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	TAK	
8.	Alarm niskiego stężenia O ₂	TAK	
9.	Alarm wysokiego stężenia O ₂	TAK	
10.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych – 2 szt.	TAK	
11.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	TAK	
IV.	Tryb wentylacji		

1.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	TAK	
2.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	TAK	
3.	Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	TAK	
4.	Wentylacja kontrolowana objętością	TAK	
5.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	TAK	
6.	Dodatknie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	TAK	
V.	Regulacje		
1.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	TAK	
2.	Regulacja częstości oddechu. Minimum 4-65 l/min	TAK	
3.	Regulacja objętości oddechu. Minimum 50-1400ml	TAK	
4.	Regulacja ciśnienia wdechowego: min. 5-50 cm H ₂ O.	TAK	
5.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH ₂ O)	TAK	
VI.	Alarmy		
1.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
2.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
3.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
4.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
5.	Braku zasilania w energię elektryczną	TAK	
6.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	TAK	
VII.	Pomiar i obrazowanie		
1.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	TAK	
2.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
3.	Pomiar i obrazowanie objętości oddechowej	TAK	
4.	Pomiar minutowej objętości oddechowej	TAK	
5.	Obrazowanie, wyświetlanie krzywej oddechowej ciśnienie/czas	TAK	
6.	Wyświetlanie – stężenia tlenu	TAK	
VIII.	Inne		
1.	Awaryjne wbudowane zasilanie bateryjne na min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK, podać	
2.	Uchwyty do zamocowania dwóch parowników	TAK	
3.	Parownik do sevofluranu	TAK	
4.	Dodatkowy przepływomierz do tlenu	TAK	
5.	Wapno z indykatorem – min. 1 opakowanie 5 litrów	TAK	
IX.	Monitor		
1.	Ekran typu TFT	TAK	
2.	Ekran kolorowy, przekątna ekranu min. 12 cali	TAK	
3.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
4.	Ilość jednocześnie wyświetlanych krzywych – min.6	TAK	
5.	Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz	TAK	
6.	Zasilanie akumulatorowe min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK	
7.	Monitor transportowo – stacjonarny, możliwość odłączenia monitora od aparatu, monitor wyposażony w rączkę do przenoszenia	TAK	
8.	Instalacja monitora w ramieniu, wysięgniku aparatu do znieczulania	TAK	
X.	Parametry mierzone		

1.	Pomiar EKG z min. 3 odprowadzeń, analiza arytmii w zakresie podstawowym, analiza wybranych krzywych, w komplecie filtr zakłóceń w.cz. przewód EKG	TAK	
2.	Częstość oddechów (respiracja impedancyjna), prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie	TAK	
3.	Pulsoksymetria dla dorosłych, mierzona metodą zawierającą efektywny algorytm statystycznej obróbki wyników pomiarów	TAK	
4.	Pomiar temperatury, w komplecie czujnik temperatury. Wymagane wyświetlanie różnicy temperatur mierzonej w dwóch różnych punktach	TAK	
5.	Kapnografia	TAK	
6.	Pomiar gazów anestetycznych, pomiar stężenia N2O, CO2 wdech i wydech, MAC	TAK	
7.	Rozdzielność trendów	TAK, podać	
8.	Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (w komplecie min 5 szt. przetworników)	TAK	
9.	Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną (preferowane z układem eliminacji artefaktów), przewód i 3 mankiety: dla dorosłych mały, średni, duży i dodatkowy mankiety dla dzieci	TAK	
XI.	Alarmy		
1.	Ustawienie granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrów	TAK	
2.	Alarmy z hierarchią ważności	TAK	
3.	Alarmy optyczne i akustyczne przy przekroczeniu nastawionych granic alarmowych dla monitorowanych parametrów	TAK	
XII.	Inne		
1.	Moduł monitorowania zwiótczenia nerwowo mięśniowego -moduł monitora sterowany z poziomu monitora anestezyjologicznego z menu w języku polskim trendy graficzne i tabelaryczne wyświetlane na monitorze - pomiar z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF, pomiar z wykorzystaniem metody pojedynczej stymulacji, stymulacja salwą podwójną, możliwość lokalizacji nerwu	TAK	
2.	Czujnik mechaniczny zwiótczenia mięśniowego – 1 szt.	TAK	
3.	Moduł pomiaru poziomu głębokości znieczulenia BIS lub Entropia sterowany bezpośrednio z monitora z programowaniem w języku polskim z możliwością wyświetlenia trendów na ekranie monitora – 1 szt.	TAK	
4.	Monitor i aparat do znieczulenia jednego producenta	TAK	
XIII.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
XIV.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym							1	

Monitor zwiotczenia mięśniowego							1	
--	--	--	--	--	--	--	----------	--

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym - 1szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min 2 kół	TAK	
2.	Zasilanie 230 V 50 Hz	TAK	
3.	4 gniazda elektryczne 230 V	TAK	
4.	Zasilanie gazowe O ₂ N ₂ O i powietrze z sieci centralnej	TAK	
5.	Awaryjne zasilanie z butli O ₂	TAK	
6.	Minimum 2 szuflady na drobne akcesoria	TAK, podać	
7.	Ssak z regulacją siły ssania	TAK	
8.	Mechaniczne lub pneumatyczno-mechaniczne zabezpieczenie przed podaniem mieszaniny gazów powodującej hipoksję na poziomie min. 23 lub 25%	TAK, podać	
9.	Półka lub blat do pisania	TAK	
10.	Podświetlenie blatu do pisania (do zabiegów laparoskopowych) – oświetlenie wbudowane w aparat; podświetlenie precyzyjnych mechanicznych przepływomierzy, rotametrycznych	TAK	
11.	Konfiguracja aparatu: aparat podstawowy; pochłaniacz dwutlenku węgla; respirator; monitor	TAK	
II.	System dystrybucji gazów		
1.	Precyzyjne, podwójne mechaniczne – rotametryczne przepływomierze dla: O ₂ , N ₂ O, powietrza	TAK	
2.	Kalibracja i dokładność przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami	TAK	
III.	Układ oddechowy		
1.	Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności po 2 szt na aparat	TAK	
2.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH ₂ O)	TAK	
3.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej i objętości maksymalnie do 1,5 l, możliwość rozbudowy o pojemniki jednorazowe.	TAK	
4.	Możliwość zmiany pojemnika w czasie znieczulenia bez wzywania serwisu i utraty szczelności układu	TAK	
5.	System zabezpieczający przed nadmiernym zawilgoceniem układu	TAK	
6.	Możliwość eliminacji gazów anestezjologicznych poza salę operacyjną	TAK	
7.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	TAK	

8.	Alarm niskiego stężenia O ₂	TAK	
9.	Alarm wysokiego stężenia O ₂	TAK	
10.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych– 1szt	TAK	
11.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	TAK	
IV.	Tryb wentylacji		
1.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	TAK	
2.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	TAK	
3.	Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	TAK	
4.	Wentylacja kontrolowana objętością	TAK	
5.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	TAK	
6.	Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	TAK	
V.	Regulacje		
1.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	TAK	
2.	Regulacja częstości oddechu, minimum 4-65 l/min	TAK	
3.	Regulacja objętości oddechu, minimum 50-1400ml	TAK	
4.	Regulacja ciśnienia wdechowego : min. 5-50 cm H ₂ O.	TAK	
5.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH ₂ O)	TAK	
VI.	Alarmy		
1.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
2.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
3.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
4.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
5.	Braku zasilania w energię elektryczną	TAK	
6.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	TAK	
VII.	Pomiar i obrazowanie		
1.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	TAK	
2.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
3.	Pomiar i obrazowanie objętości oddechowej	TAK	
4.	Pomiar minutowej objętości oddechowej	TAK	
5.	Obrazowanie, wyświetlanie krzywej oddechowej ciśnienie/czas	TAK	
6.	Wyświetlanie – stężenia tlenu	TAK	
VIII.	Inne		
1.	Awaryjne wbudowane zasilanie bateryjne na min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK, podać	
2.	Uchwyty do zamocowania dwóch parowników	TAK	
3.	Parowniki do sevofluranu	TAK	
4.	Dodatkowy przepływomierz do tlenu	TAK	
5.	Wapno z indykatorem – min. 1 opakowanie 5 litrów	TAK	
IX.	Monitor		
1.	Ekran typu TFT	TAK	
2.	Ekran kolorowy, przekątna ekranu min. 12 cali	TAK	
3.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
4.	Ilość jednocześnie wyświetlanych krzywych – min.6	TAK	
5.	Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz	TAK	
6.	Zasilanie akumulatorowe min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK	

7.	Monitor transportowo – stacjonarny, możliwość odłączenia monitora od aparatu, monitor wyposażony w rączkę do przenoszenia	TAK	
8.	Instalacja monitora w ramieniu, wysięgniku aparatu do znieczulania	TAK	
X.	Parametry mierzone		
1.	Pomiar EKG z min. 3 odprowadzeń, analiza arytmii w zakresie podstawowym, analiza wybranych krzywych, w komplecie filtr zakłóceń w.cz. przewód EKG	TAK	
2.	Częstość oddechów (respiracja impedancyjna), prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie	TAK	
3.	Pulsoksymetria dla dorosłych, mierzona metodą zawierającą efektywny algorytm statystycznej obróbki wyników pomiarów	TAK	
4.	Pomiar temperatury, w komplecie czujnik temperatury. Wymagane wyświetlanie różnicy temperatur mierzonej w dwóch różnych punktach	TAK	
5.	Kapnografia	TAK	
6.	Pomiar gazów anestetycznych, pomiar stężenia N2O, CO2 wdech i wydech, MAC	TAK	
7.	Rozdzielność trendów	TAK, podać	
8.	Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (w komplecie min 5 szt. przetworników)	TAK	
9.	Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną (preferowane z układem eliminacji artefaktów), przewód i 3 mankiety: dla dorosłych mały, średni, duży i dodatkowy mankiety dla dzieci	TAK	
XI.	Alarmy		
1.	Ustawienie granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrów	TAK	
2.	Alarmy z hierarchią ważności	TAK	
3.	Alarmy optyczne i akustyczne przy przekroczeniu nastawionych granic alarmowych dla monitorowanych parametrów	TAK	
XII.	Inne		
1.	Możliwość rozbudowy o moduł monitorowania zwiótczenia nerwowo mięśniowego- moduł monitora sterowany z poziomu monitora anestetycznego z menu w języku polskim trendy graficzne i tabelaryczne wyświetlane na monitorze - pomiar z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF, pomiar z wykorzystaniem metody pojedynczej stymulacji, stymulacja salwą podwójną, możliwość lokalizacji nerwu	TAK	
2.	Moduł monitorowania pomiaru poziomu głębokości znieczulenia BIS lub Entropia sterowany bezpośrednio z monitora z programowaniem w języku polskim z możliwością wyświetlenia trendów oraz liczbowych wartości współczynnika tłumienia potencjałów iglicowych (SR, BSR, ESR), parametrów opartych na przetwarzaniu sygnałów z EEG na ekranie monitora – 1 szt.	TAK	
3.	Monitor i aparat do znieczulenia jednego producenta	TAK	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat do znieczulania ogólnego z zestawem monitorującym							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min 2 kół	TAK	
2.	Zasilanie 230 V 50 Hz	TAK	
3.	4 gniazda elektryczne 230 V	TAK	
4.	Zasilanie gazowe O ₂ N ₂ O i powietrze z sieci centralnej	TAK	
5.	Awaryjne zasilanie z butli O ₂	TAK	
6.	Minimum 2 szuflady na drobne akcesoria	TAK, podać	
7.	Ssak z regulacją siły ssania	TAK	
8.	Mechaniczne lub pneumatyczno-mechaniczne zabezpieczenie przed podaniem mieszaniny gazów powodującej hipoksję na poziomie min. 23 lub 25%	TAK	
9.	Półka lub blat do pisania	TAK	
10.	Podświetlenie blatu do pisania (do zabiegów laparoskopowych) – oświetlenie wbudowane w aparat Podświetlenie precyzyjnych mechanicznych przepływomierzy, rotametrycznych	TAK	
11.	Konfiguracja aparatu: Aparat podstawowy; pochłaniacz dwutlenku węgla; respirator; monitor	TAK	
II.	System dystrybucji gazów		
1.	Precyzyjne, podwójne mechaniczne – rotametryczne przepływomierze dla: O ₂ , N ₂ O, powietrza	TAK	
2.	Kalibracja i dokładność przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami	TAK	
III.	Układ oddechowy		
1.	Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności po 2 szt na aparat	TAK	
2.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa. Minimalny zakres regulacji zastawki wynosi 0,8-68 (cmH ₂ O)	TAK	
3.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej i objętości maksymalnie do 1,5 L. Możliwość rozbudowy o pojemniki jednorazowe.	TAK	
4.	Możliwość zmiany pojemnika w czasie znieczulenia bez wzywania serwisu i utraty szczelności układu	TAK	
5.	System zabezpieczający przed nadmiernym zawilgoceniem układu	TAK	
6.	Możliwość eliminacji gazów anestezjologicznych poza salę operacyjną	TAK	
7.	Pomiar i obrazowanie stężenia tlenu w gazach oddechowych	TAK	
8.	Alarm niskiego stężenia O ₂	TAK	
9.	Alarm wysokiego stężenia O ₂	TAK	

10.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych– 1szt	TAK	
11.	Możliwość sterylizacji elementów wielorazowego użytku układu oddechowego	TAK	
IV.	Tryb wentylacji		
1.	Respirator z napędem elektrycznym lub pneumatycznym, sterowany elektronicznie	TAK	
2.	Tryb ręczny. Parametry wentylacji manualnej muszą być wyświetlane na ekranie aparatu	TAK	
3.	Regulacja przerwy wdechowej w minimalnym zakresie 5% - 60%	TAK	
4.	Wentylacja kontrolowana objętością	TAK	
5.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	TAK	
6.	Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP	TAK	
V.	Regulacje		
1.	Regulacja stosunku wdech-wydech: min 2:1 – 1:4	TAK	
2.	Regulacja częstości oddechu, minimum 4-65 l/min	TAK	
3.	Regulacja objętości oddechu, minimum 50-1400ml	TAK	
4.	Regulacja ciśnienia wdechowego : min. 5-50 cm H ₂ O.	TAK	
5.	Regulacja wartości PEEP: min. 5-25 (cmH ₂ O)	TAK	
VI.	Alarmy		
1.	Niskiej minutowej objętości oddechowej oraz niskiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
2.	Wysokiej minutowej objętości oddechowej oraz wysokiej objętości pojedynczego oddechu	TAK	
3.	Wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
4.	Niskiego ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
5.	Braku zasilania w energię elektryczną	TAK	
6.	Braku zasilania w gazy lub niskiego ciśnienia gazów zasilających	TAK	
VII.	Pomiar i obrazowanie		
1.	Pomiar i obrazowanie częstości oddechowej	TAK	
2.	Pomiar i obrazowanie ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
3.	Pomiar i obrazowanie objętości oddechowej	TAK	
4.	Pomiar minutowej objętości oddechowej	TAK	
5.	Obrazowanie, wyświetlanie krzywej oddechowej ciśnienie/czas	TAK	
6.	Wyświetlanie – stężenia tlenu	TAK	
VIII.	Inne		
1.	Awaryjne wbudowane zasilanie bateryjne na min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK, podać	
2.	Uchwyty do zamocowania dwóch parowników	TAK	
3.	Parownik do sevofluranu	TAK	
4.	Dodatkowy przepływomierz do tlenu	TAK	
5.	Wapno z indykátorem – min. 1 opakowanie 5 litrów	TAK	
IX.	Monitor		
1.	Ekran typu TFT	TAK	
2.	Ekran kolorowy, przekątna ekranu min. 12 cali	TAK	
3.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
4.	Ilość jednocześnie wyświetlanych krzywych – min.6	TAK	
5.	Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz	TAK	
6.	Zasilanie akumulatorowe min. 90 minut w warunkach standardowych	TAK	
7.	Monitor transportowo – stacjonarny, możliwość odłączenia monitora od aparatu, monitor wyposażony w rączkę do przenoszenia	TAK	

8.	Instalacja monitora w ramieniu, wysięgniku aparatu do znieczulania	TAK	
X.	Parametry mierzone		
1.	Pomiar EKG z min. 3 odprowadzeń, analiza arytmii w zakresie podstawowym, analiza wybranych krzywych, w komplecie filtr zakłóceń w.cz. przewód EKG	TAK	
2.	Częstość oddechów (respiracja impedancyjna), prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie.	TAK	
3.	Pulsoksymetria dla dorosłych, mierzona metodą zawierającą efektywny algorytm statystycznej obróbki wyników pomiarów	TAK	
4.	Pomiar temperatury, w komplecie czujnik temperatury. Wymagane wyświetlanie różnicy temperatur mierzonej w dwóch różnych punktach	TAK	
5.	Kapnografia	TAK	
6.	Pomiar gazów anestetycznych, pomiar stężenia N2O, CO2 wdech i wydech, MAC	TAK	
7.	Rozdzielność trendów	TAK, podać	
8.	Pomiar ciśnienia metodą inwazyjną (w komplecie min 5 szt. przetworników)	TAK	
9.	Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną (preferowane z układem eliminacji artefaktów), przewód i 3 mankiety : dla dorosłych mały, średni, duży i dodatkowy mankiety dla dzieci	TAK	
XI.	Alarmy		
1.	Ustawienie granic alarmowych dla wszystkich monitorowanych parametrów	TAK	
2.	Alarmy z hierarchią ważności	TAK	
3.	Alarmy optyczne i akustyczne przy przekroczeniu nastawionych granic alarmowych dla monitorowanych parametrów	TAK	
XII.	Inne		
1.	Moduł monitorowania zwiótczenia nerwowo mięśniowego- moduł monitora sterowany z poziomu monitora anestezjologicznego z menu w języku polskim trendy graficzne i tabelaryczne wyświetlane na monitorze - pomiar z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF, pomiar z wykorzystaniem metody pojedynczej stymulacji, stymulacja salwą podwójną, możliwość lokalizacji nerwu – 1 szt.	TAK	
2.	Czujnik mechaniczny zwiótczenia mięśniowego – 1 szt.	TAK	
3.	Możliwość rozbudowy o moduł monitorowania pomiaru poziomu głębokości znieczulenia BIS lub Entropia sterowany bezpośrednio z monitora z programowaniem w języku polskim z możliwością wyświetlenia trendów oraz liczbowych wartości współczynnika tłumienia potencjałów iglicowych (SR, BSR, ESR), parametrów opartych na przetwarzaniu sygnałów z EEG na ekranie monitora	TAK	
4.	Monitor i aparat do znieczulenia jednego producenta	TAK	
5.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
6.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat do znieczulenia ogólnego z zestawem monitorującym - przewoźny							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Czytelny wyświetlacz	TAK	
2.	Pokrętło do regulacji natężenia prądu	TAK	
3.	Urządzenie do przezskórnej identyfikacji nerwów	TAK	
4.	Możliwość obsługi jedną ręką	TAK	
5.	Możliwość zdalnego sterowania	TAK	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
7.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stymulator nerwów obwodowych							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Respirator - 6 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Zasilanie elektryczne AC 230V 50Hz +/- 10%	TAK	
2.	Respirator wyposażony w pojedynczy, podstawowy kolorowy ekran LCD min. 12" regulowany w min. dwóch płaszczyznach (niezależnie od obudowy respiratora)	TAK	
3.	Zasilanie akumulatorowe na minimum 60 min. w warunkach typowych	TAK	
4.	Zasilanie w powietrze i tlen medyczny z centralnej szpitalnej instalacji gazów (min. 3 - 6 bar)	TAK	
5.	Możliwość awaryjnej pracy przy zasilaniu tylko jednym gazem (O ₂ lub powietrze)	TAK	
6.	Wentylacja PCV (ciśnieniowo zmienna)	TAK	
7.	Wentylacja VCV objętościowo zmienna)	TAK	
8.	Wentylacja ciśnieniowa dwupoziomowa typu (Bi-Level, BiPAP, DuoPAP)	TAK	
9.	Wentylacja z zadaną objętością z ograniczeniem ciśnienia	TAK	
10.	Wentylacja wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem	TAK	
11.	Wentylacja SIMV kontrolowana objętościowo i ciśnieniowo	TAK	
12.	Wentylacja nieinwazyjna- wentylacja przez maskę twarzową	TAK	
13.	Wentylacja z zadanym ciśnieniem z gwarantowaną objętością	TAK	
14.	Możliwość ustawienia parametrów wentylacji bezdechu z aktywacją w czasie min. 10 do 60 s.	TAK	
15.	Oddech ręczny	TAK	
16.	Zakres objętości pojedynczego oddechu min. 20 - 2000 ml	TAK	
17.	Zakres częstości oddychania w zakresie od min. 5 - 120 oddechów/min	TAK	
18.	I:E min. 4:1 do 1:9	TAK	
19.	Ciśnienie wdechowe min. 5 - 95 cm H ₂ O	TAK	
20.	Ciśnienie wspomagania min. 0 - 50 cm H ₂ O	TAK	
21.	PEEP/CPAP min. do 50 cm H ₂ O	TAK	
22.	Stężenie O ₂ w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie min. 21 - 100%	TAK	

23.	Przepływ bazowy regulowany ręcznie w zakresie min. 2-9 L/min	TAK	
24.	Wyzwalanie oddechu - czułość przepływowa regulowana w zakresie min. od 1 – 8 L/min	TAK	
25.	Wyzwalanie oddechu – regulacja (płynna lub skokowa) czułości ciśnieniowej w zakresie min. od -1 do -8 cmH2O	TAK	
26.	Pomiar pojemności życiowej płuc pacjenta - VC	TAK	
27.	Pomiar NIF	TAK	
28.	Procedura P 0.1	TAK	
29.	Próba oddechu spontanicznego SBT	TAK	
30.	Nebulizator	TAK	
31.	Monitorowanie stężenia O2 - Pomiar tlenu za pomocą wewnętrznego, elektronicznego (niechemicznego) czujnika nie wymagającego okresowej wymiany	TAK	
32.	Pomiary spirometryczne z kreśleniem minimum trzech różnych pętli spirometrycznych	TAK	
33.	Monitorowanie częstości oddechów	TAK	
34.	Zatrzymanie wdechu	TAK	
35.	Zatrzymanie wydechu	TAK	
36.	Funkcja ułatwiająca natlenienie pacjenta przed odsysaniem z zatrzymaniem pracy respiratora w trybie gotowość i wyłączenie alarmów na minimum 120 sekund	TAK	
37.	Monitorowanie objętości pojedynczego oddechu i objętości minutowej oddechów kontrolowanych	TAK	
38.	Pomiar oporów i podatności dynamicznej układu oddechowego	TAK	
39.	Regulacja czasu narastania oddechów	TAK	
40.	Monitorowanie ciśnienia minimalnego, szczytowego, średniego	TAK	
41.	Monitorowanie przepływu w układzie pacjenta	TAK	
42.	Pamięć alarmów	TAK	
43.	Alarm bezdechu z możliwością uruchomienia trybu wentylacji bezdechu	TAK	
44.	Alarm objętości minutowej	TAK	
45.	Alarm ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
46.	Alarm częstości oddechowej	TAK	
47.	Alarm stężenia tlenu	TAK	
48.	Alarm braku zasilania gazowego i elektrycznego	TAK	
49.	Alarmy techniczne z podaniem informacji w j. polskim	TAK	
50.	Pamięć trendów wszystkich parametrów wentylacji zapisywana i prezentowana w respiratorze min. 5 dni	TAK	
51.	Respirator umieszczony na wózku jezdnym, min. 2 koła z blokadą	TAK	
52.	Obsługa respiratora w języku polskim: menu przycisków , komunikaty ekranowe	TAK	
53.	Sterylizowalny w autoklawie układ oddechowy dla dorosłych: rury oddechowe, złączka Y - 2 kpl. na respirator	TAK	
54.	Maska dla dorosłych do wentylacji nieinwazyjnej	TAK	
55.	Filtr HME (sztuczny nos) - 10 szt. dla dorosłych.	TAK	
56.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
57.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkow a netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respirator							6	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Przeznaczenie respiratora		
1.	Respirator transportowo-stacjonarny dla dorosłych i dzieci	TAK	
II.	Zasilanie respiratora		
1.	Zasilanie powietrzem z wewnętrznego kompresora lub turbiny itp.	TAK	
2.	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu, min: 2,8 do 4,0 bar	TAK, podać	
3.	Zasilanie AC 230V, 50 Hz	TAK	
4.	Zasilanie DC 12 V	TAK	
5.	Awaryjne zasilanie z akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy	TAK	
III.	Tryb wentylacji		
1.	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist	TAK	
2.	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV	TAK	
3.	Dodatknie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP	TAK	
4.	Wentylacja nieinwazyjna	TAK	
5.	Wentylacja awaryjna przy wystąpieniu bezdechu	TAK	
IV.	Rodzaje oddechu wymuszonego		
1.	Wdech manualny	TAK	
2.	Oddech kontrolowany objętością VCV	TAK	
3.	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV	TAK	
4.	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	TAK	
V.	Parametry regulowane		
1.	Częstość oddechów 3-60 odd./min	TAK	
2.	Objętość pojedynczego oddechu 50-1800ml	TAK	
3.	Regulowany czas wdechu 0,3-3,0 s	TAK	
4.	Ciśnienie wdechowe PCV 5-60 cmH2O	TAK	
5.	Ciśnienie wspomagania PSV 5-50 cmH2O	TAK	
6.	Ciśnienie PEEP/CPAP 0-20 cmH2O	TAK	
7.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 -8 l/min	TAK	
8.	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 -15 cm H2O	TAK	

9.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 -100%	TAK	
VI.	Obrazowanie i pomiary parametrów wentylacji		
1.	Monitor (wbudowany) o przekątnej minimum 6 cali dla obrazowania parametrów wentylacji	TAK	
2.	Całkowita częstość oddychania	TAK	
3.	Objętość pojedynczego oddechu	TAK	
4.	Całkowita objętość wentylacji minutowej	TAK	
5.	Ciśnienie szczytowe	TAK	
6.	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, w funkcji czasu Co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie monitora	TAK	
VII.	Alarmy		
1.	Niskiej i wysokiej całkowitej objętości minutowej	TAK	
2.	Niskiej objętości oddechowej pojedynczego wdechu	TAK	
3.	Wysokiego i niskiego ciśnienia w układzie oddechowym pacjenta	TAK	
4.	Wysokiej i niskiej częstości oddechowej	TAK	
5.	Bezdechu	TAK	
VIII.	Inne posiadane funkcje i wyposażenie		
1.	Możliwość pracy w środowisku MRI do 3 Tesli	TAK	
2.	Kompletny układ oddechowy wielorazowy -1 szt.	TAK	
3.	Jednorazowy układ oddechowy do pracy w środowisku MRI -10 szt.	TAK	
4.	Wskaźnik naładowania akumulatora wewnętrznego	TAK	
IX.	Pozostałe		
1.	Podstawa jezdna z blokadą	TAK	
2.	Uchwyt na butle tlenową	TAK	
3.	Ramię układu pacjenta	TAK	
X.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
XI.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respirator transportowy							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.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Respirator dla noworodków z masą ciała od 500 g	TAK	
2.	Zasilanie elektryczne AC 230V 50Hz +/- 10%	TAK, podać	
3.	Respirator wyposażony w pojedynczy, podstawowy kolorowy ekran LCD min. 12" regulowany w min. dwóch płaszczyznach (niezależnie od obudowy respiratora)	TAK	
4.	Zasilanie akumulatorowe na minimum 60 min. w warunkach typowych	TAK, podać	
5.	Zasilanie w powietrze i tlen medyczny z centralnej szpitalnej instalacji gazów (min. 3 - 6 bar)	TAK	
6.	Możliwość awaryjnej pracy przy zasilaniu tylko jednym gazem (O ₂ lub powietrze)	TAK	
7.	Wentylacja PCV (ciśnieniowo zmienna)	TAK	
8.	Wentylacja VCV (objętościowo zmienna)	TAK	
9.	Wentylacja ciśnieniowa dwupoziomowa typu (Bi-Level, BiPAP, DuoPAP)	TAK	
10.	Wentylacja z zadaną objętością z ograniczeniem ciśnienia	TAK	
11.	Wentylacja wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem	TAK	
12.	Wentylacja SIMV kontrolowana objętościowo i ciśnieniowo	TAK	
13.	Wentylacja z zadanym ciśnieniem z gwarantowaną objętością	TAK	
14.	Możliwość ustawienia parametrów wentylacji bezdechu z aktywacją w czasie min. 10 do 60 s.	TAK, podać	
15.	Oddech ręczny	TAK	
16.	Zakres objętości pojedynczego oddechu min. 5 – 350 ml, z możliwością nastaw do 2000 ml w trybie dzieci, dorośli	TAK	
17.	Zakres częstości oddychania w zakresie od min. 5 - 150 oddechów/min	TAK	
18.	I:E min. 4:1 do 1:9	TAK	
19.	Ciśnienie wdechowe min. 5 - 80 cm H ₂ O	TAK, podać	
20.	Ciśnienie wspomagania min. 0 - 50cm H ₂ O	TAK, podać	
21.	PEEP/CPAP min. do 30 cm H ₂ O	TAK, podać	

22.	Stężenie O ₂ w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie min. 21 - 100%	TAK	
23.	Wyzwalanie oddechu - czułość przepływowa regulowana w zakresie min. od 0,5 – 1 L/min z możliwością nastawy przepływu do min. 8 l/min w trybie dzieci, dorośli	TAK	
24.	Wyzwalanie oddechu – regulacja (płynna lub skokowa) czułości ciśnieniowej w zakresie min. od -0,5 do -8 cmH ₂ O	TAK	
25.	Nebulizer	TAK	
26.	Monitorowanie stężenia O ₂ - Pomiar tlenu za pomocą wewnętrznego czujnika tlenowego bez konieczności jego wymiany przez użytkownika	TAK	
27.	Pomiary spirometryczne z kreśleniem minimum dwóch różnych pętli spirometrycznych	TAK	
28.	Monitorowanie częstości oddechów	TAK	
29.	Zatrzymanie wdechu	TAK	
30.	Zatrzymanie wydechu	TAK	
31.	Funkcja ułatwiająca natlenienie pacjenta przed odsysaniem z zatrzymaniem pracy respiratora w trybie gotowość i wyłączenie alarmów na minimum 120 sekund	TAK	
32.	Monitorowanie objętości pojedynczego oddechu i objętości minutowej oddechów kontrolowanych	TAK	
33.	Pomiar oporów i podatności dynamicznej układu oddechowego	TAK	
34.	Regulacja czasu narastania oddechów	TAK	
35.	Monitorowanie ciśnienia minimalnego, szczytowego, średniego	TAK	
36.	Monitorowanie przepływu w układzie pacjenta	TAK	
37.	Pamięć alarmów	TAK	
38.	Alarm bezdechu z możliwością uruchomienia trybu wentylacji bezdechu	TAK	
39.	Alarm objętości minutowej	TAK	
40.	Alarm ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
41.	Alarm częstości oddechowej	TAK	
42.	Alarm stężenia tlenu	TAK	
43.	Alarm braku zasilania gazowego i elektrycznego	TAK	
44.	Alarmy techniczne z podaniem informacji w j. polskim	TAK	
45.	Pamięć trendów parametrów wentylacji zapisywana i prezentowana w respiratorze min. 5 dni	TAK	
46.	Respirator umieszczony na wózku jezdnym, min. 2 koła z blokadą	TAK	
47.	Obsługa respiratora w języku polskim: menu przycisków, komunikaty ekranowe	TAK	

48.	Nawilżacz aktywny mocowany na wózku respiratora	TAK	
49.	Sterylizowalny w autoklawie układ oddechowy dla noworodków: rury oddechowe, pułapki wodne, złączka Y - 2 kpl	TAK	
50.	Filtr HME (sztuczny nos) - 10 szt. dla noworodków	TAK	
51.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
52.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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: **Respirator z funkcją nCPAP - 1 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Respirator dla noworodków z masą ciała od 500 g	TAK	
2.	Zasilanie elektryczne AC 230V 50Hz +/- 10%	TAK, podać	
3.	Respirator wyposażony w pojedynczy, podstawowy kolorowy ekran LCD min. 12" regulowany w min. dwóch płaszczyznach (niezależnie od obudowy respiratora)	TAK, podać	
4.	Zasilanie akumulatorowe na minimum 60 min. w warunkach typowych	TAK	
5.	Zasilanie w powietrze i tlen medyczny z centralnej szpitalnej instalacji gazów (min. 3 - 6 bar)	TAK, podać	
6.	Możliwość awaryjnej pracy przy zasilaniu tylko jednym gazem (O ₂ lub powietrze)	TAK	
7.	Wentylacja PCV (ciśnieniowo zmienna)	TAK	
8.	Wentylacja VCV (objętościowo zmienna)	TAK	
9.	Wentylacja ciśnieniowa dwupoziomowa typu (Bi-Level, BiPAP, DuoPAP)	TAK	
10.	Wentylacja z zadaną objętością z ograniczeniem ciśnienia	TAK	
11.	Wentylacja wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem	TAK	
12.	Wentylacja SIMV kontrolowana objętościowo i ciśnieniowo	TAK	
13.	Wentylacji nieinwazyjna – nCPAP	TAK	
14.	Wentylacja z zadanym ciśnieniem z gwarantowaną objętością	TAK	
15.	Możliwość ustawienia parametrów wentylacji bezdechu z aktywacją w czasie min. 10 do 60 s.	TAK	
16.	Oddech ręczny	TAK	
17.	Zakres objętości pojedynczego oddechu min. 5 – 350 ml, z możliwością nastaw do 2000 ml w trybie dzieci, dorośli	TAK	
18.	Zakres częstości oddychania w zakresie od min. 5 - 150 oddechów/min	TAK	
19.	I:E min. 4:1 do 1:9	TAK	

20.	Ciśnienie wdechowe min. 5 - 80 cm H ₂ O	TAK, podać	
21.	Ciśnienie wspomagania min. 0 - 50 cm H ₂ O	TAK	
22.	PEEP/CPAP min. do 30 cm H ₂ O	TAK, podać	
23.	Stężenie O ₂ w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie min. 21 - 100%	TAK	
24.	Wyzwalanie oddechu - czułość przepływowa regulowana w zakresie min. od 0,5 – 1 L/min z możliwością nastawy przepływu do min. 8 l/min w trybie dzieci, dorośli	TAK, podać	
25.	Wyzwalanie oddechu – regulacja (płynna lub skokowa) czułości ciśnieniowej w zakresie min. od -0,5 do -8 cmH ₂ O	TAK, podać	
26.	Nebulizer	TAK	
27.	Monitorowanie stężenia O ₂ - Pomiar tlenu za pomocą wewnętrznego czujnika tlenowego bez konieczności jego wymiany przez użytkownika	TAK	
28.	Pomiary spirometryczne z kreśleniem minimum dwóch różnych pętli spirometrycznych	TAK	
29.	Monitorowanie częstości oddechów	TAK	
30.	Zatrzymanie wdechu	TAK	
31.	Zatrzymanie wydechu	TAK	
32.	Funkcja ułatwiająca natlenienie pacjenta przed odsysaniem z zatrzymaniem pracy respiratora w trybie gotowość i wyłączenie alarmów na minimum 120 sekund	TAK	
33.	Monitorowanie objętości pojedynczego oddechu i objętości minutowej oddechów kontrolowanych	TAK	
34.	Pomiar oporów i podatności dynamicznej układu oddechowego	TAK	
35.	Regulacja czasu narastania oddechów	TAK	
36.	Monitorowanie ciśnienia minimalnego, szczytowego, średniego	TAK	
37.	Monitorowanie przepływu w układzie pacjenta	TAK	
38.	Pamięć alarmów	TAK	
39.	Alarm bezdechu z możliwością uruchomienia trybu wentylacji bezdechu	TAK	
40.	Alarm objętości minutowej	TAK	
41.	Alarm ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
42.	Alarm częstości oddechowej	TAK	
43.	Alarm stężenia tlenu	TAK	
44.	Alarm braku zasilania gazowego i elektrycznego	TAK	
45.	Alarmy techniczne z podaniem informacji w j. polskim	TAK	
46.	Pamięć trendów parametrów wentylacji zapisywana i prezentowana w respiratorze min. 5 dni	TAK, podać	

47.	Respirator umieszczony na wózku jezdnym, min. 2 koła z blokadą	TAK	
48.	Obsługa respiratora w języku polskim: menu przycisków, komunikaty ekranowe	TAK	
49.	Nawilżacz aktywny mocowany na wózku respiratora	TAK	
50.	Sterylizowalny w autoklawie układ oddechowy dla noworodków: rury oddechowe, pułapki wodne, złączka Y - 2 kpl	TAK	
51.	Filtr HME (sztuczny nos) - 10 szt. dla noworodków	TAK	
52.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
53.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respirator z funkcją nCPAP							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 – 7 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Przeznaczenie respiratora		
1.	Respirator przeznaczony do zastosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia	TAK	
2.	Respirator dla dorosłych i dzieci Zakres wiekowy pacjentów obejmuje dorosłych i dzieci powyżej 3,5 kg	TAK	
II.	Zasilanie respiratora		
1.	Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres 2,5 do 6,0 bar uwzględnia typowe ciśnienie powietrza centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i cyklu pracy sprężarek	TAK	
2.	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres uwzględnia typowe ciśnienie tlenu centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i stanu napełnienia butli	TAK	
3.	Możliwość prowadzenia wentylacji awaryjnie przy zasilaniu jednym gazem, powietrzem lub tlenem. Automatyczne przełączenie respiratora na dostępny gaz Respirator musi podtrzymać pracę w przypadku awarii jednego z zasilających gazów. Wymagany komunikat o braku zasilania tlenem lub powietrzem	TAK	
4.	Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz +/-10% Respirator musi być przystosowany do standardowego zasilania sieciowego w Polsce i być odpornym na wahania zasilania sieciowego co najmniej w granicach +/- 10%	TAK, podać	
5.	Awaryjne zasilanie ze zintegrowanego akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy. Respirator musi podtrzymać wentylację w przypadku awarii zasilania sieciowego. Minimalny czas konieczny do zabezpieczenia alternatywnej wentylacji to 30 minut. Podtrzymanie nie musi zapewniać pracy kompresora	TAK	
III.	Tryby wentylacji		
1.	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist – IPPV Typowy tryb wentylacji dla pacjentów bez napędu oddechowego lub z bardzo słabym napędem oddechowym. Dostępny we wszystkich respiratorach.	TAK	
2.	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV Typowy tryb wentylacji dla pacjentów ze zmiennym napędem oddechowym będących w stanie zabezpieczyć część spontanicznej wentylacji minutowej. Wymagana możliwość wyboru oddechu co najmniej wymuszonego VCV, PCV i spontanicznego PSV. Dostępny we wszystkich respiratorach	TAK	
3.	Wentylacja SPONTANICZNA Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu Dostępny we wszystkich respiratorach	TAK	

4.	Dodatknie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym wymagających zwiększonej pojemności końcowo- wydechowej. Dostępny we wszystkich respiratorach	TAK	
5.	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV Typowy tryb wentylacji w respiratorach wysokiej klasy nowej generacji z aktywnym zaworem oddechowym dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganiem oddechu na dwóch poziomach dodatniego ciśnienia. Dostępny we wszystkich respiratorach wysokiej klasy pod różnymi nazwami. Zamawiający wymaga, aby respirator rozpoznawał spontaniczną aktywność pacjenta na obu poziomach ciśnienia, zliczał oddechy pacjenta i mierzył ich objętości	TAK	
6.	Wentylacja nieinwazyjna NIV Zamawiający wymaga, aby dostarczone respiratory umożliwiały wentylację za pomocą maski, hełmów i innych nieinwazyjnych akcesoriów do wentylacji. Wymaga się aby respirator był dostosowany do pracy z układami do nieinwazyjnej wentylacji, które charakteryzują się zmiennym przeciekiem. Wymagany jest wydzielony przycisk uruchamiający wentylację nieinwazyjną i jasna sygnalizacja pracy respiratora w tym trybie	TAK	
7.	Wdech manualny Respirator musi być wyposażony w przycisk umożliwiający na żądanie oddanie przez lekarza mechanicznego oddechu o ustalonych parametrach	TAK	
8.	Wentylacja zabezpieczająca przy bezdechu. Respirator musi posiadać automatycznie uruchamianą wentylację zastępczą w przypadku braku aktywności pacjenta w trybie wentylacji spontanicznej	TAK	
9.	Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i wyboru rodzaju oddechu wymuszonego Konieczna możliwość wyboru oddechu VCV lub PCV. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej lepszy dobór wentylacji zabezpieczającej przy bezdechu do patologii oddechowej pacjenta	TAK	
IV. Rodzaje oddechu wymuszonego			
1.	Oddech kontrolowany objętością VCV Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany objętością. Kryterium przełączenia na fazę wydechową jest oddanie nastawionej objętości lub osiągnięcie limitu alarmowego nastawionego przez lekarza	TAK	
2.	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany ciśnieniem. Respirator ma utrzymać nastawione ciśnienie wdechowe przez czas wdechu. Kryterium przełączenia na fazę wydechową jest osiągnięcie czasu wdechu lub limitu alarmowego nastawionego przez lekarza	TAK	
3.	Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy wymuszone o podwójnej kontroli – ciśnieniowo kontrolowane z docelową objętością. Respirator może zmieniać zgodnie z algorytmem ciśnienie wdechowe w celu zapewnienia docelowej objętości oddechowej. Wymagane są zabezpieczenia nadmiernej objętości wdechowej i alarm ograniczający ciśnienia wdechowe	TAK	

V.	Rodzaje oddechu spontanicznego		
1.	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy spontaniczne wspomagane ciśnieniem. Oddechy muszą być wyzwalane przez pacjenta i przełączane na fazę wydechową z kryterium przepływowego (spadek przepływu wdechowego do ustalonej wartości procentowej przepływu szczytowego)	TAK	
2.	Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV. Respirator musi zmieniać automatycznie poziom ciśnienia wdechowego wspomagającego oddechy spontaniczne w zależności od wysiłku pacjenta tak, aby przywrócić docelową spontaniczną objętość oddechową	TAK	
3.	Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej typu ATC, TC, TRC Zamawiający wymaga, aby respiratory wyposażone były w tryb eliminujący wpływ rurki dotchawiczej na pracę oddechową pacjenta umożliwiając przeprowadzenie kontrolowanych prób samodzielnego oddychania pacjenta (SBT). Automatyczna kompensacja rurki intubacyjnej jako tryb wymagający szybkiej reakcji respiratora i ciągłej zmiany ciśnienia wspomagania w zależności od przepływu gazów przez rurkę jest charakterystycznym sposobem wspomagania oddechu spontanicznego pacjenta dla wysokiej klasy respiratorów z szybką pneumatyką	TAK	
4.	Oddech spontaniczny wspomagany proporcjonalnie typu PPS, PAV zgodny z algorytmem Younesa lub NAVA wspomaganie wysiłku oddechowego na podstawie detekcji elektrycznej aktywności nerwu przeponowego Zamawiający wymaga wyposażenia respiratora w najnowsze tryby oddechowe wspomagające synchronicznie pracę przepony wentylowanego pacjenta, zmieniające aparat we „wzmacniacz oddechu” 3 aparaty w dostawie	TAK	
VI.	Parametry regulowane		
1.	Częstość oddechów. Respirator musi posiadać zakres regulacji częstości oddechów umożliwiający wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 1-100 1/min	TAK	
2.	Objętość pojedynczego oddechu Respirator musi posiadać zakres regulacji objętości oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 30-2000ml	TAK	
3.	Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych Respirator musi posiadać zakres regulacji przepływu szczytowego umożliwiający wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 3-140 l/min	TAK	
4.	Ciśnienie wdechowe PCV Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wdechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. Wymagany zakres minimalny: 5-80 cmH ₂ O	TAK	
5.	Ciśnienie wspomagania PSV/ASB Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wspomagania umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0-60 cmH ₂ O	TAK	

6.	Ciśnienie PEEP/CPAP Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia końcowo wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień PEEP/CPAP np z ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0–40 cmH₂O	TAK	
7.	Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV Respirator musi posiadać zakres regulacji poziomu wysokiego ciśnienia umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych z patologią płucną wymagających wysokich ciśnień. Wymagany zakres minimalny: 5-50 cmH₂O	TAK	
8.	Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV Respirator musi posiadać zakres regulacji dolnego poziomu ciśnienia końcowo wydechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień. Wymagany zakres minimalny: 0–30 cmH₂O	TAK	
9.	Czas plateau. Respirator musi posiadać możliwość ustawienia pauzy wdechowej w wentylacji objętościowo kontrolowanej poprzez bezpośrednią lub pośrednią nastawę czasu trwania czasu plateau. Zamawiający dopuszcza regulację czasu plateau, procentu czasu wdechu lub inną, która w efekcie umożliwi uzyskanie pauzy wdechowej o czasie trwania minimum od 0,0 do 2,0 sekund	TAK	
10.	Czas wysokiego poziomu ciśnienia. Zamawiający wymaga aby respirator umożliwiał stosowanie długich czasów górnego wysokiego poziomu ciśnienia co jest szczególnie istotne w trybie wentylacji z uwolnieniem ciśnienia APRV. Dopuszcza się różne metody nastawy bezpośrednie poprzez regulację czasu lub pośrednie, które w efekcie pozwolą na uzyskanie czasu górnej fazy ciśnienia w zakresie 0,5 do minimum 15 sekund	TAK	
11.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta. Respirator musi być wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta. Minimalny wymagany zakres czułości triggera przepływowego to 0,5 do 15 l/min	TAK	
12.	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum 0,5 – 15 cmH₂O. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dodatkowy sposób wykrywania wysiłku spontanicznego pacjenta, dostosowujący respirator lepiej do patologii płucnej i stanu pacjenta	TAK	
13.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w pneumatyczno-elektroniczny mieszalnik gazów kontrolowany mikroprocesorowo pozwalający na zmianę wdechowego stężenia tlenu w zakresie 21 do 100% co 1%. Zamawiający nie zaakceptuje oferty na respirator z mechanicznym mieszalnikiem tlenu ze względu na podatność takiego rozwiązania na zanieczyszczenia gazów i konieczność częstych przeglądów	TAK	

14.	Możliwość ustawienia dla wentylacji przy bezdechu wyższego stężenia tlenu od stosowanego w aktualnym trybie wentylacji. Respirator musi automatycznie podnieść stężenie tlenu przy przejściu do wentylacji przy bezdechu do nastawionego wstępnie poziomu i powrócić do poprzedniego FiO2 po zakończeniu bezdechu. Zamawiający uznał, że funkcja ta ma istotne znaczenie w utrzymaniu właściwego poziomu dostarczania tlenu u pacjentów oddychających spontanicznie wpadających w bezdech	TAK	
VII. Inne funkcje wentylacji			
1.	Manualne przedłużenie fazy wdechowej Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwiał wykonanie manewru pauzy wdechowej minimum do 5 sekund. Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia plateau i wykonanie pomiarów mechaniki oddechowej	TAK	
2.	Manualne przedłużenie fazy wydechowej Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwiał wykonanie manewru pauzy wydechowej minimum do 10 sekund. Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia końcowo-wydechowego i wykonanie pomiarów wewnętrznego PEEP	TAK	
3.	Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych :prostokątna i opadająca. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dobór krzywej przepływu zapewniającej lepszą dystrybucję gazów, dostosowanej do patologii oddechowej pacjenta	TAK	
4.	Możliwość wyboru sposobu nastawiania parametrów wzajemnie zależnych w trakcie wentylacji pacjenta (czas wdechu, czas wydechu, stosunek I:E). Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej nastawianie parametrów respiratora zgodnie z preferencjami lekarza	TAK	
5.	Możliwość wspomaganie oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, APRV. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiająca lepszy dobór wentylacji do patologii oddechowej pacjenta, w tym wspomaganie wysiłku oddechowego pacjenta w wysokiej fazie ciśnienia co jest szczególnie istotne przy wentylacji APRV	TAK	
6.	Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum 5 – 50%. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej optymalizację synchronizacji wydechu z wysiłkiem oddechowym pacjenta	TAK	
7.	Pomiar parametrów nie wymagający sterylizacji, dezynfekcji lub wymiany czujników pomiarowych pomiędzy pacjentami. Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej szybkie zastosowanie respiratora u następnego pacjenta, uzasadnionej także z punktu widzenia kosztów eksploatacji i łatwości obsługi aparatu	TAK	
VIII. Monitor graficzny			
1.	Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14” do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji. Zamawiający wymaga, aby ekran umożliwiał obsługę poprzez dotyk także w przypadku używania rękawiczek ochronnych	TAK	

2.	Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w ekran z możliwością obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do reszty aparatu. Funkcja ta ma ułatwić obsługę aparatu poprzez dostosowanie kąta widzenia do potrzeb osoby obsługującej bez konieczności obrotu całego aparatu wraz z ramieniem podtrzymującym układ oddechowy, wiążącego się z niebezpieczeństwem przypadkowego rozintubowania pacjenta	TAK	
3.	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu Zamawiający wymaga graficznej prezentacji ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia co najmniej 2 krzywych jednocześnie na ekranie	TAK	
4.	Respirator musi posiadać możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie w celu ich analizy. Funkcja ta umożliwia lepszą diagnostykę stanu pacjenta	TAK	
5.	Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość i przepływ – objętość. Zamawiający wymaga funkcji polepszającej diagnostykę mechaniki oddechowej pacjenta	TAK	
6.	Prezentacja na ekranie trendów graficznych i tabelarycznych min. 48 godzinnych Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej przegląd monitorowanych i nastawianych parametrów, która polepsza diagnostykę stanu pacjenta	TAK	
IX. Pomiary parametrów wentylacji			
1.	Integralny pomiar stężenia tlenu Respirator musi posiadać czujnik pomiarowy stężenia wdechowego tlenu i wyświetlać wartość O2% w formie cyfrowej	TAK	
2.	Całkowita częstość oddychania Respirator musi posiadać pomiar całkowitej częstości oddechów i wyświetlać zmierzona wartość Ftot w formie cyfrowej	TAK	
3.	Objętość pojedynczego oddechu Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać zmierzona objętość wydechową pojedynczego oddechu VTE w formie cyfrowe	TAK	
4.	Całkowita objętość wentylacji minutowej Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną minutową objętość wydechową MVtot w formie cyfrowej	TAK	
5.	Objętość spontanicznej wentylacji minutowej Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną spontaniczną minutową objętość wydechową MVspont w formie cyfrowej	TAK	
6.	Ciężnienie szczytowe Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia szczytowego PIP w formie cyfrowej	TAK	
7.	Średnie ciśnienie w układzie oddechowym Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia średniego Pśred w formie cyfrowej	TAK	
8.	Ciężnienie plateau Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia Plateau Ppl w formie cyfrowej	TAK	

9.	Ciśnienie PEEP/CPAP Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia końcowo-wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w formie cyfrowej	TAK	
10.	Ciśnienie AutoPEEP Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona podczas manewru zatrzymania przy wydechu wartość ciśnienia AutoPEEP formie cyfrowej	TAK	
11.	Podatność statyczna płuc pacjenta Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego statyczna podatność płuc i wyświetlić wartość Cst w formie cyfrowej	TAK	
12.	Opory wdechowe płuc pacjenta Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego opory wdechowe płuc i wyświetlić wartość Rinsp w formie cyfrowej	TAK	
13.	Indeks dyszenia RSB (f/V_t) Respirator musi posiadać możliwość obliczenia indeksu szybkiego płytkiego oddechu/dyszenia i wyświetlenia jego wartości w postaci cyfrowej	TAK	
14.	Pomiar rzeczywistego stosunku I:E. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta	TAK	
X.	Alarmy		
1.	Hierarchia alarmów w zależności od ważności Respirator musi być wyposażony w hierarchiczny system alarmowy rozróżniający ważność przyczyny alarmu i sygnalizujący sytuacje alarmowe w sposób stosowny do zagrożenia dla pacjenta	TAK	
2.	Stopniowanie aktywnego alarmu w zależności od czasu trwania sytuacji alarmowej. Zamawiający wymaga aby respirator posiadał funkcje eliminującą uciążliwe alarmy bez zmniejszania poziomu bezpieczeństwa pacjenta	TAK	
3.	Zaniku zasilania sieciowego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania sieciowego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
4.	Zaniku zasilania baterijnego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania baterijnego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
5.	Niskiego ciśnienia tlenu Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania tlenem. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
6.	Niskiego ciśnienia powietrza Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania powietrzem. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
7.	Za niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym Respirator musi informować obsługę o zbyt niskim lub zbyt wysokim stężeniu wdechowym tlenu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
8.	Wysokiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej całkowitej objętości minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
9.	Niskiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o niskiej całkowitej objętości minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
10.	Wysokiego ciśnienia Respirator musi informować obsługę o wysokim ciśnieniu w układzie oddechowym. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny. Alarm musi ograniczać ciśnienie i uwolnić je poprzez otwarcie zastawki wydechowej lub zaworu bezpieczeństwa	TAK	

11.	Niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego Respirator musi informować obsługę o niskim ciśnieniu wdechowym lub rozłączeniu układu oddechowego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
12.	Wysokiej częstotliwości oddechów Respirator musi informować obsługę o wysokiej częstotliwości oddechów. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
13.	Wysokiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
14.	Niskiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o niskiej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
15.	Limit wysokiej objętości wdechowej Respirator musi informować obsługę o osiągnięciu limitu wysokiej objętości wdechowej dla trybów o podwójnej kontroli, kompensacji oporów rurki intubacyjnej i innych zagrożonych dostarczeniem nadmiernej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
16.	Niskiej częstotliwości oddechów lub bezdechu respirator musi informować obsługę o niskiej częstotliwości oddechowej lub wystąpieniu bezdechu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny	TAK	
17.	Wydzielony alarm zatkania gałęzi wydechowej układu pacjenta. Zamawiający wymaga, aby respirator posiadał alarm ułatwiający szybka diagnozę przyczyny okluzji układu oddechowego istotny dla bezpieczeństwa pacjenta	TAK	
18.	Pamięć alarmów z komentarzem Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w pamięć alarmów oraz rejestr zdarzeń technicznych	TAK	
XI.	Inne pożądane funkcje i wyposażenie		
1.	Aparat musi posiadać zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji	TAK	
2.	W przypadku zmiany trybu i parametrów wentylacji, respirator musi posiadać możliwość łatwego powrotu do poprzednich ustawień	TAK	
3.	Po włączeniu aparatu, wymagana jest możliwość powrotu do ustawień ostatniego pacjenta. Zamawiający alternatywnie dopuszcza również możliwość zawieszenia wentylacji na dłuższy czas i pozostawienia respiratora w trybie gotowości „Stand by”. Respirator powinien przywrócić wszystkie parametry uprzednio stosowanej wentylacji, a także zachować nastawy alarmowe i zapisy w pamięci alarmów sprzed wyłączenia lub uaktywnienia trybu gotowości.		
4.	Zamawiający wymaga wstępnego ustawienia parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta IBW	TAK	
5.	Respirator musi posiadać test sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika	TAK	
6.	Respirator ma być wyposażony w dwa kompletne układy oddechowe wielorazowe, silikonowe z pułapką wodną na wydechu dostosowane do filtrów nawilżających. W skład układów muszą wchodzić wszystkie elementy respiratora podlegające sterylizacji lub dezynfekcji pomiędzy pacjentami	TAK	
7.	Nebulizator do podawania leków w formie areozolu przeznaczony do pracy z pacjentami zaintubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. Zamawiający wymaga, aby aparat wytwarzał cząstki o średniej wielkości MMAD poniżej 4 µm	TAK	
5 zestawów w dostawie			

8.	Maska do wentylacji nieinwazyjnej dla dorosłych do każdego respiratora	TAK	
XII.	Pozostale		
1.	Respirator stacjonarny wyposażony w podstawę jezdnią, co najmniej dwa koła z blokadą	TAK	
2.	Uchwyt do nawilżacza Fisher & Pykel	TAK	
3.	Aparat musi posiadać złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora	TAK	
4.	Komunikacja, komunikaty ekranowe i opisy na przyciskach, naklejkach ostrzegawczych i informacyjnych w języku polskim, Polska instrukcja obsługi załączona do aparatu	TAK	
XIII.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
XIV.	Okres gwarancji	min. 24 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respirator							7	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Przedmiot zamówienia: **Respirator transportowy - 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia do stosowania w warunkach szpitalnych	TAK	
2.	Zasilanie pneumatyczne powietrzem i/lub tlenem z centralnego źródła sprężonego gazu zakres min. od 2,8 do 6 barów	TAK, podać	
3.	Zasilanie elektryczne z baterii i sieci 230V 50Hz	TAK	
4.	Czas pracy na bateriach min 4 godziny	TAK, podać	
5.	Czas ładowania baterii max do 5 godzin	TAK, podać	
6.	Waga z baterią max 5,4 kg	TAK, podać	
7.	Respirator przenośny lub mobilny	TAK	
8.	Wymiary	TAK, podać	
I.	Tryby wentylacji		
1.	Wentylacja kontrolowana IPPV lub CMV, oddech wymuszony	TAK	
2.	Wentylacja kontrolowana Assist-IPPV lub ACMV, oddech wymuszony	TAK	
3.	Wentylacja wspomagana ciśnieniem PS, oddech spontaniczny	TAK	
4.	Minimum dwa stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej	TAK	
II.	Regulacje		
1.	Objętość oddechowa od 100 do min. 1500 ml	TAK	
2.	Regulowana częstość oddechów min 6-40 cykli/min	TAK	
3.	Zintegrowany PEEP min od 0 do 15 cmH ₂ O	TAK, podać	
4.	Czułość wyzwalań oddechu (trigger)	TAK, podać	
5.	Ciśnienie PS min od 10 do 35 cmH ₂ O	TAK	
6.	Ciśnienie maksymalne od 20 do 60 cmH ₂ O (alarm)	TAK	
7.	Regulowany stosunek wdechu do wydechu I/E min 1:1 do 1:3	TAK, podać	
III.	Alarmy		
1.	Ciśnienia Pmin/Pmax	TAK	
2.	Wysokiej częstości oddechowej	TAK	
3.	Rozłączenia pacjenta	TAK	
4.	Minimalnej minutowej objętości wydechu	TAK	
IV.	Monitorowanie		
1.	Ciśnienie szczytowe w obwodzie pacjenta	TAK	
2.	Częstość oddechów	TAK	
3.	Stosunek I/E	TAK	
4.	Wentylacja minutowa wydechowa	TAK	
5.	Objętość wydychana V _t	TAK	
6.	Cyfrowy barograf	TAK	
V.	Pozostałe		

1.	Obsługa respiratora za pomocą pokręteł i przycisków	TAK	
2.	Wielorazowy obwód pacjenta z zastawką wydechową	TAK	
3.	Maska dla pacjenta dorosłego i dziecka	TAK	
4.	Torba transportowa	TAK	
5.	Ładowarka	TAK	
6.	Wąż przyłączeniowy do tlenu z końcówką typu AGA	TAK	
7.	System pozwalający na zamocowanie respiratora na ramie łóżka	TAK	
8.	Butla tlenowa min. 2l z reduktorem. Na wyposażeniu uchwyt pozwalający zamocować butlę na ramie łóżka	Tak	
9.	Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2009	TAK	
VI.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
VII.	Okres gwarancji	min. 24 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Respirator transportowy							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Diatermia chirurgiczna – 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Diatermia mono-, bipolarna wyposażona w czytelny wyświetlacz informujący o parametrach pracy, błędach, ostrzeżeniach, itp.	TAK	
2.	Moc cięcia monopolarnego regulowana do min. 300W, dla każdego dostępnego efektu hemostatycznego	TAK, podać	
3.	Min. 4 efekty hemostatyczne cięcia monopolarnego	TAK, podać	
4.	Koagulacja monopolarna z mocą do min. 100W	TAK, podać	
5.	Możliwość wyboru rodzaju koagulacji: delikatnej, intensywnej, natryskowej	TAK, podać	
6.	Koagulacja bipolarna z mocą do min. 100W	TAK, podać	
7.	Cięcie bipolarne z mocą do min. 100W	TAK, podać	
8.	Min. 4 efekty hemostatyczne cięcia bipolarnego	TAK, podać	
9.	Moc wszystkich funkcji mono-, bipolarnych regulowana z dokładnością co 1W w całym, dostępnym zakresie	TAK, podać	
10.	Min. 2 gniazda wyjściowe monopolarne, dla których parametry wyjściowe są ustawiane i zapamiętywane niezależnie	TAK, podać	
11.	Min. jedno gniazdo wyjściowe bipolarne	TAK, podać	
12.	Możliwość zapamiętywania nastaw i tworzenia programów – min. 10 pozycji	TAK, podać	
13.	Diatermia wyposażona w system ochrony pacjenta od strony elektrody neutralnej	TAK, podać	
14.	Wszystkie nieprawidłowości w pracy diatermii sygnalizowane optycznie (komunikaty ostrzegawcze w jęz. polskim) i akustycznie	TAK, podać	
15.	Wyposażenie dodatkowe:		
16.	Uchwyt elektrod monopolarnych śr. trzpienia 4mm, z przyciskami i kablem, wielorazowy - 3 kpl.	TAK	
17.	Elektroda monopolarna nożowa śr. trzpienia 4mm, wielorazowa - 5 szt.	TAK	
18.	Elektroda monopolarna igłowa śr. trzpienia 4mm, wielorazowa - 5 szt.	TAK	
19.	Przedłużenie do elektrod monopolarnych dł. 10cm, wielorazowe - 2 szt.	TAK	
20.	Pęseta bipolarna prosta dł. 19-20cm z kablem, wielorazowa - 2 szt.	TAK	
21.	Elektroda neutralna dzielona, samoprzylepna - 200 szt.	TAK	
22.	Kabel do przyłączania elektrod neutralnych, wielorazowy - 2 szt.	TAK	
23.	Włącznik nożny podwójny	TAK	
24.	Zasilanie elektryczne 230 V 50 Hz	TAK	
25.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
26.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diatermia chirurgiczna							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Zestaw do elektrochirurgii mono- i bipolarnej z urządzeniem - modulem do bipolarnego zamykania naczyń (zestaw urządzeń lub jeden aparat)	TAK	
2.	Zestaw klasy CF I odporny na impuls defibrylacji	TAK	
3.	Odporność urządzenia na środki dezynfekujące i penetrację płynów – obudowa kropłoszczelna	TAK	
I.	Diatermia chirurgiczna		
4.	Diatermia chirurgiczna z układem automatycznej, sterowanej mikroprocesorowo, regulacji mocy wyjściowej	TAK	
5.	Możliwość manualnego ograniczenia mocy maksymalnej ze skokiem, max., co 1 W w zakresie od 1W do mocy maksymalnej	TAK	
6.	Aparat wyposażony w układy kontroli: prądów upływu n.cz. i w.cz., dawki, czasu aktywacji i system monitorowania jakości przylegania elektrody powrotnej	TAK	
7.	Możliwość zaprogramowania przez użytkownika rodzaju elektrody neutralnej (dzielona, niedzielona, i in.) akceptowanej przez aparat przy danym zabiegu	TAK	
8.	Funkcja / funkcje dodatkowej ochrony przed poparzeniem pacjenta w miejscu aplikacji elektrody neutralnej, uwzględniająca m.in. wielkość elektrody, dawkowaną moc, własności skóry, itd. - włączana przez użytkownika np. przy operacjach pacjentów wyniszczonych	TAK	
9.	Automatyczna kontrola funkcji urządzenia po załączeniu i w trakcie zabiegu	TAK	
10.	Możliwość zapamiętywania parametrów pracy w postaci wywoływanych min. 64 programów	TAK	
11.	Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna awarii z wyświetlaniem opisu błędu	TAK	
12.	Wielokolorowy wyświetlacz typu TFT o przekątnej ekranu min. 5"	TAK	
13.	Monitor mocy z możliwością wizualizacji cyfrowej na wyświetlaczu i wizualizacji innej np. w postaci linijki	TAK	
14.	Możliwość podłączenia do urządzenia dwóch wyłączników nożnych do aktywacji cięcia i koagulacji mono- i bipolarnych	TAK	
15.	Możliwość aktywacji funkcji cięcia i / lub koagulacji z wyłącznika nożnego lub przycisku na narzędziu	TAK, podać	

16.	Podstawowa częstotliwość pracy dla cięcia mono- i bipolarnego 340 kHz $\pm$ 10%	TAK, podać	
II.	Cięcie monopolarne		
17.	Moc znamionowa min. 300 W	TAK, podać	
18.	Ilość trybów cięcia min. 4	TAK, podać	
19.	Ilość efektów koagulacji możliwych do uzyskania podczas każdego trybu cięcia minimum 8	TAK, podać	
III.	Cięcie bipolarne		
20.	Moc znamionowa min. 100 W	TAK	
21.	Ilość efektów koagulacji możliwych do uzyskania podczas cięcia bipolarnego minimum 8	TAK, podać	
22.	Funkcja bipolarnej elektroresekcji w soli fizjologicznej z mocą min. 350 W dla każdego dostępnego w funkcji efektu hemostatycznego	TAK	
IV.	Koagulacja monopolarna		
23.	Moc znamionowa min. 200 W	TAK	
24.	Ilość rodzajów koagulacji do dyspozycji min. 4	TAK, podać	
25.	Możliwość regulacji intensywności efektu, min. 2 poziomy, dla każdego z rodzajów koagulacji monopolarnej	TAK, podać	
V.	Koagulacja bipolarna		
26.	Moc znamionowa min. 100 W	TAK	
27.	Ilość rodzajów koagulacji do dyspozycji min. 3	TAK, podać	
28.	Możliwość regulacji intensywności efektu, min. 2 poziomy, dla każdego z rodzajów koagulacji bipolarnej	TAK, podać	
29.	Aktywacja funkcji bipolarnej: wyłącznik nożny lub „auto-start” z możliwością regulacji czasu zwłoki funkcji	TAK, podać	
30.	Funkcja koagulacji bipolarnej w soli fizjologicznej z mocą min. 200 W dla każdego dostępnego w funkcji efektu hemostatycznego	TAK	
VI.	Aparat - moduł do zamykania naczyń		
31.	Bipolarne urządzenie z układem automatycznej, sterowanej mikroprocesorowo, regulacji mocy wyjściowej umożliwiające zamykanie naczyń o średnicy do 7 mm oparta na automatycznym doborze mocy bieżącej i maksymalnej	TAK	
32.	Skuteczności zamykania naczyń potwierdzona stosownymi badaniami medycznymi i porównawczymi	TAK, załączyć	
33.	Moc znamionowa koagulacji bipolarnej do zamykania naczyń min. 300 W	TAK	
34.	Monitor mocy z możliwością wizualizacji cyfrowej na wyświetlaczu i wizualizacji innej np. w postaci linijki	TAK	
35.	Możliwość regulacji intensywności działania w skali, co najmniej 4-stopniowej	TAK	
36.	Automatyczne kończenie procesu zamykania naczyń potwierdzone sygnałem dźwiękowym	TAK	
37.	Rozpoznawanie podłączonych instrumentów i automatyczne dobieranie optymalnych parametrów pracy	TAK	
VII.	Wposażenie dodatkowe		
38.	Włącznik nożny podwójny – cięcie / koagulacja – wodoodporny -1 szt.	TAK	
39.	Włącznik nożny pojedynczy – wodoodporny - 1 szt.	TAK	

40.	Elektroda powrotna wielorazowego użytku z kablem dł. min. 3 m – 1 kpl	TAK	
41.	Kabel wielorazowego użytku do jednorazowych elektrod neutralnych dł. min 3 m. – 1 szt.	TAK	
42.	Jednorazowa elektroda neutralna z wklejanymi etykietami do protokołu zabiegu pacjenta, dzielona o powierzchni $90 \pm 5 \text{ cm}^2$, z zewnętrznym pierścieniem ekwipotencjalnym, samoprzylepna, na elastycznym podłożu z włókniny wielokrotnego użycia (min. 50 krotne) przeznaczone do sterylizacji w autoklawie lub sterylizacji gazowej – 50 szt.	TAK	
43.	Uchwyt elektrod monopolarnych z przyciskami i kablem dł. min. 3 m – 3kpl	TAK	
44.	Elektroda monopolarna nożowa, prosta, krótka – 3 szt.	TAK	
45.	Przedłużenie do elektrod monopolarnych, dł. $10 \div 12 \text{ cm}$ – 1 szt.	TAK	
46.	Nożyczki do koagulacji bipolarnej, zakrzywione, dł. $18 \div 20 \text{ cm}$ z kablem dł. min. 3m – 1kpl	TAK	
47.	Kleszcze do bipolarnego uszczelniania dużych naczyń dł. $20 \div 22 \text{ cm}$, zagięte, okładki dł. min. 3cm z kablem dł. min. 3 m – 1 kpl	TAK	
48.	Kleszczyki laparoskopowe do bipolarnego uszczelniania dużych naczyń typu grasper – Maryland, okładki radełkowane, śr. 5mm, dł. min. 30 cm z kablem o dł. min. 3 m - 1 kpl	TAK	
49.	Narzędzie laparoskopowe typu grasper do bipolarnego cięcia i koagulacji, śr. 5mm, dł. min. 30 cm z kablem o dł. min. 3m - 1 kpl	TAK	
VIII.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
IX.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diatermia chirurgiczna							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Diatermia mono-, bipolarna wyposażona w czytelny wyświetlacz informujący o parametrach pracy, błędach, ostrzeżeniach, itp.	TAK	
2.	Moc cięcia monopolarnego regulowana do min. 300W, dla każdego dostępnego efektu hemostatycznego	TAK, podać	
3.	Min. 4 efekty hemostatyczne cięcia monopolarnego	Tak, podać	
4.	Koagulacja monopolarna z mocą do min. 100W	TAK, podać	
5.	Możliwość wyboru rodzaju koagulacji: delikatnej, intensywnej, natryskowej	TAK, podać	
6.	Koagulacja bipolarna z mocą do min. 100W	TAK, podać	
7.	Cięcie bipolarne z mocą do min. 100W	TAK, podać	
8.	Min. 4 efekty hemostatyczne cięcia bipolarnego	TAK, podać	
9.	Moc wszystkich funkcji mono-, bipolarnych regulowana z dokładnością co 1W w całym, dostępnym zakresie	TAK, podać	
10.	Min. 2 gniazda wyjściowe monopolarne, dla których parametry wyjściowe są ustawiane i zapamiętywane niezależnie	TAK, podać	
11.	Min. jedno gniazdo wyjściowe bipolarne	TAK, podać	
12.	Możliwość zapamiętywania nastaw i tworzenia programów – min. 10 pozycji	TAK, podać	
13.	Diatermia wyposażona w system ochrony pacjenta od strony elektrody neutralnej	TAK, podać	
14.	Wszystkie nieprawidłowości w pracy diatermii sygnalizowane optycznie (komunikaty ostrzegawcze w jęz. polskim) i akustycznie	TAK, podać	
15.	Wyposażenie dodatkowe:		
16.	Uchwyt elektrod monopolarnych śr. trzpienia 4mm, z przyciskami i kablem, wielorazowy	3 kpl.	
17.	Elektroda monopolarna nożowa śr. trzpienia 4mm, wielorazowa	5 szt.	
18.	Elektroda monopolarna igłowa śr. trzpienia 4mm, wielorazowa	5 szt.	
19.	Przedłużenie do elektrod monopolarnych dł. 10cm, wielorazowe	2 szt.	
20.	Pęseta bipolarna prosta dł. 19-20cm z kablem, wielorazowa	2 szt.	
21.	Elektroda neutralna dzielona, samoprzylepna	200 szt.	
22.	Kabel do przyłączania elektrod neutralnych, wielorazowy	2 szt.	
23.	Włącznik nożny podwójny	TAK	
24.	Zasilanie elektryczne 230 V, 50 Hz	TAK	
25.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
26.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diatermia chirurgiczna							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Endoskop intubacyjny – 3 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Bronchofiberoskop w pełni zanurzalny w środku dezynfekcyjnym	TAK	
2.	Kąt widzenia – min. 95 °	TAK, podać	
3.	Kierunek widzenia – 0 °	TAK, podać	
4.	Głębokość ostrości - 3-50 mm	TAK, podać	
5.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wzornikowej: a) góra 160° b) dół 130°	TAK, podać	
6.	Średnica zewnętrzna sondy wzornikowej - max. 5,2 mm	TAK, podać	
7.	Długość robocza - min. 600 mm	TAK, podać	
8.	Średnica kanału roboczego - min. 2,6 mm	TAK, podać	
9.	Zasilanie bateryjne	TAK	
10.	Przyłącze ssania zamontowane na stałe dla celów higienicznych	TAK	
11.	Ręczny tester szczelności z normą medyczną	TAK	
12.	Walizka do przechowywania aparatu	TAK	
13.	Transformator – 1 szt.	TAK	
14.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
15.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Endoskop intubacyjny							3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Bronchofiberoskop w pełni zanurzalny w środku dezynfekcyjnym	TAK	
2.	Kąt widzenia – min. 95 °	TAK, podać	
3.	Kierunek widzenia – 0 °	TAK, podać	
4.	Głębokość ostrości - 3-50 mm	TAK, podać	
5.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wzornikowej: a) góra 160° b) dół 130°	TAK, podać	
6.	Średnica zewnętrzna sondy wzornikowej - max. 4,2 mm	TAK, podać	
7.	Długość robocza - min. 600 mm	TAK, podać	
8.	Średnica kanału roboczego - min. 1,8 mm	TAK, podać	
9.	Zasilanie baterijne	TAK	
10.	Przylącze ssania zamontowane na stałe dla celów higienicznych	TAK	
11.	Ręczny tester szczelności z normą medyczną	TAK	
12.	Walizka do przechowywania aparatu	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Endoskop intubacyjny							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Laryngoskop fibroskopowy do trudnej intubacji – 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Laryngoskop w pełni zanurzalny w środku dezynfekcyjnym	TAK	
2.	Kąt widzenia – min. 75 °	TAK, podać	
3.	Kierunek widzenia – 0 °	TAK, podać	
4.	Głębokość ostrości – 3-50 mm	TAK, podać	
5.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wzornikowej: a)góra 130° b)dół 130°	TAK, podać	
6.	Średnica zewnętrzna sondy wzornikowej - max. 3,5 mm	TAK, podać	
7.	Zasilanie bateryjne	TAK	
8.	Ręczny tester szczelności z normą medyczną	TAK	
9.	Kamera endoskopowa kompatybilna z oferowanym laryngoskopem	TAK	
10.	Monitor kolorowy o przekątnej. min. 17” z wejściem sygnału S-Video	TAK, podać	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
12.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Laryngoskop fibroskopowy do trudnej intubacji							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Laryngoskop fibroskopowy do trudnej intubacji - 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Laryngoskop w pełni zanurzalny w środku dezynfekcyjnym	TAK	
2.	Kąt widzenia – min. 75 °	TAK, podać	
3.	Kierunek widzenia – 0 °	TAK, podać	
4.	Głębokość ostrości – 3-50 mm	TAK, podać	
5.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wzornikowej: a) góra 130° b) dół 130°	TAK, podać	
6.	Średnica zewnętrzna sondy wzornikowej - max. 3,5 mm	TAK, podać	
7.	Zasilanie bateryjne	TAK	
8.	Ręczny tester szczelności z normą medyczną	TAK	
9.	Kamera endoskopowa kompatybilna z oferowanym laryngoskopem	TAK	
10.	Monitor kolorowy o przekątnej min. 17” z wejściem sygnału S-Video	TAK, podać	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
12.	Okres gwarancji	min. 24 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Laryngoskop fibroskopowy do trudnej intubacji							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat do szybkich przetoczeń – 8 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 2 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 4 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Mankiet do szybkich przetoczeń z kieszenią na zamek błyskawiczny o poj. 500 ml i 1000 ml	TAK	
2.	Wyposażony w gruszkę do pompowania powietrza i zawór spustowy	TAK	
3.	Ciśnienie obserwowalne na manometrze ze skalą 0-300mmHg z podziałką co 5 mmHg.	TAK	
4..	Manometr przytwierdzony na przedniej części mankieta za pomocą rzepu	TAK	
5	Element do podwieszania całości mankieta	TAK	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
7.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat do szybkich przetoczeń							8	

.....
(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 8 – stanowisk z monitorem centralnym – 1 szt. wraz z elementami zestawu monitorującego dla 8 stanowisk z monitorem centralnym**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Wymagania ogólne monitora funkcji życiowych		
1.	Monitor o konstrukcji modułowej z wymiennymi modułami. Wszystkie mierzone parametry dostępne w postaci jedno lub wieloparametrowych wymiennych modułów odłączanych od jednostki centralnej monitora. Prostota wymiany modułów. Przenoszenie modułów pomiędzy monitorami w czasie pracy, z automatyczną rekonfiguracją ustawień monitora. Możliwość rozbudowy monitora o dodatkowe funkcje dostępne w postaci wymiennych modułów. Pomiar wszystkich wymaganych parametrów na każdym stanowisku	TAK	
2.	Przenoszenie danych pomiarowych pacjenta w module pomiarowym	TAK	
3.	Niska masa monitora umożliwiająca użycie do celów transportowych. Waga monitora bez akumulatorów i modułów max. 10 kg	TAK	
4.	W zestawie do każdego monitora uchwyt pozwalający zamocowanie go na ścianie. Uchwyt z regulacją położenia monitora w płaszczyźnie pionowej i poziomej	TAK	
II.	Ekran		
1.	Ekran kolorowy, aktywna matryca TFT. Przekątna ekranu min. 15"	TAK	
2.	Jednoczesna prezentacja min. 8 krzywych dynamicznych różnych parametrów na ekranie (bez użycia funkcji 12 odprowadzeniowego EKG). Możliwość wybierania kolorów przez użytkownika	TAK	
3.	Rozdzielczość ekranu min. 1024 x 768	TAK	
III.	Obsługa		
1.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
2.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez ekran dotykowy	TAK	
IV.	Zasilanie		
1.	Monitory zasilane elektrycznie 230 VAC/50 Hz $\pm 10\%$	TAK	
2.	Zasilanie z wbudowanego akumulatora na min. 30 minut pracy	TAK	
3.	Chłodzenie monitora konwekcyjne (bez użycia wentylatorów)	TAK	
V.	Praca w sieci		

1.	Monitor z opcją pracy w sieci. Podłączenie do sieci monitorowania LAN. Komunikacja pomiędzy monitorami: podgląd krzywych oraz danych cyfrowych z poszczególnych stanowisk. Komunikacja pomiędzy monitorami bez użycia centrali (w ofercie ujęte wszystkie urządzenia zapewniające powyższą komunikację)	TAK	
2.	Wydruk raportów na drukarce laserowej podłączonej do sieci monitorowania	TAK	
3.	Możliwość rozbudowy monitorów do pracy w sieci bezprzewodowej	TAK	
4.	Monitor przystosowany do wymiany danych z systemem informatycznym szpitala z wykorzystaniem protokołu HL7	TAK	
VI.	Alarmy		
1.	Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych	TAK	
2.	Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika	TAK	
3.	Min. 3 stopniowy system zawieszenia alarmów. Alarmy techniczne z podaniem przyczyny alarmu	TAK	
4.	Historia alarmów min. 50 zdarzeń wraz z min. 4 krzywymi w monitorze	TAK	
VII.	Zapamiętywanie danych		
1.	Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 godzin	TAK, podać	
2.	Jednoczasowa prezentacja min 2 parametrów w trendzie graficznym	TAK	
3.	Ciągła archiwizacja monitorowanych krzywych dynamicznych z min. 24 godzin w monitorze	TAK, podać	
VIII.	Mierzone parametry		
1.	Pomiar EKG w każdym monitorze – Możliwość ciągłej rejestracji i równoczesowej prezentacji na ekranie monitora 12 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVL, aVR, aVF, V1-V6). – Możliwość tworzenia raportów 12 odprowadzeniowego EKG z opisem. – Automatyczna zmiana monitorowanego odprowadzenia w razie uszkodzenia lub odłączenia. – Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 15-300 ud/min. – Zakres alarmów min.: 15-300 ud./min Akcesoria: – przewód EKG 3-żyłowy dla każdego monitora – przewód EKG min. 5-żyłowy (1 szt. na wszystkie monitory)	TAK	
2.	Analiza odcinka ST w każdym monitorze Ciągła analiza odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym, jednocześnie (krzywe oraz wartości odcinka ST) z min. 12 odprowadzeń. Trendy ST z min. 24 godzin. Zmiana punktów pomiarowych odcinka ST. Min. zakres pomiarowy: -20 ÷ (+) 20mm	TAK, podać	
3	Analiza arytmii w każdym monitorze Rozpoznawanie min. 20 rodzajów zaburzeń	TAK	

4.	Pomiar oddechu w każdym monitorze Pomiar oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę. Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min. Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 40 sekund	TAK, podać	
5.	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi w każdym monitorze Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną. Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 0 – 2 godzin z możliwością dodatkowych pomiarów ręcznych. Pomiar ręczny i pomiar ciągły. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Min. zakres pomiarowy: 20 – 270 mmHg Akcesoria dla każdego monitora: – wężyk łączący mankiet z monitorem – mankiet dla dorosłych w trzech rozmiarach	TAK, podać	
6.	Pomiar pulsoksymetrii w każdym monitorze Pomiar SpO ₂ , z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO ₂ oraz tętna, z wykluczeniem artefaktów ruchowych. Możliwość pomiaru SpO ₂ przy pomocy dwóch czujników jednocześnie z prezentacją tętna, krzywych pletyzmograficznych, obu wartości SpO ₂ oraz różnicy wartości SpO ₂ . Min. zakres pomiarowy SpO ₂ : min. 1 – 100% Min. zakres pomiarowy pulsu: 30 – 240 ud./min. Akcesoria dla każdego monitora: – czujnik na palec dla dorosłych	TAK	
7.	Pomiar temperatury w każdym monitorze Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej). Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur. Min. zakres pomiarowy: 0 – 45 stopni. Akcesoria: – czujnik do pomiaru temp. obwodowej x 4 szt. na wszystkie monitory – czujnik do pomiaru temp. wewnętrznej x 1 szt. na wszystkie monitory	TAK	
8.	Możliwość dokonania inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi w każdym monitorze Pomiar w min. 2 kanałach. Pomiar ciśnienia: tętniczego, OCŻ, PA, RA, LA. Możliwość podłączenia czujnika do ICP. Prezentacja krzywych dynamicznych ciśnienia na ekranie monitora. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej dla ciśnień: tętniczego, PA lub wartości średniej dla ciśnień: OCŻ, RA, LA, ICP. Alarmy dla każdej wartości ciśnienia. Min. zakres pomiarowy: – 40 – (+) 300 mmHg.	TAK	

9.	Pomiar kapnografii (1 szt. na wszystkie monitory) Pomiar dla pacjentów zaintubowanych Pomiar w strumieniu głównym lub bocznym Pomiar stężenia dwutlenku węgla w gazach wydechowych. Prezentacja cyfrowa. Prezentacja krzywej kapnograficznej. Zakresy pomiarowe: EtCO ₂ : min. 0 – 98 mmHg. Oddech: min. 3 – 120 odd./min. Akcesoria: – jednorazowe adaptory lub linie do pomiaru kapnografii dla pacjentów zaintubowanych x 25 szt.	TAK	
10.	Możliwość rozbudowy monitora (bez udziału serwisu) o ciągły pomiar rzutu minutowego serca metodą opartą na analizie zmian ciśnienia krwi Pomiar metodą opartą na analizie zmian ciśnienia krwi. Pomiar wymagający tylko jednego dostępu naczyniowego. Brak konieczności wykonywania kalibracji. Pomiar przy pomocy modułu lub urządzenia zewnętrznego pozwalającego na odczyt danych w oferowanym monitorze	TAK	
11.	Możliwość dokonania pomiaru rzutu minutowego serca metodą termodylucji Zakres pomiarowy min.: 0,5-20 L/min. Pakiet obliczeń hemodynamicznych.	TAK	
12.	Każdy monitor wyposażony w moduł lub złącze pozwalające na ściąganie i wyświetlanie danych pomiarowych z respiratorów stacjonarnych (nie należy oferować przewodów połączeniowych z respiratorami). Podać obsługiwane respiratory (min. 3 różnych producentów)	TAK	
13.	Możliwość rozbudowy monitora (bez udziału serwisu) o pomiar transmisji nerwowo-mięśniowej – z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF – z wykorzystaniem pojedynczej stymulacji	TAK	
14.	Możliwość rozbudowy monitora (bez udziału serwisu) o pomiar głębokości uśpienia BIS	TAK	
15.	Elementy mocujące do zestawów monitorujących	TAK	
IX.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
X.	Okres gwarancji	min.24 miesiące	

Monitor centralny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Monitorowanie min. 8 stanowisk pacjenta. Monitor centralny wyposażony w jeden ekran typu LCD-TFT, kolorowy o przekątnej min. 17" (preferowany 19") oraz drugi ekran LCD-TFT, kolorowy o przekątnej 19". Rozdzielczość wyświetlania min. 1280x1024	TAK	
2.	Ilość jednocześnie wyświetlanych przebiegów dynamicznych (krzywych) z jednego monitora przyłóżkowego: min. 2 krzywe. Identyfikacja łóżka, na którym wystąpił alarm na ekranie centrali	TAK	
3.	Podgląd dowolnego pełnego ekranu monitora z sieci	TAK	
4.	Trendy graficzne i tabelaryczne z min. 72 h	TAK	

5.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez "mysz" i klawiaturę – oprogramowanie w języku polskim	TAK	
6.	Wielostopniowe alarmy monitorowanych parametrów min. 3 stopnie	TAK	
7.	Historia alarmów min. 150 zdarzeń dla każdego monitorowanego stanowiska	TAK	
8.	Arytmia podstawowa. Rozpoznawanie min. 10 klas arytmii	TAK	
9.	Podłączenie do sieci monitorowania LAN do komunikacji z monitorami	TAK	
10.	Przesyłanie alarmów z monitorów przyłóżkowych do centrali oraz pomiędzy monitorami Możliwość przesyłania danych pomiędzy monitorami a centralą oraz pomiędzy monitorami również w razie wyłączenia centrali	TAK	
11.	Interaktywna komunikacja centrali z monitorami. Możliwość regulacji granic alarmów z centrali w monitorach przyłóżkowych	TAK	
12.	Możliwość ręcznego uruchomienia pomiaru NIBP w monitorze z monitora centralnego	TAK	
13.	Awaryjne zasilanie centrali	TAK	
14.	Drukarka laserowa format A4. Wydruki danych cyfrowych oraz krzywych dynamicznych z centrali oraz monitorów przyłóżkowych - stanów alarmowych oraz na życzenie użytkownika. Wydruki z monitorów przyłóżkowych zapewnione w razie uszkodzenia monitora centralnego	TAK	
15.	Elementy mocujące	TAK	
16.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
17.	Okres gwarancji	min.24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zestaw monitorujący dla 8 stanowisk z monitorem centralnym wraz z elementami zestawu monitorującego dla 8 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:

- Zestaw monitorujący dla 4 stanowisk z monitorem centralnym - 1 szt. wraz z elementami zestawu monitorującego dla 4 stanowisk z monitorem centralnym
- Zestaw monitorujący dla 2 stanowisk z monitorem centralnym - 1 szt. wraz z elementami zestawu monitorującego dla 2 stanowisk z monitorem centralnym
- Zestaw monitorujący dla 1 stanowiska z monitorem centralnym - 1 szt. wraz z elementami zestawu monitorującego dla 1 stanowisk z monitorem centralnym

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Wymagania ogólne monitora funkcji życiowych		
1.	Monitor o konstrukcji modułowej z wymiennymi modułami. Wszystkie mierzone parametry dostępne w postaci jedno lub wieloparametrowych wymiennych modułów odłączanych od jednostki centralnej monitora. Prostota wymiany modułów. Przenoszenie modułów pomiędzy monitorami w czasie pracy, z automatyczną rekonfiguracją ustawień monitora. Możliwość rozbudowy monitora o dodatkowe funkcje dostępne w postaci wymiennych modułów. Pomiar wszystkich wymaganych parametrów na każdym stanowisku	TAK	
2.	Przenoszenie danych pomiarowych pacjenta w module pomiarowym	TAK	
3.	Waga monitora bez akumulatorów i modułów max. 10 kg	TAK	
4.	Monitor przeznaczony do montażu na półce kolumny dla intensywnej terapii	TAK	
II.	Ekran		
1.	Ekran kolorowy, pojedynczy, aktywna matryca TFT. Przekątna ekranu min. 15"	TAK	
2.	Jednoczesna prezentacja min. 12 krzywych dynamicznych różnych parametrów na ekranie (bez użycia funkcji 12 odprowadzeniowego EKG). Możliwość wybierania kolorów przez użytkownika	TAK	
3.	Rozdzielczość ekranu min. 1024 x 768	TAK	
III.	Obsługa		
1.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
2.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez ekran dotykowy	TAK	
IV.	Zasilanie		
1.	Monitory zasilane elektrycznie 230 VAC/50 Hz $\pm 10\%$	TAK	

2.	Zasilanie z wbudowanego akumulatora lub UPS (UPS musi posiadać certyfikat medyczny producenta oferowanego monitora) na min. 30 minut pracy	TAK	
3.	Chłodzenie monitora konwekcyjne (bez użycia wentylatorów)	TAK	
V.	Praca w sieci		
1.	Monitor z opcją pracy w sieci. Podłączenie do sieci monitorowania LAN. Komunikacja pomiędzy monitorami: podgląd krzywych oraz danych cyfrowych z poszczególnych stanowisk. Komunikacja pomiędzy monitorami bez użycia centrali (w ofercie ujęte wszystkie urządzenia zapewniające powyższą komunikację)	TAK	
2.	Wydruk raportów na drukarce laserowej podłączonej do sieci monitorowania.	TAK	
3.	Możliwość rozbudowy monitorów do pracy w sieci bezprzewodowej	TAK	
4.	Monitor przystosowany do wymiany danych z systemem informatycznym szpitala z wykorzystaniem protokołu HL7	TAK	
VI.	Alarmy		
1.	Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych	TAK	
2.	Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika	TAK	
3.	Min. 3 stopniowy system zawieszenia alarmów. Alarmy techniczne z podaniem przyczyny alarmu	TAK	
4.	Historia alarmów min. 50 zdarzeń wraz z min. 4 krzywymi w monitorze	TAK	
VII.	Zapamiętywanie danych		
1.	Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 godzin	TAK	
2.	Jednoczasowa prezentacja min 2 parametrów w trendzie graficznym.	TAK	
3.	Ciągła archiwizacja monitorowanych krzywych dynamicznych z min. 24 godzin w monitorze	Podać	
VIII.	Mierzone parametry.		

1.	Pomiar EKG w każdym monitorze – Możliwość ciągłej rejestracji i równoczesowej prezentacji na ekranie monitora 12 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVL, aVR, aVF, V1-V6). – Możliwość tworzenia raportów 12 odprowadzeniowego EKG z opisem. – Automatyczna zmiana monitorowanego odprowadzenia w razie uszkodzenia lub odłączenia. – Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 15-300 ud/min. – Zakres alarmów min.: 15-300 ud./min Akcesoria: – przewód EKG 3-żyłowy dla każdego monitora – przewód EKG min. 5-żyłowy (1 szt. na wszystkie monitory) – przewód EKG 10-żyłowy (1 szt. na wszystkie monitory)	TAK	
2.	Analiza odcinka ST w każdym monitorze Ciągła analiza odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym, jednocześnie (krzywe oraz wartości odcinka ST) z min. 12 odprowadzeń. Trendy ST z min. 24 godzin. Zmiana punktów pomiarowych odcinka ST. Min. zakres pomiarowy: -20 ÷ (+)20mm	TAK	
3.	Analiza arytmii w każdym monitorze Rozpoznawanie min. 20 rodzajów zaburzeń	TAK	
4.	Pomiar oddechu w każdym monitorze Pomiar oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę. Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min. Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 40 sekund	TAK	
5.	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi w każdym monitorze Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną. Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 0 – 2 godzin z możliwością dodatkowych pomiarów ręcznych. Pomiar ręczny i pomiar ciągły. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Min. zakres pomiarowy: 20 – 270 mmHg Akcesoria dla każdego monitora: – wężyk łączący mankiet z monitorem – mankiet dla dorosłych w trzech rozmiarach	TAK	

6.	Pomiar pulsoksymetrii w każdym monitorze Pomiar SpO ₂ , z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO ₂ oraz tętna, z wykluczeniem artefaktów ruchowych. Możliwość pomiaru SpO ₂ przy pomocy dwóch czujników jednocześnie z prezentacją tętna, krzywych pletyzmograficznych, obu wartości SpO ₂ oraz różnicy wartości SpO ₂ . Min. zakres pomiarowy SpO ₂ : min. 1 – 100% Min. zakres pomiarowy pulsu: 30 – 240 ud./min. Akcesoria dla każdego monitora: - czujnik na palec dla dorosłych - czujnik typu Y z klipsem na ucho	TAK	
7.	Pomiar temperatury w każdym monitorze Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej). Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur. Min. zakres pomiarowy: 0 – 45 stopni. Akcesoria dla każdego monitora: - czujnik do pomiaru temp. obwodowej - czujnik do pomiaru temp. wewnętrznej	TAK	
8.	Inwazyjny pomiar ciśnienia krwi w każdym monitorze Pomiar w min. 2 kanałach. Pomiar ciśnienia: tętniczego, OCŻ, PA, RA, LA. Możliwość podłączenia czujnika do ICP. Prezentacja krzywych dynamicznych ciśnienia na ekranie monitora. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej dla ciśnień: tętniczego, PA lub wartości średniej dla ciśnień: OCŻ, RA, LA, ICP. Alarmy dla każdej wartości ciśnienia. Min. zakres pomiarowy: – 40 – (+) 300 mmHg. Akcesoria dla każdego monitora: – kompletny zestaw do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi na każdy zaoferowany kanał pomiarowy składający się z: kabla połączeniowego oraz min. 5 przetworników jednorazowych	TAK	
9.	Pomiar ciśnienia śródczaszkowego (1 szt. na wszystkie monitory) Możliwość pomiaru we wszystkich monitorach. Na wyposażeniu min. jeden czujnik pomiarowy	TAK	

10.	Pomiar kapnografii w każdym monitorze Pomiar dla pacjentów zaintubowanych Pomiar w strumieniu głównym lub bocznym Pomiar stężenia dwutlenku węgla w gazach wydechowych. Prezentacja cyfrowa. Prezentacja krzywej kapnograficznej. Zakresy pomiarowe: EtCO ₂ : min. 0 – 98 mmHg. Oddech: min. 3 – 120 odd./min. Akcesoria dla każdego monitora: – jednorazowe adaptory lub linie do pomiaru kapnografii dla pacjentów zaintubowanych – min. 25 szt. na każdy monitor	TAK	
11.	Ciągły pomiar rzutu minutowego serca metodą opartą na analizie zmian ciśnienia krwi (1 szt. na wszystkie monitory) Pomiar metodą opartą na analizie zmian ciśnienia krwi. Pomiar wymagający tylko jednego dostępu naczyniowego. Brak konieczności wykonywania kalibracji. Pomiar przy pomocy modułu lub urządzenia zewnętrznego pozwalającym na odczyt danych w oferowanym monitorze. Zestaw akcesoriów do ciągłego pomiaru rzutu minutowego serca x 5 szt. na wszystkie stanowiska pomiarowe	TAK	
12.	Pomiaru rzutu minutowego serca metodą termodylucji x 1 szt. na wszystkie monitory Zakres pomiarowy min.: 0,5-20 L/min. Pakiet obliczeń hemodynamicznych. Zestaw akcesoriów do pomiaru rzutu minutowego serca pozwalający na dokonanie pomiarów u min. 5 pacjentów	TAK	
13.	Każdy monitor wyposażony w moduł lub złącze pozwalające na ściąganie i wyświetlanie danych pomiarowych z respiratorów stacjonarnych (nie należy oferować przewodów połączeniowych z respiratorami). Podać obsługiwane respiratory (min. 3 różnych producentów)	TAK	
14.	Możliwość rozbudowy monitora (bez udziału serwisu) o pomiar transmisji nerwowo-mięśniowej – z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF – z wykorzystaniem pojedynczej stymulacji	TAK	
15.	Możliwość rozbudowy monitora (bez udziału serwisu) o pomiar głębokości uśpienia BIS	TAK	
16.	Elementy mocujące zestawu monitorującego	TAK	
IX.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
X.	Okres gwarancji	min. 24 miesięcy	

Monitor centralny dla 4, 2 i 1 stanowiska

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Monitor centralny dla 4 stanowisk		
1.	Monitorowanie min. 12 stanowisk pacjenta Monitor centralny wyposażony w jeden ekran typu LCD-TFT, kolorowy o przekątnej min. 17" (preferowany 19") oraz drugi ekran LCD-TFT, kolorowy o przekątnej 19". Rozdzielczość wyświetlania min. 1280x1024.	TAK	
2.	Ilość jednocześnie wyświetlanych przebiegów dynamicznych (krzywych) z jednego monitora przyłóżkowego: min. 2 krzywe. Identyfikacja łóżka, na którym wystąpił alarm na ekranie centrali	TAK	
3.	Podgląd dowolnego pełnego ekranu monitora z sieci	TAK	
4.	Trendy graficzne i tabelaryczne z min. 72 h.	TAK	
5.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez "mysz" i klawiaturę – oprogramowanie w języku polskim	TAK	
6.	Wielostopniowe alarmy monitorowanych parametrów min. 3 stopnie	TAK	
7.	Historia alarmów min. 150 zdarzeń dla każdego monitorowanego stanowiska	TAK	
8.	Arytmia podstawowa. Rozpoznawanie min. 10 klas arytmii	TAK	
9.	Podłączenie do sieci monitorowania LAN do komunikacji z monitorami	TAK	
10.	Przesyłanie alarmów z monitorów przyłóżkowych do centrali oraz pomiędzy monitorami. Możliwość przesyłania danych pomiędzy monitorami a centralą oraz pomiędzy monitorami również w razie wyłączenia centrali	TAK	
11.	Interaktywna komunikacja centrali z monitorami. Możliwość regulacji granic alarmów z centrali w monitorach przyłóżkowych	TAK	
12.	Możliwość ręcznego uruchomienia pomiaru NIBP w monitorze z monitora centralnego	TAK	
13.	Awaryjne zasilanie centrali	TAK	
14.	Drukarka laserowa format A4. Wydruki danych cyfrowych oraz krzywych dynamicznych z centrali oraz monitorów przyłóżkowych - stanów alarmowych oraz na życzenie użytkownika. Wydruki z monitorów przyłóżkowych zapewnione w razie uszkodzenia monitora centralnego	TAK	
15.	Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie	TAK	
II.	Monitor centralny dla 2 stanowisk		
1.	Monitor centralny w postaci kolorowego ekranu tzw. kopiującego typu LCD-TFT o przekątnej min. 17" (preferowany 19") i rozdzielczości min. 1280x1024, który umożliwi monitorowanie(podgląd) stanowisk pacjentów podłączonych do monitora centralnego dla 4 stanowisk oraz posiada możliwość wyświetlania krzywych dynamicznych z monitorów przyłóżkowych	TAK	

III.	Monitor centralny dla 1 stanowiska		
1.	Monitor centralny w postaci kolorowego ekranu tzw. kopiującego typu LCD-TFT o przekątnej min. 17" (preferowany 19") i rozdzielczości min. 1280x1024, który umożliwia monitorowanie(podgląd) stanowisk pacjentów podłączonych do monitora centralnego dla 4 stanowisk oraz posiada możliwość wyświetlania krzywych dynamicznych z monitorów przyłóżkowych	TAK	
IV.	Elementy mocujące zestawu monitorującego	TAK	
V.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
VI.	Okres gwarancji	min.24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zamówienia	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zestaw monitorujący dla 4 stanowisk z monitem centralnym wraz z elementami zestawu monitorującego dla 4 stanowisk z monitorem centralnym							1	
Zestaw monitorujący dla 2 stanowisk z monitem centralnym wraz z elementami zestawu monitorującego dla 2 stanowisk z monitorem centralnym							1	
Zestaw monitorujący dla 1 stanowiska z monitem centralnym wraz z elementami zestawu monitorującego dla 1 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: **Zestaw do monitorowania noworodka z komputerem centralnym** (na stanowisku pielęgniarki) - 2 szt.

1. Oddział Położniczo - Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Monitor		
1.	Monitor czynności życiowych pacjenta przenośny o uniwersalnym zastosowaniu z uchwytem do przenoszenia	TAK	
2.	Ekran monitora kolorowy, pojedynczy, w technologii aktywnej matrycy TFT, o przekątnej ekranu minimum 10", umożliwiający jednoczesny pomiar i wyświetlanie min. 5 krzywych	TAK, podać	
3.	Możliwość wyświetlania dużych pól z mierzonymi wartościami numerycznymi	TAK	
4.	Sposób obsługi monitora poprzez pokrętkę, klawisze funkcyjne oraz menu w języku polskim	TAK	
5.	Zasilanie sieciowe 220-230V 50/60 Hz	TAK	
6.	Zasilanie z wbudowanego akumulatora – min. 3 godziny ciągłej pracy	TAK, podać	
7.	Możliwość dostosowania koloru krzywych do indywidualnych preferencji użytkownika	TAK	
8.	Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych (dorośli, dzieci i noworodki)	TAK	
9.	Min. 4 stopniowe alarmy monitorowanych parametrów rozróżniane kolorem oraz tonem	TAK, podać	
10.	Min. 2 stopnie wyciszania alarmów	TAK, podać	
11.	Waga max. 5,5 kg	TAK, podać	
12.	Trendy graficzne i numeryczne min. 24 godzinne o rozdzielczości min. 1 min. Przywołanie danych poprzedniego pacjenta po jego zwolnieniu	TAK, podać	
13.	Historia alarmów pacjenta min. 200	TAK, podać	
14.	Komunikacja monitora w standardzie HL7 dla elektronicznego zapisu danych medycznych pacjenta	TAK	
II.	EKG	TAK	
1.	Rejestracja odprowadzeń: I, II, III, aVR, AVL, AVF, VA Wykrywanie rozrusznika serca ustawiane ręcznie. Zabezpieczenie przed impulsem defibrylacyjnym. Zakres pomiarowy min. 30 – 300 ud/min. Kabel połączeniowy i elektrody noworodkowe (100 szt.)	TAK	
2.	Analiza arytmii w zakresie podstawowym, alarmy arytmii zagrażającym życiu	Tak, podać	

III.	Respiracja	TAK	
1.	Prezentacja cyfrowa oraz krzywa dynamiczna. Pomiar oddechu metodą impedancyjną min. 8 -160 odd./min	TAK, podać	
2.	Możliwość wyboru progu zliczania oddechów oraz odprowadzenia do pomiaru respiracji	TAK	
IV.	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi	TAK	
1.	Metoda oscylometryczna z algorytmem odpornym na artefakty ruchowe, testowanym na oddziałach noworodkowych i geriatrycznych. Zakres pomiarowy min. 10-280 mmHg. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej-alarmy dla każdej wartości. Automatyczne dopasowanie ciśnienia inflacji mankieta pod kątem komfortu pacjenta i dokładności pomiarów. Kabel połączeniowy, 1 mankieta noworodkowy wielorazowy, 20 mankietów jednorazowych w różnych rozmiarach, min. trzech	TAK	
V.	Pomiar saturacji	TAK	
1.	Prezentacja wyniku pomiaru w postaci numerycznej oraz krzywej pletyzmograficznej – metoda Masimo. Zakres pomiarowy: min. 10 – 100% Zakres pomiarowy pulsu: min. 25 – 240 ud./min. Algorytm odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe. Kabel połączeniowy i czujnik noworodkowy	TAK, podać	
2.	Pomiar temperatury. Pomiar temperatury centralnej. Sonda do temperatury	TAK	
3.	Praca w sieci centralnego monitorowania	TAK	
VI.	Rejestrator termiczny	TAK	
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą)	TAK	
VII.	Stacja centralnego monitorowania		
1.	Centrala zapewniająca jednocześnie monitorowanie min. 2 stanowisk przyłóżkowych z możliwością rozbudowy o większą liczbę monitorów – min 1 ekrany typu LCD-TFT, kolorowy, min. 19” do podglądu monitorowanych danych	TAK	
2.	Ilość jednocześnie wyświetlanych przebiegów dynamicznych (krzywych) z jednego monitora przyłóżkowego – minimum 2 krzywe przy obserwacji na stanowisku centralnym wszystkich monitorowanych pacjentów . Identyfikacja łóżka, na którym wystąpił alarm na ekranie centrali	TAK	
3.	Podgląd dowolnego pełnego ekranu monitora sieciowego na ekranie centrali	TAK	
4.	Wyświetlanie na ekranie centralnym trendów graficznych (min. 1 parametr) i tabelarycznych z monitorów przyłóżkowych z min. 24 h	TAK	
5.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez "mysz" i klawiaturę – oprogramowanie w języku polskim	TAK	

6.	Zasilanie 230 V oraz awaryjne UPS na min 0,5 h	TAK	
7.	Wprowadzanie danych pacjenta w centrali i z poziomu monitorów sieciowych	TAK	
8.	Opcja „Full disclosure” min.1godzina	TAK, podać	
9.	Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą)	TAK	
VIII.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
IX.	Okres gwarancji	min 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zestaw do monitorowania noworodka z komputerem centralnym							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Analizator parametrów krytycznych - 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Parametry mierzone: Na, K, pH, pCO ₂ , pO ₂ , Ca ²⁺ , glukoza, mleczany	TAK	
2.	Parametry wyliczane: HCO ₃ aktualne, HCO ₃ std, BE (ecf), BE (B), sat O ₂ , ct O ₂ , wapń znormalizowany (nCa ²⁺)	TAK	
3.	Możliwość wprowadzenia numeru ID pacjenta do analizatora za pomocą czytnika bar kodów	TAK	
4.	Maksymalna objętość próbki nie większa niż 150 µL (przy pobraniu tak z kapilary jak i próbki) dla badań gazometrii, elektrolitów oraz metabolitów	TAK	
5.	Ciągła gotowość do pracy	TAK	
6.	Brak gazów kalibracyjnych	TAK	
7.	Całkowity czas pomiaru poniżej 2 minut	TAK	
8.	Korekcja do aktualnej temperatury pacjenta	TAK	
9.	Oprogramowanie analizatora w języku polskim	TAK	
10.	Zintegrowany wymienny wkład zawierający odczynniki, kalibratory, czujniki pomiarowe oraz zbiornik na odpadki	TAK	
11.	Możliwość stosowania zestawów odczynnikowych zawierających także materiały kontroli jakości	TAK	
12.	Wbudowana drukarka termiczna	TAK	
13.	Zestawy odczynnikowe nie mniejsze niż 150 badań	TAK	
14.	Przystawka koagulologiczna z możliwością wykonania pomiarów CIT PT, PT, APTT, ACT, ACT-LR	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych /deklaracja zgodności CE (wraz z podaniem klasy wyrobu medycznego)	TAK	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Analizator parametrów krytycznych							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat do hemodializy - 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonywane zabiegi: SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHF, TPE	TAK	
2.	Możliwość wykonania zabiegu HF z równoczesną PRE i POST dylucją	TAK	
3.	Możliwość wykonania zabiegu HDF z równoczesną PRE i POST dylucją	TAK	
4.	Pompa krwi	TAK	
5.	Pompa i waga koagulantu cytrynianowego lub dodatkowego płynu suplementującego	TAK	
6.	Pompa i waga dializatu	TAK	
7.	Pompa i waga substytucji	TAK	
8.	Pompa i waga ściekowa	TAK	
9.	Pamięć zdarzeń do 90 godzin	TAK	
10.	Układ podgrzewający krew wracającą do pacjenta	TAK	
11.	Graficzne monitorowanie wszystkich ciśnień podczas zabiegu	TAK	
12.	Możliwość wprowadzenia danych pacjenta (imię, nazwisko, waga)	TAK	
13.	Pomiar ciśnień: pobierania krwi, filtra, zwrotu krwi, odpływu z filtra, spadku ciśnienia na filtrze oraz TMP	TAK	
14.	Automatyczna identyfikacja założonego filtra	TAK	
15.	Automatyczna identyfikacja punktu pracy (dostępu naczyniowego) - praca na dodatnim lub ujemnym ciśnieniu dostępu	TAK	
16.	Automatyczna regulacja poziomu w komorze odpowietrzającej	TAK	
17.	Zacisk bezpieczeństwa na drenie powrotnym	TAK	
18.	Czujnik przecieku krwi	TAK	
19.	Czujnik obecności powietrza we krwi	TAK	
20.	Archiwizacja zabiegu na zewnętrznym nośniku pamięci	TAK	
21.	Kolorowy ekran dotykowy minimum 12 "	TAK	
22.	Złącza RS232 oraz Ethernet do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi	TAK	
23.	Zintegrowana pompa strzykawkowa	TAK	
24.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
25.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat do hemodializy							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat RTG przewoźny – 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Napięcie zasilania 230 V 50 Hz $\pm 10\%$	TAK	
2.	Moc generatora: min 30 kW	TAK, podać	
3.	Napięcie generatora: min 40-120 kV	TAK, podać	
4.	Częstotliwość generatora: min 50 Hz	TAK, podać	
5.	Zakres regulacji iloczynu prądu i czasu ekspozycji (mAs): min 0,4-100 mAs	TAK, podać	
6.	Maksymalna wartość prądu anodowego min: 150 mA	TAK, podać	
7.	Minimalny czas ekspozycji: max: 5 msek.	TAK, podać	
8.	Programy anatomiczne: min. 70	TAK, podać	
9.	Zakres wysokości ogniska od podłogi: min: 65-190cm	TAK, podać	
10.	Szerokość aparatu: max 70 cm	TAK, podać	
11.	Wielkość ogniska lampy: - małe max: 0,8 mm - duże max 1,3 mm	TAK, podać	
12.	Zakres obrotu lamy rtg wokół osi poziomej: min $\pm 180^\circ$	TAK, podać	
13.	Pojemność cieplna anody: min 120 kHU	TAK, podać	
14.	Prędkość obrotów anody: min: 3000 obr/min	TAK, podać	
15.	Rotacja ramienia wokół osi pionowej: min: $\pm 250^\circ$	TAK, podać	
16.	Maksymalny zasięg ramienia- odległość: ognisko-kolumna aparatu min: 100cm	TAK, podać	
17.	Pojemnik na min: 10 kaset rtg o wymiarach 35x 43cm	TAK, podać	
18.	Wysokość aparatu złożonego do transportu: max 195cm	TAK, podać	
19.	Waga aparatu max: 250 kg	TAK, podać	
20.	Miernik dawki DAP	TAK	
21.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
22.	Okres gwarancji	min 24 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat RTG 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: **Lampa operacyjna 3+5 projektorowa z kamerą i torem wizyjnym – 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Lampa bezcieniowa z zawieszeniem sufitowym jednoosiowym, przeznaczona do oświetlenia pola operacyjnego	TAK	
2.	Źródło światła wykorzystujące technologię diod świecących LED	TAK	
3.	Konstrukcja lampy dwu- lub trójczaszowa diodowa (konfiguracja odpowiednia do spełnienia warunku z pkt 4.)	TAK	
4.	Wysokie natężenie światła na polu operacyjnym. Łączne możliwe do wyemitowania natężenie światła (przy jasności 100%) wszystkich oferowanych, zawieszonych na wspólnej osi, czas $\geq 300\ 000$ [lx] mierzone dla D10 = 28 [cm]	TAK	
5.	Wysoka bezcieniowość lampy operacyjnej. Lampa wyposażona w: – układ automatyczny sterowany sensorami zlokalizowanymi na czaszy, automatycznie rozpoznający położenie chirurga, lub – układ manualny sterowany uchwytem zlokalizowanym na czaszy. Uchwyt sterylizowany lub sterylizowalna nakładka. Obydwa alternatywne rozwiązania powinny, poprzez zmianę rozkładu natężenia światła poszczególnych punktów LED w odniesieniu do pozycji personelu, dążyć do zminimalizowania cieni w polu operacyjnym	TAK	
6.	Konstrukcja pozwalająca na łatwe przemieszczanie i precyzyjne ustawianie w żądanym położeniu. Czasza dzielona. Segmenty matrycy zlokalizowane względem siebie współosiowo lub na planie wieloboku	TAK	
7.	Każda matryca w danej czaszy (bez względu na sposób jej podziału) musi zawierać sumarycznie co najmniej 110 widocznych i pracujących (nie koniecznie jednocześnie) diod LED. Jeżeli czasza zrealizowana jest jako matryca wielopolowa (np. 5 polowa) całkowita ilość diod w poszczególnych częściach matrycy (dla zapewnienia równomiernego oświetlenia) nie może się różnić o więcej niż 25% od pozostałych części matrycy	TAK, podać	
8.	Zsynchronizowane sterowanie parametrów światła wszystkich głowic z głowicy głównej	TAK	
9.	Wielkość plamy świetlnej stała lub regulowana elektromechanicznie poprzez sterylizowalny uchwyt w osi geometrycznej czaszy zawierająca się w przedziale nie większym 20-30 [cm]	TAK, podać	
10.	Temperatura barwowa: stała $\geq 3500K$ lub regulowana (w przypadku regulowanej zakres regulacji musi zawierać się w przedziale od 3500K do 5000K)	TAK, podać	

11.	Możliwość regulowania wartości natężenia oświetlenia w zakresie min. 5 -100%	TAK, podać	
12.	Łatwość mycia i czyszczenia	TAK	
13.	Stoła temperatura barwowa i wskaźnik rozpoznawania barw podczas regulacji natężenia światła	TAK	
14.	Współczynnik rozpoznawania barw $R_a \geq 95$	TAK, podać	
15.	Kształt obudowy lamp minimalizuje zakłócenia nawiewu laminarnego na sali operacyjnej - odstęp pomiędzy częściami czaszy musi być widoczny gołym okiem, łatwy do czyszczenia	TAK	
16.	Centralny, ergonomiczny, sterylizowalny uchwyt do regulacji średnicy pola roboczego i pozycjonowania każdej głowicy Ilość dostarczonych uchwytów: ilość głowic x 2	TAK	
17.	Co najmniej jeden nie sterylny uchwyt na boku czaszy głównej przeznaczony do pozycjonowania lampy przez personel pomocniczy. Nie dopuszcza się elementów gumowych na bocznej krawędzi czaszy jako utrudniających czyszczenie	TAK	
18.	Wzrost temperatury w okolicy głowy chirurga $<1^{\circ}\text{C}$	TAK	
19.	Żywotność matrycy LED $> 25\ 000$ [h]	TAK	
20.	Zasilanie 230V, 50/60 Hz. Automatyczne przełączanie na zasilanie awaryjne	TAK	
21.	Czasza główna wyposażona w kolorową kamerę medyczną	TAK	
22.	Rotacja kamery względem oprawy oświetleniowej	TAK	
23.	Zoom: - optyczny min. 25 krotny - cyfrowy min. 12 krotny	TAK	
24.	Rozdzielczość pozioma min. 450 linii	TAK, podać	
25.	Zdalna kontrola poprzez sieć LAN wszystkich (w tym i ostrości) funkcji kamery.	TAK	
26.	Montowane sufitowo (jednoosiowo z lampą) podwójne ramię z monitorem do podglądu obrazu z kamery	TAK	
27.	Monitor LCD, matryca aktywna TFT min. 19" 1280x1024	TAK	
28.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych/deklaracja zgodności CE (wraz z podaniem klasy wyrobu medycznego)	TAK	
29.	Okres gwarancji	min 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lampa operacyjna 3+5 projektorowa z kamerą i torem wizyjnym							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Lampa bezcieniowa przejezdna - 12 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 4 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 7 szt.

Lp.	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 jednoogniskowa, statyw umożliwiający wygodne pozycjonowanie czaszy lampy	TAK	
3.	Statyw wyposażony w kółka samonastawne	TAK	
4.	Regulowana średnica pola operacyjnego ok. 12 cm	TAK	
5.	Regulacja wartości natężenia światła	TAK	
6.	Natężenie oświetlenia min. 30 000 lux	TAK, podać	
7.	Współczynnik oddawania barw min. Ra=90	TAK, podać	
8.	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób trwały - 17 cm	TAK	
9.	Temperatura barwowa min. 4200 K	TAK, podać	
10.	Zakres pracy bez konieczności ogniskowania: min. 70-140cm	TAK, podać	
11.	Zasilanie: 230V, 50/60 Hz	TAK	
12.	Źródło światła: żarówki halogenowe o mocy min. 50 W	TAK, podać	
13.	Żywotność żarówek min. 1300 h	TAK, podać	
14.	Regulacja wartości natężenia oświetlenia realizowana elektronicznie w sposób płynny w zakresie: ok. 20 %	TAK, podać	
15.	Układ zawieszenia umożliwiający regulację wysokości oraz obrót głowicy	TAK	
16.	Konstrukcja umożliwiająca czyszczenie, dezynfekcję i sterylizację powszechnie stosowanymi środkami	TAK, podać	
17.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych /deklaracja zgodności CE (wraz z podaniem klasy wyrobu medycznego)	TAK	
18.	Okres gwarancji	min 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lampa bezcieniowa przejezdna							12	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Lampa operacyjna 3+5 projektorowa - 3 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 2 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny - 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Lampa bezcieniowa z zawieszeniem sufitowym jednoosiowym, przeznaczona do oświetlenia pola operacyjnego	TAK	
2.	Źródło światła wykorzystujące technologię diod świecących LED	TAK	
3.	Konstrukcja lampy dwu- lub trójczaszowa diodowa (konfiguracja odpowiednia do spełnienia warunku z pkt 4)	TAK	
4.	Wysokie natężenie światła na polu operacyjnym. Łączne możliwe do wyemitowania natężenie światła (przy jasności 100%) wszystkich oferowanych, zawieszonych na wspólnej osi, czas $\geq 300\ 000$ [lx] mierzone dla D10 = 28 [cm]	TAK	
5.	Wysoka bezcieniowość lampy operacyjnej. Lampa wyposażona w: – układ automatyczny sterowany sensorami zlokalizowanymi na czaszy, automatycznie rozpoznający położenie chirurga, lub – układ manualny sterowany uchwytem zlokalizowanym na czaszy. Uchwyt sterylizowany lub sterylizowalna nakładka. Obydwa alternatywne rozwiązania powinny, poprzez zmianę rozkładu natężenia światła poszczególnych punktów LED w odniesieniu do pozycji personelu, dążyć do zminimalizowania cieni w polu operacyjnym	TAK	
6.	Konstrukcja pozwalająca na łatwe przemieszczanie i precyzyjne ustawianie w żądanym położeniu. Czasza dzielona. Segmenty matrycy zlokalizowane względem siebie współosiowo lub na planie wieloboku	TAK	
7.	Każda matryca w danej czaszy (bez względu na sposób jej podziału) musi zawierać sumarycznie co najmniej 110 widocznych i pracujących (nie koniecznie jednocześnie) diod LED. Jeżeli czasza zrealizowana jest jako matryca wielopolowa (np. 5 polowa) całkowita ilość diod w poszczególnych części matrycy (dla zapewnienia równomiernego oświetlenia) nie może się różnić o więcej niż 25% od pozostałych części matrycy.	TAK	
8.	Zsynchronizowane sterowanie parametrów światła wszystkich głowic z głowicy głównej	TAK	
9.	Wielkość plamy świetlnej stała lub regulowana elektromechanicznie poprzez sterylizowalny uchwyt w osi geometrycznej czaszy zawierająca się w przedziale nie większym 20-30 [cm]	TAK	
10.	Temperatura barwowa: stała $\geq 3500K$ lub regulowana (w przypadku regulowanej zakres regulacji musi zawierać się w przedziale od 3500K do 5000K)	TAK	
11.	Możliwość regulowania wartości natężenia oświetlenia w zakresie min. 5 -100%	TAK	

12.	Łatwość mycia i czyszczenia	TAK	
13.	Możliwość wyposażenia lampy w kamerę i tor wizyjny bez konieczności demontażu lampy	TAK	
14.	Stała temperatura barwowa i wskaźnik rozpoznawania barw podczas regulacji natężenia światła	TAK	
15.	Współczynnik rozpoznawania barw $Ra \geq 95$	TAK	
16.	Kształt obudowy lamp minimalizuje zakłócenia nawiewu laminarnego na sali operacyjnej - odstęp pomiędzy częściami czaszy musi być widoczny gołym okiem, łatwy do czyszczenia	TAK	
17.	Centralny, ergonomiczny, sterylizowalny uchwyt do regulacji średnicy pola roboczego i pozycjonowania każdej głowicy. Ilość dostarczonych uchwytów: ilość głowic x 2	TAK	
18.	Co najmniej jeden nie sterylny uchwyt na boku czaszy głównej przeznaczony do pozycjonowania lampy przez personel pomocniczy. Nie dopuszcza się elementów gumowych na bocznej krawędzi czaszy jako utrudniających czyszczenie	TAK	
19.	Wzrost temperatury w okolicy głowy chirurga $<1^{\circ}\text{C}$	TAK	
20.	Żywotność matrycy LED $> 25\,000$ [h]	TAK	
21.	Zasilanie 230V, 50/60 Hz. Automatyczne przełączanie na zasilanie awaryjne	TAK	
22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych /deklaracja zgodności CE (wraz z podaniem klasy wyrobu medycznego)	TAK	
23.	Okres gwarancji	min 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lampa operacyjna 3+5 projektorowa							3	

.....
(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, przelotowa elektrycznie ogrzewana z programami suszenia, dwudrzwiowa, 4 programy – 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Myjnia przelotowa (dwudrzwiowa), elektrycznie ogrzewana, z programami suszenia	TAK	
2.	Zasilana i ogrzewana elektrycznie	TAK	
3.	Dezynfekcja termiczna	TAK	
4.	Zabezpieczenie przed jednoczesnym otwarciem dwóch drzwi	TAK	
5.	Materiał komory , drzwi i obudowy – stal kwasoodporna	TAK	
6.	Szerokość urządzenia maksymalnie 650mm	TAK, podać	
7.	Drukarka parametrów cyklu	TAK	
8.	Kondensator oparów	TAK	
9.	3 pompy detergentu	TAK	
10.	Zintegrowana suszarka	TAK	
11.	Pojemność komory: 8 dużych tac DIN o wymiarach 485x250x50mm	TAK, podać	
12.	Sterowanie mikroprocesorowe	TAK	
13.	Wyświetlacz z komunikatami wyświetlanymi w języku polskim	TAK	
14.	Minimum 4 programy mycia-dezynfekcji	TAK, podać	
15.	Komunikaty na wyświetlaczu wyświetlane w postaci komunikatów tekstowych	TAK	
	Wyposażenie		
16.	Wózek wsadowy do wyposażenia aparatów anestezjologicznych, wykonany ze stali kwasoodpornej, kompatybilny z oferowaną myjnią 1 szt.	TAK	
17.	Wózek do narzędzi chirurgicznych na 8 dużych tac DIN o wymiarach 485 x 250 x 50 mm, - 1 szt.	TAK	
18.	Tace narzędziowe o wymiarach 485x250x50mm, - 8 szt.	TAK	
19.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
20.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Myjnia dezynfektor, przelotowa, elektrycznie ogrzewana z programami suszenia, dwudrzwiowa, 4 programy							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 – 2 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Sterowanie mikroprocesorowe	TAK	
2.	Wyświetlacz z komunikatami tekstowymi	TAK	
3.	Model stojący	TAK	
4.	Szerokość myjni max. 450 mm	TAK	
5.	Wysokość myjni max. 900 mm	TAK	
6.	Komora tłoczona, ze stali kwasoodpornej, z zaokrąglonymi narożnikami	TAK	
7.	Podgrzewanie elektryczne	TAK	
8.	Dezynfekcja termiczna	TAK	
9.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	TAK	
10.	Drzwi otwierane do przodu	TAK	
11.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi	TAK	
12.	Automatyczne dozowanie detergentu	TAK	
13.	Kontrola poziomu środka chemicznego w pojemniku	TAK	
14.	Obudowa ze stali nierdzewnej	TAK	
15.	Wbudowany kondensator oparów	TAK	
16.	Załadunek komory: 1 basen lub 2 kaczki	TAK	
17.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	TAK	
18.	Minimum 5 programów myjąco-dezynfekujących dostępnych z panelu sterującego	TAK	
19.	Możliwość modyfikacji programów myjących pod potrzeby użytkownika	TAK	
20.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych w myjni, min. 1 pojemnik	TAK	
21.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	TAK	
22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
23.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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: **Myjnia dezynfektor – 3 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Sterowanie mikroprocesorowe	TAK	
2.	Wyświetlacz z komunikatami tekstowymi	TAK	
3.	Model stojący	TAK	
4.	Szerokość myjni max. 450 mm	TAK	
5.	Wysokość myjni max. 900 mm	TAK	
6.	Komora tłoczona, ze stali kwasoodpornej, z zaokrąglonymi narożnikami	TAK	
7.	Podgrzewanie elektryczne	TAK	
8.	Dezynfekcja termiczna	TAK	
9.	Zbiornik wody zintegrowany z wytwornicą pary	TAK	
10.	Drzwi otwierane do przodu	TAK	
11.	Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi	TAK	
12.	Automatyczne dozowanie detergentu	TAK	
13.	Kontrola poziomu środka chemicznego w pojemniku	TAK	
14.	Obudowa ze stali nierdzewnej	TAK	
15.	Wbudowany kondensator oparów	TAK	
16.	Załadunek komory: 1 basen lub 2 kaczki	TAK	
17.	Możliwość mycia tacy drucianej z drobnym wyposażeniem	TAK	
18.	Minimum 5 programów myjąco-dezynfekujących dostępnych z panelu sterującego	TAK	
19.	Możliwość modyfikacji programów myjących pod potrzeby użytkownika	TAK	
20.	Miejsce na pojemniki środków chemicznych w myjni, min. 1 pojemnik	TAK	
21.	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	TAK	
22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
23.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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: **Dozownik taśmy sterylizacyjnej wskaźnikowej i maskującej – 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Dozownik taśmy sterylizacyjnej 1 szt. wykonany z wytrzymałego mocnego plastiku, z obciążnikiem w podstawie i ząbkami ułatwiającymi odrywanie taśmy, dostosowany do różnych szerokości taśm	TAK	
2.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
3.	Okres gwarancji	min.12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dozownik taśmy sterylizacyjnej wskaźnikowej i maskującej							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Sterylicator parowy, szybkościowy, podręczny z możliwością sterylizacji sprzętu laparoskopowego - 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Urządzenie przelotowe, wbudowane w jedną ścianę, o pojemności 1JW	TAK	
2.	Sterylicator wyposażony we własną, wbudowaną wytwornicę pary	TAK	
3.	Pojemność użytkowa komory powyżej 100 dm ³	TAK, podać	
4.	Sterownik mikroprocesorowy z wyświetlaczem alfanumerycznym obsługiwany z ekranu dotykowego (wybór funkcji poprzez przyciśnięcie odpowiedniego pola na ekranie)	TAK	
5.	Rejestracja istotnych parametrów procesu wraz z wbudowaną drukarką danych	TAK	
6.	Materiał komory, płaszcza grzejnego, ramy, opanelowania zew. i drzwi – stal nierdzewna kwasoodporna Instalacje parowe wew. wykonane ze stali kwasoodpornej, wszystkie instalacje wew. zaizolowane	TAK	
7.	Drzwi automatycznie zamykane/otwierane i ryglowane, przesuwane pionowo	TAK	
8.	Uszczelka drzwiowa rozprężana parą wodną	TAK	
9.	Wyświetlanie informacji o przyczynie błędu, awarii na monitorze sterownika	TAK	
10.	Zabezpieczenie przed skasowaniem programowalnych danych w przypadku braku napięcia zasilającego	TAK	
11.	Komunikaty na wyświetlaczu oraz opisy na panelu operatora w języku polskim	TAK	
12.	Pomiar ciśnienia w komorze niezależny od ciśnienia atmosferycznego	TAK	
13.	Minimum 4 programy sterylizacyjne	TAK, podać	
14.	Programy testujące: test Bowie-Dicka automatyczny test szczelności automatyczny	TAK	
15.	Wyposażenie dodatkowe: Stelaż wsadowy z półkami (1 szt.)	TAK	
16.	Gwarancja na komorę sterylizatora minimum 10 lat	TAK, podać	
17.	Gwarancja na uszczelkę drzwiową minimum 24 miesiące	TAK, podać	
18.	Zgodność konstrukcji i działania z normą EN-285 (potwierdzona stosownym dokumentem)	TAK	
19.	Certyfikat ISO dla producenta	TAK, podać	
20.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
21.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sterylizator parowy szybkościowy, podręczny z możliwością sterylizacji sprzętu laparoskopowego							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 wsadowy do sterylizatora parowego – 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wózek wsadowy do sterylizatora parowego 1 szt.	TAK	
2.	Wypożyczony w jedną półkę	TAK	
3.	W całości wykonany ze stali nierdzewnej kwasoodpornej	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek wsadowy do sterylizatora parowego							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Obcinarka do rękawów 1 szt. wykonana ze stali nierdzewnej kwasoodpornej	TAK	
2.	Przeznaczona do magazynowania i przycinania rękawów foliowo-papierowych składowanych w przejrzysty sposób w rolkach o maksymalnej średnicy do 220 mm	TAK	
3.	Możliwość mocowania na ścianie lub ustawienia na stole	TAK	
4.	Przesuwny nóż całkowicie obudowany w celu zabezpieczenia personelu przed skaleczeniem, umożliwiający cięcie w obu kierunkach przy bardzo małym oporze toczenia	TAK	
5.	Możliwość układania rolek rękawów foliowo-papierowych na jednym poziomie wewnątrz obcinarki na wspornikach	TAK	
6.	Odcinanie wybranej długości rękawa foliowo-papierowego polegające na odwinieciu niezbędnej długości rękawa i odcięciu go za pomocą noża przesuwnego na prowadnicy.	TAK	
7.	Wymiary (długość x szerokość wysokość) w mm około 1200 x 330 x 170	TAK	
8.	Możliwość dobudowy 1 poziomu	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Obcinarka jednopoziomowa							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Pistolet do mycia ręcznego i przedmuchiwania sprężonym powietrzem - 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Pistolet przystosowany do przedmuchiwania sprężonym powietrzem oraz przepłukiwania wodą, elastyczny wąż o długości 15 m do suszenia mytych przedmiotów	TAK	
2.	Wyposażony w 8 wymiennych końcówek	TAK	
3.	Wyposażony w szybkozłącze umożliwiające przyłączenie z zasilania powietrzem i wodą	TAK	
4.	Otwór umożliwiający powieszenie pistoletu na wieszaku	TAK	
5.	Możliwość zasilania wodą wodociągową, demineralizowaną oraz destylowaną	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pistolet do mycia ręcznego i przedmuchiwania sprężonym powietrzem							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 operacyjny elektrohydrauliczny mobilny – 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Ogólnochirurgiczny mobilny stół operacyjny z napędem elektrohydraulicznym	TAK	
2.	Konstrukcja stołu i pokrywy podstawy stołu wykonane ze stali nierdzewnej	TAK	
3.	Pełna dostępność aparatu RTG z ramieniem C	TAK	
4.	Błat w konfiguracji złożonej z następujących segmentów: • segment głowowy, • segment przedłużenia sekcji pleców (odejmowany) • segment piersiowy, • segment lędźwiowy, • segment nożny dwuczściowy	TAK/opisać	
5.	Wymiary stołu: - min. długość 2100 [mm], - min. szerokość leża 540 [mm]	TAK/opisać	
6.	Cztery pojedyncze koła o dużej umieszczone w płaskiej podstawie stołu uniemożliwiające zaplątanie się kabli, przewodów czy obłożeń stołu. Koła nie mogą wystawać poza obrys podstawy stołu	TAK	
7.	Maksymalna waga pacjenta umożliwiająca prowadzenie operacji w centralnym położeniu blatu względem kolumny ≥ 450 kg	TAK, podać	
8.	Maksymalna waga pacjenta umożliwiająca wszystkie zakresy ruchów blatu ≥ 250 kg	TAK, podać	
9.	Funkcje sterowane za pomocą pilota przewodowego lub bezprzewodowego: - góra/dół, - przechyły boczne, - pozycja anty- i Trendelenburga, - pozycja „flex” i „reflex”, - sekcja pleców, - przesuw wzdłużny blatu - blokowanie stołu do podłoża	TAK/opisać	
10.	Pilot z wyświetlaczem kolorowym z liczbową prezentacją wykorzystanego zakresu regulacji poszczególnych segmentów stołu oraz funkcją pamięci pozycji blatu	TAK/ opisać	
11.	Ręczna regulacja segmentu głowy w zakresie min $-100^{\circ}/+90^{\circ}$, przesuw wzdłużny min 25 cm	TAK/opisać	
12.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji segmentu pleców w zakresie $-90^{\circ}/+90^{\circ} (\pm 3^{\circ})$ realizowana elektro-hydraulicznie	TAK/opisać	
13.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji wysokości blatu bez materaca od w zakresie min. 70 do 114cm	TAK/opisać	

14.	Zakres ręcznej regulacji segmentu nóg w zakresie $-90^{\circ}/+10^{\circ}$ i odchylenie na boki min 90°)	TAK/opisać	
15.	Przesuw wzdłużny blatu w zakresie minimum 450mm	TAK/opisać	
16.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji pozycji Trendelenburga w zakresie do $-45^{\circ} (\pm 2^{\circ})$	TAK/opisać	
17.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji pozycji i anty-Trendelenburga do $+30^{\circ} (\pm 2^{\circ})$	TAK/opisać	
18.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji przechyłów bocznych blatu w zakresie 25° każdą stroną $(\pm 2^{\circ})$	TAK/opisać	
19.	Możliwość instalacji elementów plecowych i nożnych o różnych kształtach i wymiarach po dowolnej stronie stołu	TAK	
20.	Możliwość konfiguracji blatu stołu przy użyciu złącz łatwych w montażu i dezynfekcji	TAK	
21.	Możliwość przyłączenia do stołu akcesoriów napędzanych elektrycznie z gniazd zasilających (24V) na panelu sterującym umieszczonym na lewym boku kolumny stołu	TAK/opisać	
22.	Możliwość sterowanie awaryjnego wszystkich funkcji w przypadku uszkodzenia głównego pilota z dodatkowego panelu sterującego umieszczonego na lewym boku kolumnie stołu	TAK	
23.	Możliwości awaryjnej regulacji przechyłów bocznych i wzdłużnych blatu, sekcji pleców oraz wysokości stołu w przypadku awarii głównej pompy elektrycznej lub rozładowania głównego akumulatora za pomocą nożnej pompy hydraulicznej z jednoczesnym wskazaniem funkcji na awaryjnym panelu na lewym boku kolumny stołu	TAK/opisać	
24.	Zabezpieczenie przed kolizją elementów stołu realizowane poprzez natychmiastowe wstrzymanie ruchu elementu blatu powodującego kolizję wraz z informacją na pilocie o wystąpieniu kolizji	TAK/opisać	
25.	Złącze komputerowe wbudowane w podstawę stołu umożliwiające szybką diagnostykę serwisową	TAK	
26.	Powrót blatu do pozycji wyjściowej po naciśnięciu jednego przycisku na pilocie	TAK	
27.	Informacja na pilocie o orientacji ułożenia pacjenta (normalna lub odwrócona) z automatyczną interpretacją komend ruchów blatu dokonywanych z pilota	TAK	
28.	Informacja o stanie naładowania akumulatora na pilocie i podstawie stołu	TAK	
29.	Blokowanie/odblokowywanie stołu do podłoża za pomocą przycisków na pilocie oraz awaryjnie na panelu sterującym na lewym boku kolumny stołu	TAK	
30.	Stół zasilany bezpiecznym napięciem z wewnętrznego akumulatora. Ładowarka wbudowana w podstawę stołu	TAK	
31.	Ogólnochirurgiczny mobilny stół operacyjny z napędem elektrohydraulicznym	TAK	
32.	Wyposażenie stołu: Regulowana ramka ekranu anestezjologicznego – 1 szt.	TAK	

	- Anestezjologiczna podpórka ręki na przegubie kulowym – 1 szt. - Podpory Goepla mocowane do szyn bocznych – 1 kpl. - Podpora ręki do operacji na boku – 1 szt. - Miska ginekologiczna z odpływem – 1 szt. - Zaciski uniwersalne z regulacją kąta osadzenia akcesoriów na szynie bocznej stołu – 4 szt.		
33.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
34.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół operacyjny elektrohydrauliczny mobilny							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół operacyjny elektrohydrauliczny mobilny z przystawką ginekologiczną – 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Ogólnochirurgiczny mobilny stół operacyjny z napędem elektrohydraulicznym	TAK	
2.	Konstrukcja stołu i pokrywy podstawy stołu wykonane ze stali nierdzewnej	TAK	
3.	Pełna dostępność aparatu RTG z ramieniem C	TAK	
4.	Blat w konfiguracji złożonej z następujących segmentów: • segment głowowy, • segment przedłużenia sekcji pleców (odejmowany) • segment piersiowy, • segment lędźwiowy, • segment nożny dwuczęściowy	TAK/opisać	
5.	Wymiary stołu: - min. Długość 2100 [mm], - min. Szerokość leża 540 [mm]	TAK/opisać	
6.	Cztery pojedyncze koła o dużej umieszczone w płaskiej podstawie stołu uniemożliwiające zaplątanie się kabli, przewodów czy obłożeń stołu. Koła nie mogą wystawać poza obrys podstawy stołu	TAK	
7.	Maksymalna waga pacjenta umożliwiająca prowadzenie operacji w centralnym położeniu blatu względem kolumny ≥ 450 kg	TAK, podać	
8.	Maksymalna waga pacjenta umożliwiająca wszystkie zakresy ruchów blatu ≥ 250 kg	TAK, podać	
9.	Funkcje sterowane za pomocą pilota przewodowego lub bezprzewodowego: - góra/dół, - przechyły boczne, - pozycja anty- i Trendelenburga, - pozycja „flex” i „reflex”, - sekcja pleców, - przesuw wzdłużny blatu - blokowanie stołu do podłoża	TAK/opisać	
10.	Pilot z wyświetlaczem kolorowym z liczbową prezentacją wykorzystanego zakresu regulacji poszczególnych segmentów stołu oraz funkcją pamięci pozycji blatu	TAK/ opisać	
11.	Ręczna regulacja segmentu głowy w zakresie min $-100^{\circ}/+90^{\circ}$, przesuw wzdłużny min 25 cm	TAK/opisać	
12.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji segmentu pleców w zakresie $-90^{\circ}/+90^{\circ} (\pm 3^{\circ})$ realizowana elektro-hydraulicznie	TAK/opisać	
13.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji wysokości blatu bez materaca od w zakresie min. 70 do 114 cm	TAK/opisać	

14.	Zakres ręcznej regulacji segmentu nóg w zakresie $-90^{\circ}/+10^{\circ}$ i odchylenie na boki min 90°)	TAK/opisać	
15.	Przesuw wzdłużny blatu w zakresie minimum 450 mm.	TAK/opisać	
16.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji pozycji Trendelenburga w zakresie do $-45^{\circ} (\pm 2^{\circ})$	TAK/opisać	
17.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji pozycji i anty-Trendelenburga do $+30^{\circ} (\pm 2^{\circ})$	TAK/opisać	
18.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji przechyłów bocznych blatu w zakresie 25° każdą stroną $(\pm 2^{\circ})$	TAK/opisać	
19.	Możliwość instalacji elementów plecowych i nożnych o różnych kształtach i wymiarach po dowolnej stronie stołu	TAK	
20.	Możliwość konfiguracji blatu stołu przy użyciu łącz łatwych w montażu i dezynfekcji	TAK	
21.	Możliwość przyłączenia do stołu akcesoriów napędzanych elektrycznie z gniazd zasilających (24V) na panelu sterującym umieszczonym na lewym boku kolumny stołu	TAK/opisać	
22.	Możliwość sterowanie awaryjnego wszystkich funkcji w przypadku uszkodzenia głównego pilota z dodatkowego panelu sterującego umieszczonego na lewym boku kolumnie stołu	TAK	
23.	Możliwości awaryjnej regulacji przechyłów bocznych i wzdłużnych blatu, sekcji pleców oraz wysokości stołu w przypadku awarii głównej pompy elektrycznej lub rozładowania głównego akumulatora za pomocą nożnej pompy hydraulicznej z jednoczesnym wskazaniem funkcji na awaryjnym panelu na lewym boku kolumny stołu	Tak/opisać	
24.	Zabezpieczenie przed kolizją elementów stołu realizowane poprzez natychmiastowe wstrzymanie ruchu elementu blatu powodującego kolizję wraz z informacją na pilocie o wystąpieniu kolizji	TAK/opisać	
25.	Złącze komputerowe wbudowane w podstawę stołu umożliwiające szybką diagnostykę serwisową	TAK	
26.	Powrót blatu do pozycji wyjściowej po naciśnięciu jednego przycisku na pilocie	TAK	
27.	Informacja na pilocie o orientacji ułożenia pacjenta (normalna lub odwrócona) z automatyczną interpretacją komend ruchów blatu dokonywanych z pilota	TAK	
28.	Informacja o stanie naładowania akumulatora na pilocie i podstawie stołu	TAK	
29.	Blokowanie/odblokowywanie stołu do podłoża za pomocą przycisków na pilocie oraz awaryjnie na panelu sterującym na lewym boku kolumny stołu	TAK	
30.	Stół zasilany bezpiecznym napięciem z wewnętrznego akumulatora. Ładowarka wbudowana w podstawę stołu	TAK	
31.	Ogólnochirurgiczny mobilny stół operacyjny z napędem elektrohydraulicznym	TAK	
32.	Wyposażenie stołu: - Regulowana ramka ekranu anestesjologicznego – 1 szt. - Anestesjologiczna podpórka ręki na przegubie kulowym – 1 szt.	TAK	

	• Podpory Goepla mocowane do szyn bocznych – 1 kpl. • Podpora ręki do operacji na boku – 1 szt. • Miska ginekologiczna z odpływem – 1 szt. • Zaciski uniwersalne z regulacją kąta osadzenia akcesoriów na szynie bocznej stołu – 4 szt.		
33.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
34.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół operacyjny elektrohydrauliczny mobilny z przystawką ginekologiczną							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

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

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Mobilny hydrauliczny stół zabiegowo-operacyjny z blokadą kół	TAK	
2.	Szerokość całkowita min: 550 mm	TAK, podać	
3.	Długość całkowita min: 2100 mm	TAK, podać	
4.	Regulacja wysokości blatu w zakresie min: od 750 mm do 1000 mm	TAK, podać	
5.	Stół przejezdny z blokadą uruchamianą pedałem nożnym	TAK	
6.	Blat stołu przezierny dla promieni RTG, mocowany na stałe do kolumny	TAK	
7.	Możliwość monitorowania pacjenta ramieniem C	TAK	
8.	Blat stołu składający się z 4 segmentów: – segment głowy – segment pleców – segment lędźwiowa – dzielone podnóżki	TAK	
9.	Zakres regulacji segmentu pleców: – opuszczanie min: - 40° – podnoszenie min: + 85°	TAK, podać	
10.	Zakres regulacji segmentu nożnego: – opuszczanie min: -90° – podnoszenie min: 20°	TAK, podać	
11.	Zakres regulacji segmentu głowy: – opuszczanie min: -45° – podnoszenie min: 45°	TAK, podać	
12.	Zakres regulacji pozycji – regulacja przy pomocy sprężyn gazowych z blokadą: – Trendelenburga min. 30° – anty- Trendelenburga min. 30°	TAK, podać	
13.	Obustronna regulacja przechyłu bocznego blatu min: 25°	TAK	
14.	Regulacja wysokości za pomocą siłownika hydraulicznego nożnego umieszczonego z boku kolumny	TAK	
15.	Regulacje segmentu oparcia pleców, podglówka, regulacja podnóżków wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
16.	Przechyły boczne uzyskiwane mechanizmem śrubowym za pomocą mechanizmu ręcznego z boku stołu	TAK	
17.	Możliwość zamiany segmentów nóg oraz segmentu głowy	TAK	
18.	Antystatyczne oraz bezszwowe materace odporne na środki dezynfekujące. Materace z domieszką aktywnego srebra redukującego bakterie Ecoli i MRSA o min. 99% potwierdzonego świadectwem z laboratorium badawczego – świadectwo dołączyć do oferty	TAK	

19.	Konstrukcja stołu oraz podstawa wykonane ze stali nierdzewnej	TAK	
20.	Kolumna stołu umieszczona centralnie	TAK	
21.	Dopuszczalne obciążenie stołu min.200 kg	TAK, podać	
22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
23.	Okres gwarancji	min. 24 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół operacyjny ginekologiczny – 1 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Ogólnochirurgiczny mobilny stół operacyjny z napędem elektrohydraulicznym	TAK	
2.	Konstrukcja stołu i pokrywy podstawy stołu wykonane ze stali nierdzewnej	TAK	
3.	Pełna dostępność aparatu RTG z ramieniem C	TAK	
4.	Błat w konfiguracji złożonej z następujących segmentów: • segment głowowy, • segment przedłużenia sekcji pleców (odejmowany) • segment piersiowy, • segment lędźwiowy, • segment nożny dwuczęściowy	TAK, podać	
5.	Wymiary stołu: - min. długość 2100 [mm], - min. szerokość leża 540 [mm]	TAK , podać	
6.	Cztery pojedyncze koła o dużej umieszczone w płaskiej podstawie stołu uniemożliwiające zaplątanie się kabli, przewodów czy obłożeń stołu. Koła nie mogą wystawać poza obrys podstawy stołu	TAK	
7.	Maksymalna waga pacjenta umożliwiająca prowadzenie operacji w centralnym położeniu blatu względem kolumny ≥ 450 kg	TAK, podać	
8.	Maksymalna waga pacjenta umożliwiająca wszystkie zakresy ruchów blatu ≥ 250 kg	TAK, podać	
9.	Funkcje sterowane za pomocą pilota przewodowego lub bezprzewodowego: - góra/dół, - przechyły boczne, - pozycja anty- i Trendelenburga, - pozycja „flex” i „reflex”, - sekcja pleców, - przesuw wzdłużny blatu - blokowanie stołu do podłoża	TAK/opisać	
10.	Pilot z wyświetlaczem kolorowym z liczbową prezentacją wykorzystanego zakresu regulacji poszczególnych segmentów stołu oraz funkcją pamięci pozycji blatu	TAK, opisać	
11.	Ręczna regulacja segmentu głowy w zakresie min $-100^{\circ}/+90^{\circ}$, przesuw wzdłużny min 25cm	TAK, opisać	
12.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji segmentu pleców w zakresie $-90^{\circ}/+90^{\circ}$ ($\pm 3^{\circ}$) realizowana elektro-hydraulicznie	TAK ,opisać	
13.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji wysokości blatu bez materaca od w zakresie min. 70 do 114cm	TAK ,opisać	
14.	Zakres ręcznej regulacji segmentu nóg w zakresie $-90^{\circ}/+10^{\circ}$ i odchylenie na boki min	TAK, opisać	

	90°)		
15.	Przesuw wzdłużny blatu w zakresie minimum 450mm	TAK, opisać	
16.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji pozycji Trendelenburga w zakresie do -45° ($\pm 2^\circ$)	TAK, opisać	
17.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji pozycji i anty-Trendelenburga do +30° ($\pm 2^\circ$)	TAK, opisać	
18.	Zakres elektrohydraulicznej regulacji przechyłów bocznych blatu w zakresie 25° każdą stroną ($\pm 2^\circ$)	TAK, opisać	
19.	Możliwość instalacji elementów plecowych i nożnych o różnych kształtach i wymiarach po dowolnej stronie stołu	TAK	
20.	Możliwość konfiguracji blatu stołu przy użyciu łącz łatwych w montażu i dezynfekcji	TAK	
21.	Możliwość przyłączenia do stołu akcesoriów napędzanych elektrycznie z gniazd zasilających (24V) na panelu sterującym umieszczonym na lewym boku kolumny stołu	TAK, opisać	
22.	Możliwość sterowanie awaryjnego wszystkich funkcji w przypadku uszkodzenia głównego pilota z dodatkowego panelu sterującego umieszczonego na lewym boku kolumnie stołu	TAK	
23.	Możliwości awaryjnej regulacji przechyłów bocznych i wzdłużnych blatu, sekcji pleców oraz wysokości stołu w przypadku awarii głównej pompy elektrycznej lub rozładowania głównego akumulatora za pomocą nożnej pompy hydraulicznej z jednoczesnym wskazaniem funkcji na awaryjnym panelu na lewym boku kolumny stołu	TAK, opisać	
24.	Zabezpieczenie przed kolizją elementów stołu realizowane poprzez natychmiastowe wstrzymanie ruchu elementu blatu powodującego kolizję wraz z informacją na pilocie o wystąpieniu kolizji	TAK, opisać	
25.	Złącze komputerowe wbudowane w podstawę stołu umożliwiające szybką diagnostykę serwisową	TAK	
26.	Powrót blatu do pozycji wyjściowej po naciśnięciu jednego przycisku na pilocie	TAK	
27.	Informacja na pilocie o orientacji ułożenia pacjenta (normalna lub odwrócona) z automatyczną interpretacją komend ruchów blatu dokonywanych z pilota	TAK	
28.	Informacja o stanie naładowania akumulatora na pilocie i podstawie stołu	TAK	
29.	Blokowanie/odblokowywanie stołu do podłoża za pomocą przycisków na pilocie oraz awaryjnie na panelu sterującym na lewym boku kolumny stołu	TAK	
30.	Stół zasilany bezpiecznym napięciem z wewnętrznego akumulatora. Ładowarka wbudowana w podstawę stołu	TAK	
31.	Ogólnochirurgiczny mobilny stół operacyjny z napędem elektrohydraulicznym	TAK	
32.	Wypożyczenie stołu: - Regulowana ramka ekranu anestesjologicznego – 1 szt. - Anestesjologiczna podpórka ręki na przegubie kulowym – 1 szt. - Podpory Goepla mocowane do szyn bocznych – 1 kpl.	TAK	

	• Podpora ręki do operacji na boku – 1 szt. • Miska ginekologiczna z odpływem – 1 szt. • Zaciski uniwersalne z regulacją kąta osadzenia akcesoriów na szynie bocznej stołu – 4 szt.		
33.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
34.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół operacyjny ginekologiczny							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Fotel ginekologiczny – 3 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
2.	Segmenty leża tapicerowane beższwowo, dostępne w różnych kolorach	TAK	
3.	Regulacja oparcia pleców oraz siedziska z panelu nożnego za pomocą siłowników elektrycznych	TAK	
4.	Szerokość fotela: 650 mm (+/- 20mm)	TAK, podać	
5.	Długość fotela: 1300mm (+/- 20mm)	TAK, podać	
6.	Wysokość fotela: 870 mm (+/- 20mm)	TAK, podać	
7.	Kąt przechyłu Trendelenburga 0-20° (+/- 2°)	TAK, podać	
8.	Kąt przechyłu anty-Trendelenburga 0-12° (+/- 2°)	TAK, podać	
9.	Kąt odchylenia oparcia pleców 0-70° (+/- 5°)	TAK, podać	
10.	Po bokach fotela szyny ze stali nierdzewnej do mocowania wyposażenia dodatkowego	TAK	
11.	Powierzchnie lakierowane i tapicerowane łatwe w utrzymaniu czystości	TAK	
12.	W podstawie fotela składany podest	TAK	
13.	Fotel wyposażony w: • Podkolannik x 2 szt. • Uchwyt ręki x 2 szt. • Pojemnik ze stali nierdzewnej x 1 szt. • Podpora stopy x 2 szt. • Podpora nóg dla uzyskania pozycji leżącej x 1 szt. • Podpora ręki x 1szt. • Ramię kolposkopu x 1szt • Zaciski • Wieszak do kroplówek	TAK	
14.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
15.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fotel ginekologiczny							3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wymiary około 2100x935 mm	TAK, podać	
2.	Regulacja wysokości minimum 600-900 mm	TAK, podać	
3.	Regulacja oparcia pleców 0-80 stopni	TAK	
4.	Pozycja Trendelenburga 0-8 stopni	TAK	
5.	Wyposażony w 3 siłowniki elektryczne do: zmiany wysokości leża, regulowania oparcia pleców oraz pozycji Trendelenburga	TAK	
6.	Sterowanie zmiany wysokości leża, regulowania oparcia pleców oraz pozycji Trendelenburga za pomocą pilota przewodowego	TAK	
7.	Wbudowany akumulator	TAK	
8.	Funkcja CPR oparcia pleców	TAK	
9.	Wyposażenie: • Wieszak kroplówki • Miska ginekologiczna • Podkolanniki • Uchwyty rąk • Podpórki stóp • Odejmowany podnózek • 3-sekcyjny materac	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fotel porodowy							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 perystaltyczna infuzyjna do żywienia – 3 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Pompa perystaltyczna -objętościowa do żywienia dojelitowego, pozajelitowego, z możliwością podawania dożylnego, umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi	TAK	
2.	Zasilanie AC 230 V 50 Hz	TAK	
3.	Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1: Klasa II, typ CF, Ochrona przed wilgocią min, IP 22	TAK	
4.	Możliwość zasilania niskim napięciem 12V	TAK	
5.	Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 4 godz. przy przepływie 100 ml/godz.	TAK, podać	
6.	Masa pompy max: 1,5 kg	TAK, podać	
7.	Zestaw do infuzji mocowany od przodu	TAK	
8.	Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem	TAK, podać	
9.	Zabezpieczenie pompy przed nieautoryzowaną zmianą parametrów	TAK, podać	
10.	Możliwość mocowania pompy do rury poziomej	TAK	
11.	Możliwość odłączania uchwytu mocującego od pompy	TAK	
12.	Możliwość zatraskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą	TAK	
13.	Automatyczna i ręczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji	TAK	
14.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 200 ml/godz.	TAK, podać	
15.	Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu	TAK	
16.	Bolus podawany na żądanie	TAK	
17.	Bolus o określonej objętości	TAK	
18.	Bolus podawany w określonym czasie	TAK	
19.	Zakres prędkości podaży bolusa 1 – 1200 ml/h	TAK	
20.	Dokładność prędkości infuzji +/- 5%	TAK, podać	
21.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml	TAK	
22.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, µg, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np.: mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	TAK	
23.	Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji min. 6 poziomów	TAK	
24.	Funkcja KVO z możliwością i wyłączenia funkcji przez użytkownika	TAK	
25.	Podświetlany panel sterowania i klawisze (tzw. Tryb nocny)	TAK	
26.	Możliwość pracy z lub bez czujnika kropli	TAK	
27.	Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń	TAK	
28.	Alarm przypominający- zatrzymana infuzja	TAK	
29.	Alarm okluzji	TAK	
30.	Alarm rozładowanego akumulatora	TAK	
31.	Alarm braku lub złe założonego zestawu	TAK	
32.	Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu	TAK	
33.	Alarm wstępny 3 min. przed końcem infuzji	TAK	

34.	Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora	TAK	
35.	Alarm powietrza w linii	TAK	
36.	Alarm czujnika kropli	TAK	
37.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
38.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pompa perystaltyczna infuzyjna do żywienia							3	

.....
(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 plynoterapii objętościowa – 12 szt.**

1. **Centralny Blok Operacyjny** – 3 szt.
2. **Oddział Intensywnej Terapii** – 7 szt.
3. **Oddział Położniczo-Ginekologiczny** – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Pompa objętościowa do podawania dożylnego, dotętniczego i dojelitowego sterowana elektronicznie umożliwiającą współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi	TAK	
2.	Praca z przyrządami do infuzji typu ASCOSET	TAK	
3.	Historia zdarzeń dostępna z pulpitu pompy i w postaci XML	TAK	
4.	Zasilanie AC 230 V ,50 Hz	TAK	
5.	Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1: Klasa II, typ CF, Ochrona przed wilgocią min, IP 22	TAK	
6.	Możliwość zasilania niskim napięciem 12V	TAK	
7.	Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 4 godz. przy przepływie 100 ml/godz.	TAK	
8.	Masa pompy max: 1,5 kg	TAK	
9.	Zestaw do infuzji mocowany od przodu	TAK	
10.	Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem	TAK, podać	
11.	Zabezpieczenie pompy przed nieautoryzowaną zmianą parametrów	TAK, podać	
12.	Możliwość mocowania pompy do rury poziomej	TAK	
13.	Możliwość odłączania uchwytu mocującego od pompy	TAK	
14.	Możliwość zatraskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą	TAK	
15.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji	TAK	
16.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 200 ml/godz	TAK	
17.	Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu	TAK	
18.	Bolus podawany na żądanie	TAK	
19.	Bolus o określonej objętości	TAK	
20.	Bolus podawany w określonym czasie	TAK	
21.	Zakres prędkości podaży bolusa 1 – 1200 ml/h	TAK	
22.	Dokładność prędkości infuzji +/- 5%	TAK	
23.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml	TAK	
24.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, µg, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	TAK	
25.	Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji min. 6 poziomów	TAK	
26.	Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji	TAK	

	przez użytkownika		
27.	Podświetlany panel sterowania i klawisze (tzw. tryb nocny)	TAK	
28.	Możliwość pracy z lub bez czujnika kropli	TAK	
29.	Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń	TAK	
30.	Alarm przypominający –zatrzymana infuzja	TAK	
31.	Alarm okluzji	TAK	
32.	Alarm rozładowanego akumulatora	TAK	
33.	Alarm braku lub źle założonego zestawu	TAK	
34.	Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu	TAK	
35.	Alarm wstępny 3 min. przed końcem infuzji	TAK	
36.	Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora	TAK	
37.	Alarm powietrza w linii	TAK	
38.	Alarm czujnika kropli	TAK	
39.	Wbudowana biblioteka leków min.200 pozycji leków	TAK	
40.	Wbudowany system testów	TAK	
41.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
42.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4 x5)	Cena jednostkowa brutto (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pompa infuzyjna do płynoterapii objętościowa							12	

.....
(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 – 14 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 3 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 7 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 4 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Pompa infuzyjna strzykawkowa - min. 2 strzykawkowa Programowanie infuzji w zakresie objętości, czasu, prędkości. Po wpisaniu dwóch parametrów infuzji trzeci obliczany automatycznie	TAK	
2.	Prędkość infuzji 0,01-999,9 ml/h w zakresie 0,01 do 99,99 ml/h ustawiana co 0,01 ml/h (mikropodaż)	TAK	
3.	Czas infuzji ustawiany w zakresie 00;01-99;59 godzin	TAK	
4.	Objętość ustawiana w zakresie 0,1-9999ml	TAK	
5.	Możliwość pracy w trybie PCA	TAK	
6.	Niezależne programowanie dwóch strzykawk. Oddzielne wyświetlacze i panele sterowania (klawiatura)	TAK	
7.	Możliwość rozdzielenia strzykawk i ponownego łączenia w zależności od potrzeb użytkownika	TAK	
8.	Możliwość zmiany prędkości lub dawki w trakcie infuzji bez konieczności zatrzymania pracy pompy	TAK	
9.	Możliwość podglądu parametrów infuzji: nazwa leku, prędkość, dawka, czas trwania infuzji, czas do końca infuzji, czas do końca strzykawki, objętość pozostała do podania, objętość podana, poziom ciśnienia w linii, ustawiony próg ciśnienia okluzji.	TAK	
10.	Praca ze strzykawkami 10, 20, 30, 50/60 ml	TAK	
11.	Funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS	TAK	
12.	Bolus z prędkością w zakresie 50-1800 ml/h	TAK	
13.	Bolus podawany na żądanie (tzw. z ręki)	TAK	
14.	Bolus podawany z ustawianą objętością	TAK	
15.	Bolus podawany z programowaną objętością i czasem podawania	TAK	
16.	Alarmy sygnalizowane, dźwiękiem, kolorowym światłem i komunikatem na wyświetlaczu	TAK	
17.	Alarm wstępny: strzykawka prawie pusta, objętość prawie podana, alarm wstępny	TAK	

	rozładowania akumulatora, alarm przypominający, alarm nie zatwierdzonych parametrów, alarm końca trybu czuwania, alarm początku trybu KVO		
18.	Alarm zasadniczy: koniec strzykawki, alarm ciśnienia, alarm rozładowanego akumulatora, alarm końca trybu KVO	TAK	
19.	Biblioteka leków minimum 200 pozycji leków	TAK	
20.	Biblioteka leków z minimum 10 grupami leków dowolnie nazwanymi przez użytkownika	TAK	
21.	Wyświetlana nazwa leku minimum 8 znaków	TAK	
22.	Biblioteka leków z ustawianą dawką/prędkością domyślną standardową oraz limity maksymalne do podania	TAK	
23.	Praca z akumulatora minimum 8 godz. z prędkością 20 ml/h. dla każdej strzykawki	TAK	
24.	Wbudowany system testów i serwisu akumulatora	TAK	
25.	Możliwość mocowania do statywów, łóżek, szyn. Elementów pionowych i poziomych za pomocą odłączalnego uchwyty od pompy z obrotowym elementem pozwalającym mocować i przenosić urządzenia	TAK	
26.	Masa pompy maksymalnie 4,00 kg	TAK	
27.	Automatyczne mocowanie strzykawek od frontu pompy	TAK	
28.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
29.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pompa infuzyjna strzykawkowa							14	

.....
(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 – 13 szt.**

1. **Centralny Blok Operacyjny** - 5 szt.
2. **Oddział Intensywnej Terapii** - 2 szt.
3. **Oddział Położniczo-Ginekologiczny** - 6 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Ssak elektryczny przejezdny: - zasilanie sieciowe : 220-240V/50Hz - wyłącznik nożny	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.	Wyłącznik nożny	TAK	
13.	Wielostopniowe zabezpieczenia przed przenikaniem płynów do wnętrza aparatu (zabezpieczenie pompy)	TAK	
14.	Bezołojowa pompa ssąca nie wymagająca konserwacji	TAK	
15.	Możliwość stosowania wkładów jednorazowych na odsysane płyny	TAK	
16.	Filtr p/bakteryjny min. 10 szt. w zestawie oraz zapasowy zbiornik – 1szt.	TAK, podać	
17.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
18.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4 x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ssak elektryczny							13	

.....
(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 – 8 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 4 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii - 2 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny - 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Urządzenie do podgrzewania krwi, preparatów krwiopochodnych, płynów infuzyjnych, płynów do wlewu dożylnego oraz płynów wykorzystywanych do przemywania	TAK	
2.	Urządzenie do pracy ciągłej	TAK	
3.	Możliwość umocowania za pomocą uchwytu do stojaków kroplówek o różnych średnicach lub ramienia łóżka	TAK	
4.	System zapewniający „suche grzanie” - bez udziału wody	TAK	
5.	Czytelny wyświetlacz umożliwiający kontrolę temperatury zaprogramowanej i osiągniętej	TAK	
6.	Urządzenie do mocowania na stojaku	TAK	
7.	Urządzenie o wymiarach (wys. x szer. x gł.): ok. 266x182x79mm	TAK, podać	
8.	Masa urządzenia ≤ 4.0 kg	TAK, podać	
9.	Zasilanie 230V±10%~(AC) 50Hz	TAK	
10.	Test alarmu temperatury wykonywany na żądanie użytkownika	TAK	
11.	Alarmy dźwiękowy i wizualny zbyt wysokiej temperatury(powyżej 39°C	TAK	
12.	Możliwość wyciszenia alarmu	TAK	
13.	Zapewnianie przepływu do 160 ml/min	TAK	
14.	Temperatura pracy 30-38°C	TAK	
15.	Ustawienie żądanej temperatury za pomocą przycisków	TAK	
16.	Automatyczne wyłączenie grzałki urządzenia, gdy temperatura wyniesie 43°C	TAK	
17.	3 niezależne systemy kontrolne	TAK	
18.	Alarm niskiej i wysokiej temperatury	TAK	
19.	Kontrola mikroprocesora i autotest przed każdym włączeniem	TAK	
20.	Nawijanie drenu na poziomy cylinder	TAK	
21.	Standardowe dreny z przedłużaczem lub całe dreny o długości 460 cm	TAK	
22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
23.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Podgrzewacz płynów infuzyjnych							8	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Zasilanie: sieciowe 230V	TAK	
2.	Moc akustyczna: 10W	TAK	
3.	Regulacja głośności: ręczna i automatyczna ARC	TAK	
4.	Wyjścia: słuchawkowe i słuchawki	TAK	
5.	Głowica wymienna: BP2MHz, wąskokątna 20mm i B7P2MHz - szerokokątna 7-elementowa	TAK	
6.	Wyświetlacz: częstość serca płodu FHR	TAK	
7.	Zakres pomiaru tętna: 50-210 bpm	TAK	
8.	Częstotliwość fali ultradźwiękowej: 2 MHz	TAK	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
10.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Detektor tętna płodu							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kardiotokograf – 6 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Monitor płodu przeznaczony do monitorowania : - stanu płodu przed porodem, w przypadku ciąży wysokiego ryzyka, a także rutynowego nieinwazyjnego monitorowania w okresie okołoporodowym i porodowym, - czynności skurczowej macicy	TAK	
2.	Numeryczna i graficzna prezentacja wartości mierzonych	TAK	
3.	Obsługa urządzenia poprzez przyciski na jego obudowie	TAK	
4.	Dostęp do najczęściej stosowanych funkcji za pomocą przycisków bezpośredniego dostępu na panelu przednim. Dotyczy to takich funkcji, jak głośność sygnałów dźwiękowych, napięcie spoczynkowe, wyciszenie alarmów, znacznik zdarzenia, wysuw papieru, konfiguracja ustawień użytkownika	TAK	
5.	Wbudowany rejestrator termiczny	TAK	
6.	Zasilanie : 230V AC, 50/60 Hz; 12V DC	TAK	
7.	Prędkość przesuwu papieru (cm/min) min.1;2;3	TAK	
8.	Jeden płaski przetwornik FHR, wodoodporny	TAK	
9.	Przetwornik ultradźwiękowy min.9-cio kryształowy	TAK	
10.	Włożenie wtyczki przetwornika do gniazdka na panelu przednim powoduje automatyczne wybranie odpowiedniego trybu pracy	TAK	
11.	Złącza przetworników kodowane kolorami	TAK	
12.	Regulator natężenia dźwięku, dodatkowo ułatwiający pozycjonowanie przetworników	TAK	
13.	Zakres pomiarowy min. 50-120 BPM	TAK	
14.	Detektor ruchów płodu	TAK	
15.	Monitorowanie płodów pojedynczych	TAK	
16.	Ultradźwiękowy, płaski przetwornik TOCO min. 0-100 jednostek względnych	TAK	
17.	Rozdzielczość przetwornika TOCO min. 1 jednostka względna	TAK	
18.	Trendy krzywej częstości akcji serca prezentowane na skali	TAK	
19.	Alarmy jakości sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika z domyślnymi ustawieniami po włączeniu urządzenia	TAK	
20.	Znacznik zdarzeń	TAK	
21.	Możliwość podłączenia stymulatora akustycznego płodu	TAK	
22.	Pasy mocujące przetworniki	TAK	
23.	Żel do przetworników	TAK	
24.	Waga urządzenia poniżej 4 kg	TAK	
25.	Łatwy do załadowania papier rejestracyjny w postaci	TAK	

	tzw. „składanki” . Czujnik ładowania, wykrywający błędnie załadowany papier z sygnalizacją wizualną i akustyczną		
26.	Dwa złącza RS - 232	TAK	
27.	Możliwość rozbudowy o mobilną rejestrację wartości pomiarowych bez jakichkolwiek przewodów / telemetria/		
28.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
29.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kardiotokograf							6	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kardiotokograf dla ciąży bliźniaczej - 1 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Monitorowanie nieinwazyjne FHR	TAK, podać	
2.	Kardiotokograf przeznaczony do monitorowania ciąży bliźniaczej	TAK, podać	
3.	Częstotliwość pracy 1,5 MHz i 2,0 MHz	TAK, podać	
4.	Natężenie emitowanej fali US $\leq 1,0(\text{mW/cm}^2)$	TAK	
5.	Zakres pomiarowy FHR 30 – 240 bpm	TAK	
6.	Pomiar nieinwazyjny Toco	TAK	
7.	Możliwość wyzerowania zapisu Toco	TAK	
8.	Zakres pomiarowy TOCO 0 – 100 %	TAK	
9.	Alarm dźwiękowy tachykardii i bradykardii ustawianie alarmów przez użytkownika	TAK	
10.	Ustawianie alarmów przez użytkownika	TAK	
11.	Prezentacja cyfrowa wartości FHR	TAK	
12.	Prezentacja cyfrowa wartości Toco	TAK	
13.	Znacznik ruchów płodu zaobserwowanych przez pacjentkę	TAK	
14.	Znacznik dla personelu medycznego	TAK	
15.	Rejestrator graficzny	TAK	
16.	Rejestracja daty, godziny, informacji o pacjentce (imię, nazwisko, czas trwania ciąży), nazwy placówki wykonującej badania	TAK	
17.	Analiza zapisu kardiotokograficznego	TAK	
18.	Możliwość przechowywania badań w pamięci – do 6 godzin	TAK	
19.	Możliwość pracy w systemie nadzoru położniczego	TAK	
20.	Możliwość współpracy z telemetrią i nadzorem w systemie okołoporodowym	TAK	
21.	Wyposażenie (dotyczy każdego aparatu): głowica TOCO (1 szt.), głowica cardio (2 szt.), znacznik ruchów płodu (1 szt.)	TAK	
22.	Wykres aktywności ruchów płodu.	TAK	
23.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
24.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kardiotokograf dla ciąży bliźniaczej							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Urządzenie do badania słuchu dla noworodków – 1 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Urządzenie przenośne Typ pomiaru TEOAEi/lub DPOAE	TAK	
2.	Zakres częstotliwości 1,5 do 4 kHz (TEOAE przesiewowy), 2 do 5 kHz (DPOAE przesiewowy), 0,7 do 4 kHz (TEOAE diagnostyczny), 1,5 do 6 kHz (DPOAE diagnostyczny), 2 do 12 kHz (DPOAE diagnostyczny z zewnętrzną sondą)	TAK, podać	
3.	Natężenie dźwięku pomiarowego 40 do 65 dB SPL	TAK	
4.	Maksymalny sygnał wyjściowy 90 dB SPL	TAK	
5.	Szum mikrofonu -15 dB SPL 1 kHz (1 Hz BW)	TAK	
6.	Częstotliwość próbkowania 31,25 kHz	TAK	
7.	Zasilanie 6 V - 4 baterie AA	TAK	
8.	Żywotność baterii przeciętnie 300 testów	TAK	
9.	Ciężar sondy 300 g z bateriami	TAK	
10.	Wyświetlacz LCD, 4 linie po 10 znaków	TAK	
11.	Typ drukarki Termiczna matrycowa	TAK	
12.	Prędkość wydruku - >10 linii na sekundę	TAK	
13.	Poziom hałasu <50 dB SPL	TAK	
14.	Zasilanie akumulator niklowo-kadmowy + zasilacz sieciowy 230 V~, 50/60 Hz, 13 VA	TAK	
15.	Żywotność ładowania, przeciętnie 300 testów	TAK	
16.	Ciężar drukarki 630 g (z zasilaniem)	TAK	
17.	Wyposażenie standardowe słuchawka monitorująca, wymienne końcówki sondy, zestaw końcówek dousznych (155 szt. od 3mm do 13mm)	TAK, podać	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
19.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Urządzenie do badania słuchu dla noworodków							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 do fototerapii – 3 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

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	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lampa do fototerapii							3	

.....
(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 – 9 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1	Ogrzewacz noworodków przewoźny	TAK, podać	
2	Szerokość ok.700mm ,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 ochrony 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 nastawy mocy	TAK	
11	Zakres pomiaru temperatury od 10-60 ⁰	TAK	
12	Dokładność pomiaru temperatury +/- 3 ⁰ C	TAK, podać	
13	Odczyt temperatury z rozdzielczością +/- 0,1 ⁰ C	TAK, podać	
14	Czujnik temperatury półprzewodnikowy	TAK	
15	Waga urządzenia ok.30kg	TAK, podać	
16	Regulacja kąta obrotu głowicy grzejnej +/- 90 ⁰	TAK, podać	
18	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
19	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ogrzewacz noworodków							9	

.....
(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 jezdny – 1 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	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, podać	
4.	Alarm zbyt wysokiej temperatury	TAK	
5.	Moc promiennika 700W	TAK	
6.	Klasa ochrony 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, podać	
17.	Średnica kółek ok. 60mm	TAK, podać	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
19.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+5)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ogrzewacz noworodków jezdny							1	

.....
(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 pacjenta – 3 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 1 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii- 1 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny - 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Długi materac do przemieszczania z łóżka na łóżko, stół operacyjny itp. paroprzepuszczalny, nieprzemakalny	TAK	
2.	Pokrowiec nylonowy, odporny na środki dezynfekcyjne nadający się do prania	TAK	
3.	Strona zewnętrzna 100% bawełna	TAK	
4.	Wypełniony włóknem silikonowym	TAK	
5.	Wymiary: ok.190 x 60 cm	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mata ślizgowa do przenoszenia pacjenta							3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stojak do wlewów i kroplówek – 28 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 20 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 6 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Podstawa ze stali malowanej proszkowo, tubus chromowany	TAK	
2.	Statyw na płyny infuzyjne chromowany lub stali nierdzewnej	TAK	
3.	Wieszaki i główka stojaka ze stali kwasoodpornej	TAK	
4.	Wysokość ok. 1400 do 2270mm	TAK, podać	
5.	Średnica podstawy ok. 550mm	TAK, podać	
6.	5 kółek jezdnych, miękkie, gumowe z hamulcem	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stojak do wlewów i kroplówek							28	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek na narzędzia – 8 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 4 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 3 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Metalowy szkielet lakierowany proszkowo, odporny na dezynfekcję	TAK	
2.	Blat nierdzewny z regulacją wysokości	TAK	
3.	3 kółka jezdne	TAK	
4.	Wymiary blatu około 500x750 mm	TAK, podać	
5.	Wysokość regulowana w zakresie minimum 900-1350 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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek na narzędzia							8	

.....
(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.**

1. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 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	
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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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 wanna – 4 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii – 2 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	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, podać	
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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek wanna							4	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek zabiegowy - 24 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 5 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii - 1 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny - 18 szt.

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek zabiegowy							24	

.....
(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 – 11 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 1 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 2 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 8 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonane z płyty wiórowej laminowanej	TAK	
2.	Wykończona obrzeżem z PCV	TAK	
3.	Wypożone w trzy szuflady z centralnym zamkiem oraz półkę nad nimi	TAK	
4.	Szuflady na prowadnicach rolkowych	TAK	
5.	Wymiary około: 1105 x 620 x 780 mm	TAK, podać	
6.	Odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Biurko lekarskie							11	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Krzesło chirurgiczne – 10 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 8 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonane ze stali kwasoodpornej	TAK, podać	
2.	Śrubowa regulacja wysokości lub gazowa	TAK,	
3.	Podstawa w kształcie okręgu, posiadająca pięć kół antystatycznych z czego min. 2 z blokadą	TAK	
4.	Regulacja wysokości siedziska w zakresie 440 do 715 mm	TAK	
5.	Średnica siedziska ok.. 345- 580mm	TAK	
6.	Siedzisko łatwowymyalne odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Krzesło chirurgiczne							10	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Krzesło obrotowe (łatwozmywalne) - 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Podstawa wyposażona w kółka, bieżnie kół wykonane z niebrudzącego materiału	TAK	
2.	Pneumatyczna regulacja wysokości siedziska (minimalny zakres regulacji 60÷80 cm)	TAK	
3.	Podparcie dla nóg na całym obwodzie	TAK	
4.	Regulacja wysokości oparcia	TAK	
5.	Powierzchnie zewnętrzne krzesła odporne na działanie roztworów środków do dezynfekcji powierzchniowej, łatwozmywalne	TAK	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
7.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Krzesło obrotowe (łatwozmywalne)							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Podest chirurgiczny dwustopniowy – 8 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 7 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Podest na czterech nóżkach, możliwość wypoziomowania	TAK	
2.	Regulacja w zakresie 20 mm	TAK, podać	
3.	Konstrukcja ze stali kwasoodpornej	TAK	
4.	Na stopniach paski antypoślizgowe	TAK	
5.	Wymiary: 650x500x410 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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Podest chirurgiczny dwustopniowy							8	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Podest chirurgiczny jednostopniowy - 9 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 7 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Podest operacyjny jednostopniowy wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK	
2.	Podest na czterech nóżkach regulowanych w zakresie 20mm (możliwość wypoziomowania podestu).	TAK	
3.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne	TAK	
4.	Na powierzchni paski antypoślizgowe	TAK	
5.	Wymiary: (szer.x głęb.x wysok.) 600x350x220 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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Podest chirurgiczny jednostopniowy							9	

.....
(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 – 17 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 13 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 4 szt.

Lp.	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.	Zaopatrzone w wyjmowane plastikowe wiadro	TAK	
6.	Wysokość 44,5cm	TAK	
7.	Średnica 29,5cm	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pojemnik na odpadki ze stali nierdzewnej							17	

.....
(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 odpady w odpowiednich kolorach – 6 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 6 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stelaż wykonany ze stali kwasoodpornej, odporny na korozję i działanie czynników zewnętrznych	TAK	
2.	Możliwość zamocowania worka foliowego o pojemności 120-160 litrów	TAK	
3.	Zacisk zabezpieczający przed zsunięciem się worka	TAK	
4.	Wymiary: - długość: 580cm (± 20cm) - szerokość: 500cm (± 20cm) - wysokość: 1050cm (± 20cm)	TAK, podać	
5.	Pokrywa ze stali malowanej proszkowo lub plastikowa w odpowiednim kolorze, podnoszona za pomocą pedału nożnego Kolory do uzgodnienia	TAK	
6.	Uchwyt do przetaczania	TAK	
7.	Cztery kółka, w tym dwa z blokadą	Tak	
8.	Podstawa z siatki lub kratki zabezpieczająca worek przed kontaktem z podłogą	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pojemnik na odpady w odpowiednich kolorach							6	

.....
(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 – 13 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 13 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonany ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej	TAK	
2.	Wypożarty w 5 pólek	TAK	
3.	Długość ok. 1000mm	TAK, podać	
4.	Szerokość ok. 600mm	TAK, podać	
5.	Wysokość 1900mm	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Regał metalowy							13	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Regał na pakiety operacyjne – 8 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 7 szt.
2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 szt.

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Regał na pakiety operacyjne							8	

.....
(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 kontroli i pakietowania pojedynczy z szufladą, nastawką oraz zespołem gniazd do lampy, zgrzewarki itp.– 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stół do kontroli i pakietowania, pojedynczy z szufladą, nadstawką oraz zespołem gniazd do lampy, zgrzewarki itp.	TAK, podać	
2.	Stół ze stali kwasoodpornej dł. 1800x szer. 700 x wys. 865 mm	TAK	
3.	Producent, model	TAK, podać	
4.	Materiał; stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18N9	TAK, podać	
5.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne	TAK	
6.	Dwie półki	TAK	
7.	Oświetlenie zamontowane pod dolną półką	TAK	
8.	Dwa gniazda elektryczne (max. 6A/240 V)	TAK	
9.	Gniazdo sprężonego powietrza zakończone szybkozłączką	TAK	
10.	Stopki z wytrzymałego tworzywa, zapewniającego płynną regulację w zakresie +/- 10 mm	TAK, podać	
11.	Błat wykonany z żywicy „solid suface” (np. Corian)	TAK	
12.	Wymiary blatu około: dł.1800 x szer. 700 x wys. 85 mm	TAK, podać	
13.	Nadstawka dwustronna z półkami z gniazdami przyłączeniowymi i sprężonego powietrza	TAK	
14.	Montowana rozłącznie ze stołem	TAK	
15.	Wymiary około dł. 1600 x gł. 600 x wys.720 mm	TAK, podać	
16.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
17.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół do kontroli i pakietowania pojedynczy z szufladą, nastawką oraz zespołem gniazd do lampy, zgrzewarki itp.							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 roboczy do pracy na stojąco z półką pod blatem wykonany ze stali kwasoodpornej - 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stół roboczy 1400 x 900 x 865mm z półką dolną i wieszakiem papierów stosowanych do pakietowania	TAK, podać wymiary	
2	Producent, model	TAK, podać	
3.	Materiał: stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18N9	TAK, podać	
4	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne	TAK, podać	
5	Stopki z wytrzymałego tworzywa, zapewniające płynną regulację w zakresie +/- 10 mm	TAK	
6	Półka dolna	TAK	
7	Wysuwany wieszak do papierów stosowanych do pakietowania	TAK	
8	Wymiary blatu: ok. dł. 140 x szer. 90 x wys. 85 cm	TAK, podać	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
10.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół roboczy do pracy na stojąco z półką pod blatem wykonany ze stali kwasoodpornej							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 2-komorowym – 2szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 1 szt.
2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stół ze zlewem dwukomorowym , konstrukcja metalowa malowana lakierem proszkowym	TAK	
2.	Wymiar stołu około 1400 x 600 x 850 mm	TAK, podać	
3.	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK, podać	
4.	Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione	TAK, podać	
5.	Otwór w plecach stołu umożliwiający podłączenie instalacji wod-kan	TAK	
6.	Po lewej stronie stół zabudowany pionowym rzędem szuflad (trzy szuflady - jedna pod drugą)	TAK	
7.	Komory o wymiarach (dł x szer x gł) w mm : 400x400x250 (+/- 20 mm)	TAK, podać	
8.	Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową.	TAK	
9.	Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół ze zlewem - 2-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: **Szafka do zmiany obuwia - 4 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 4 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonana z płyty laminowanej grub. 18mm, obrzeże z PCV	TAK	
2.	Wymiary ok. 100x80x35cm	TAK, podać	
3.	Uchwyty metalowe niklowane	TAK	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Szafka do zmiany obuwia							4	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafka szatniowa - 20 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 20 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonana z płyty laminowanej o grubości 18mm z krawędziami ochronnymi PCV o gr. ok. 2mm, stelaż szafy z blachy stalowej lakierowanej	TAK	
2.	Szafka umieszczona na ławce z profili stalowych pomalowanych lakierem proszkowym	TAK	
3.	Wewnątrz drążek na wieszaki oraz 2 regulowane półki	TAK	
4.	Wietrzenie szafki poprzez otwory w drzwiach	TAK	
5.	Wymiary ok. 1750x600x400 mm	TAK, podać	
6.	Dwoje drzwi wyposażonych w zamek cylindryczny, dwa klucze	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Szafka szatniowa							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 chirurgiczny - 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK	
2.	Śrubowa regulacja wysokości lub gazowa	TAK	
3.	Podstawa w kształcie okręgu , posiadająca 5 kół antystatycznych z czego min. 2 z blokadą	TAK	
4.	Regulacja wysokości siedziska w zakresie od 440 do 715mm	TAK	
5.	Średnica siedziska ok.345 - 580mm	TAK, podać	
6.	Siedzisko łatwozmywalne odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Taboret chirurgiczny							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek anestezjologiczno - zabiegowy – 12 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 9 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wymiary około 810 x 580 x 1453 mm (wysokość wraz z nadstawką)	TAK, podać	
2.	Wózek wyposażony w zestaw iniekcyjny składający się z 3 dużych i 5 małych pojemników	TAK	
3.	Blat roboczy z tworzywa ABS z czterostronnymi podwyższonymi krawędziami i z bocznym przedłużeniem	TAK	
4.	3 szuflady 125 mm oraz 1 szuflada 250 mm z mechanizmem blokowania zapobiegającym wysuwaniu podczas jazdy	TAK	
5.	Konstrukcja wózka aluminiowa anodyzowana odporna na środki dezynfekcyjne i promieniowanie UV	TAK	
6.	Wózek wyposażony w kosz	TAK	
7.	Uchwyt zapewniający wygodne prowadzenie i manewrowanie	TAK	
8.	4 kółka jezdne z blokadą	TAK	
9.	Odboje zabezpieczające korpus i osprzęt wózka przed uszkodzeniem	TAK	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek anestezjologiczno - zabiegowy							12	

.....
(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 materiałów sterylnych - 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wózek do przewozu materiałów sterylnych, zamykany	TAK	
2	Producent, model	TAK, podać	
3.	Materiał nie gorszy niż stal kwasoodporna 0H18N9	TAK, podać	
4.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne	TAK	
5.	Drzwi jednoskrzydłowe wyposażone w silikonową uszczelkę i zamykane na zamek z kluczykiem	TAK	
6.	Cztery kółka z obrotnikami, w tym dwa z blokadą	TAK	
7.	Dwie półki wewnątrz (trzy przestrzenie) zamontowane na stał	TAK	
8.	Poziomy uchwyt do prowadzenia wózka	TAK	
9.	Wymiary ok.: dł.76 x szer.76 x wys.120 cm	TAK, podać	
10.	Pojemność wózka: 6 JWS	TAK, podać	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
12.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek do materiałów sterylnych							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 arkuszy papieru - 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wózek do zawieszania i bliskiego transportu arkuszy papieru stosowanego do pakowania pakietów sterylnych	TAK	
2.	Producent, model	TAK, podać	
3.	Materiał: stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18N9	TAK, podać	
4.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne	TAK	
5.	Cztery poręcze do zawieszania lub półki	TAK	
6.	Cztery dociskacze papieru	TAK	
7.	Cztery kółka z obrotnikami, w tym dwa z blokadą	TAK	
8.	Wymiary: ok. dł.135 x szer.43 x wys.70 cm	TAK, podać	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
10.	Okres gwarancji	min 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek do przewożenia arkuszy papieru							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Centralny Blok Operacyjny – 2 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEEDMIOTU 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 lub półki	TAK	
5.	Szerokość 42 cm	TAK	
6.	Wysokość 93 cm	TAK	
7.	Głębokość 80 cm	TAK	
8.	Waga 9,9 kg	TAK	
9	Stelaż na worki foliowe, 3 mopy komplet, 10 wkładów wymiennych, zapas 100 worków foliowych	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek sprzątacza							5	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zegar ścienny metalowy – 4 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 3 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 szt.

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zegar ścienny metalowy							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 – 13 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 5 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 2 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 6 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Zlew 1-komorowy wolnostojący z ociekaczem z lewej lub prawej strony, z jednej strony blok 3 szuflad o długości min. 40 cm, z drugiej strony spód otwarty bez półki. Blat: 1800x600 mm +/-10% Komora zlewu: 480x480 +/- 10 %	TAK, podać	
2.	Szafka stojąca nierdzewna z szufladami 470x665x880 mm +/- 10%, 4 szuflady, blat	TAK	
3.	Szafka wisząca nierdzewna z półką 470x330x606 mm, drzwiczki przezroczyste;	TAK	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5.	Okres gwarancji	min. 12 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym							13	

.....
(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 2-komorowym – 1 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stół ze zlewem dwukomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 40 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. szer. gł.) w mm ok.: 800x400x250. Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową. Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK, podać	
2.	Stół roboczy zabudowany szufladami wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Stół z trzema szufladami (jedna pod drugą). Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK, podać	
3.	Szafka wisząca wykonana ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne	TAK, podać	
4.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zestaw mebli metalowych ze zlewem 2-komorowym							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zgrzewarka do opakowań - 2 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Zgrzewarka rotacyjna sterowana mikroprocesorem z ekranem dotykowym do pakietowania materiałów sterylnych	TAK	
2.	Producent, typ, model, rok produkcji 2009/2010 r.	TAK, podać	
3.	Elektroniczna kontrola parametrów dla procesu walidacji	TAK	
4.	Obudowa wykonana ze stali chromowej	TAK	
5.	Ekran dotykowy	TAK	
6.	Wyposażona w 1-liniową drukarkę	TAK	
7.	Prędkość zgrzewania ok. 10 m/ min	TAK, podać	
8.	Funkcja kontroli zgrzewu: wydruk parametrów zgrzewu z tyłu pakietu	TAK	
9.	Graficzna prezentacja parametrów zgrzewania (temperatura i ciśnienie kontaktowe) w celu zapewnienia kontroli 24-godzinnej przez 5 dni. Archiwizacja danych przez 5 dni	TAK, podać	
10.	Funkcja stand-by: przejście w tryb oszczędzania energii po wyznaczonym czasie (10 – 20 min)	TAK	
11.	Przechowywanie danych i wydłużenie daty nawet w przypadku wyłączenia urządzenia	TAK	
12.	Funkcja kalendarza i zegara	TAK	
13.	Podłączenie do skanera kodów kreskowych przy wprowadzaniu danych (nr katalogowy, numery osobiste itp.)	TAK	
14.	Podłączenie do wszystkich dostępnych systemów dokumentowania partii	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
16.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zgrzewarka do opakowań							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

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

1. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Hydrauliczny podnośnik do transportu lub przenoszenia chorych	TAK	
2.	Sterowanie wysokości, unoszenie za pomocą dźwigni siłownika hydraulicznego	TAK	
3.	Wyposażony w 4 koła, z czego dwa tylne są z blokadą	TAK	
4.	Wyposażony w standardowe siedzisko	TAK, podać	
5.	Udźwig do 200 kg	TAK	
6.	Ergonomiczny uchwyt ułatwiający przemieszczanie i prowadzenie podnośnika z chorym	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Podnośnik hydrauliczny							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 1-komorowym – 4 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii – 2 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	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. 40 mm, pozostałe boki zagłębione	TAK, podać	
5.	Otwór w plecach stołu umożliwiający podłączenie instalacji wod.-kan.	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół 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.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Taboret obrotowy – 30szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii – 8 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 22 szt.

Lp.	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.	Kolor tapicerki do uzgodnienia	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Taboret obrotowy							30	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Urządzenie do ogrzewania pacjentów – 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Aparat do ogrzewania dorosłych ciepłem suchym (czyste powietrze) o klasie wodoszczelności IPXO zgodnego z normą EN 60606-1	TAK	
2.	System z precyzyjnym pomiarem temperatury na wyjściu urządzenia Zabezpieczenie termiczne (termostat wewnętrzny)	TAK	
3.	Zasilanie 220-240 V, 50/60 Hz	TAK	
4.	Aparat wyposażony w zaczep na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem	TAK	
5.	Długość przewodu grzewczego min 2 metry	TAK	
6.	Giętki przewód grzewczy wzmocniony drutem (nie utrudniający dostępu do pacjenta)	TAK	
7.	Podstawa jezdna do aparatu (wózek 2 koła z blokadą z koszykiem na kołdry)	TAK	
8.	Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek; łóżku pacjenta	TAK	
9.	Urządzenie zabezpieczone filtrem antywirusowym i antybakteryjnym o wysokiej skuteczności filtracji (HEPA)	TAK	
10.	4 zakresy temperatur: 45°C (po 45 min. automatycznie przełączany na zakres 43°C- tzw. funkcja „boost”); 43°C, 38°C, 32°C	TAK, podać	
11.	Minimalny wymagany przepływ /wydajność urządzenia/ 1500 l na min. – szybkie ogrzewanie pacjenta – (38°C w ciągu 30 sekund)	TAK, podać	
12.	Kontrola przegrzania urządzenia powyżej zaprogramowanej wartości temperatury – alarm optyczny i akustyczny + automatyczne wyłączenie grzałki	TAK	
13.	Waga urządzenia max 7 kg; wymiary max 40 cm x max 45 x max 30 cm	TAK, podać	
14.	Licznik przepracowanych godzin umieszczony w widocznym miejscu urządzenia	TAK	
15.	Dostępne kołdry(koce) ogrzewające pacjenta w kilku rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koce na dolną część ciała; koce na górną część ciała; koce na całe ciało; koce sterylne śródoperacyjne). Koce powinny posiadać otwory do podłączenia przewodu grzewczego	TAK	
16.	Koce wykonane z wielowarstwowej tkaniny odpornej na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. Materiał nie zawiera lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych. Materiał perforowany umożliwia równomierny przepływ powietrza.	TAK	

	Zewnętrzna warstwa wykonana z nietkanego tworzywa, co eliminuje możliwość kontaktu rozgrzanych powierzchni ze skórą pacjenta		
17.	Kołdry (koce) do urządzenia na całe ciało pacjenta dorosłego; posiadające szczeliny dostępne do klatki piersiowej oraz celem sprawdzenia pulsu na kończynach; wym. max 185cm x max 115cm 50 szt.	TAK, podać	
18.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
19.	Okres gwarancji	Min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Urządzenie do ogrzewania pacjentów							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.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2szt.

Lp.	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Szafa lekarska							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafka do przechowywania bielizny – 2 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wymiary ok. 1900 x 840 x 500mm	TAK, podać	
2.	Szafka z dziesięcioma skrytkami	TAK	
3.	Wykonana z blachy stalowej gr. 0,8 – 1,0mm	TAK	
4.	Łatwozmywalna, odporna na stosowanie środków myjących i dezynfekcyjnych	TAK	
5.	Rama drzwi, w której osadzone są drzwiczki skrytek wykonana z blachy gr. 2,0mm	TAK	
6.	Każda skrytka zamykana niezależnym kluczem, otwarcie wszystkich skrytek umożliwia w/w rama z centralnie zamontowanym zamkiem	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Szafka do przechowywania bielizny							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 szpitalny – 56 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 56 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wielkość siedziska Ø 400mm (± 50 mm)	TAK, podać	
2.	Wysokość taboretu 400mm (± 50 mm)	TAK, podać	
3.	Taboret na sale chorych, łatwo zmywalny z regulatorem	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Taboret szpitalny							56	

.....
(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 – 5 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 5 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wózek posiadający składany metalowy szkielet pokryty powłoką chromowo-niklową	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek na brudną bieliznę							5	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek pod aparat USG – 1 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Długość szkieletu: 825mm (+ 20 mm)	TAK, podać	
2.	Szerokość szkieletu: 530mm (+ 20 mm)	TAK, podać	
3.	Wysokość 1160mm (+ 20 mm)	TAK, podać	
4.	Szkielet wózka metalowy lakierowany lakierem proszkowym	TAK	
5.	Wyposażony w dwie półki z płyty wiórowej, laminowanej ; wysięgnik na kabel pacjenta	TAK	
6.	W dolnej części wózka półka wykonana z metalowej siatki	TAK	
7.	Regulowana wysokość położenia półek	TAK	
8.	Stolik przejezdny na czterech kołach	TAK	
9.	Krążki odbojowe umieszczona nad kołami jezdnyymi	TAK	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek pod aparat USG							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

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

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stojak z podwójną miską na odpadki							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Waga do ważenia niemowląt – 5 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Ważenie w jednostkach g, kg	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 61,5x27,5 cm	TAK	
7.	Wyświetlacz wbudowany na stałe w podstawę wagi	TAK	
8.	Zasilanie 6 bateriami 1,5V	TAK	
9.	Zasilacz sieciowy w komplecie	TAK	
10.	Obciążenie maksymalne 20.00kg	TAK	
11.	Dokładność odczytu 10g	TAK	
12.	Wymiary szalki 615x275mm	TAK	
13.	Masa wagi 3.70 kg	TAK	
14.	Zasilanie 6x baterie1,5V	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	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Waga do ważenia 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: **Waga lekarska – 2 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Elektroniczna waga kolumnowa Dokładność pomiaru: 100g w zakresie ważenia do 150kg; dokładność pomiaru 200g powyżej 150kg	TAK, podać	
2.	Czytelny wyświetlacz Automatyczne zerowanie	TAK	
3.	Funkcje: HOLD, TARA, BMI	TAK	
4.	Wyposażona w kółka ułatwiające transport	TAK	
5.	Nisko położona platforma, wygodna, okrągła, z metalu	TAK	
6.	Antypoślizgowa szalka	TAK	
7.	Trwała konstrukcja	TAK	
8.	Zasilanie sieciowe	TAK	
9.	Zasilanie bateryjne, energooszczędna bateria (do ok. 1800 pomiarów)	TAK	
10.	Składany teleskopowo wzrostomierz	TAK	
11.	Zakres pomiaru min. 2 m	TAK, podać	
12.	Dokładność do 1 mm	TAK	
13.	Ze skalą w cm	TAK	
14.	Pomiar do 200kg	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
16.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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: **Krzesło szpitalne – 12 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Krzesło szpitalne							12	

.....
(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.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stół dwusegmentowy, wielofunkcyjny Konstrukcja stołu metalowa lakierowana proszkowo	TAK	
2.	Tapicerowane leże materiałem łatwowymywalnym	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 od 870 do 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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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 – 23 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Przejezdny z blokadą kół, stabilna podstawa	TAK	
2.	Metalowy szkielet lakierowany proszkowo	TAK	
3.	Tapicerowane leże materiałem łatwozmywalnym	TAK	
4.	Wymiary (szer., dług., wys.) około 700x900x870 mm Wysokość z możliwością regulacji	TAK, podać	
5.	Wbudowana szafka	TAK	
6.	Wysuwana półka boczna z płyty meblowej	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stół do pielęgnacji niemowląt							23	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Łóżko porodowe z wyposażeniem – 3 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wymiary około 2100x935 mm	TAK	
2.	Regulacja wysokości minimum 600-900 mm	TAK	
3.	Regulacja oparcia pleców 0-80 stopni	TAK	
4.	Pozycja Trendelenburga 0-8 stopni	TAK	
5.	Wyposażone w 3 siłowniki elektryczne do: zmiany wysokości leża, regulowania oparcia pleców oraz pozycji Trendelenburga	TAK	
6.	Sterowanie zmiany wysokości leża, regulowania oparcia pleców oraz pozycji Trendelenburga za pomocą pilota przewodowego	TAK	
7.	Wbudowany akumulator	TAK	
8.	Funkcja CPR oparcia pleców	TAK	
9.	Wyposażone w cztery kółka jezdne, z których dwa posiadają indywidualną blokadę jazdy i obrotu	TAK	
10.	Łóżko wyposażone w krążki odbojowe	TAK	
11.	Wyposażenie: • Wieszak kroplówki • Miska ginekologiczna • Podkolanniki • Uchwyty rąk • Podpórki stóp • Odejmowany podnóżek • 3-sekcyjny materac	TAK	
12.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
13.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Łóżko porodowe z wyposażeniem							3	

.....
(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 z wyposażeniem – 7szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka	TAK	
2.	Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu	TAK	
3.	Długość zewnętrzna łóżka – 2210mm (+/-50mm) z ozłiwością przedłużania leża dla pacjentów wysokiego wzrostu	TAK, podać	
4.	Szerokość zewnętrzna łóżka – 1030mm (+/-50mm)	TAK, podać	
5.	Leże łóżka 4 – sekcyjne oparte na nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami. Nie dopuszcza się rozwiązań konstrukcyjnych opartych na pentagramie, mechanizmach korbowych czy też kolumnach niecylindrycznych niezabezpieczonych przed wnikaniem zanieczyszczeń – posiadających wiele trudnodostępnych miejsc – utrudniających lub też uniemożliwiających skuteczną dezynfekcję/czyszczenie łóżka/ i zwiększających ryzyko powstawania infekcji a co za tym idzie narażające na niebezpieczeństwo pacjenta	TAK	
6.	Szczyty łóżka wyjmowane od strony nóg i głowy umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta w sytuacjach tego wymagających	TAK	
7.	Szczyt łóżka od strony głowy nie poruszający się wraz z leżem, będący zamocowany na stałe – rozwiązanie zabezpieczające przed niszczeniem ścian, paneli nadłóżkowych przy regulacji funkcji Trendelenburga w sytuacjach ruchomego szczytu i powodowania konsekwencji ekonomicznych dla szpitala	TAK	
8.	Segment pleców przezierny dla promieni RTG pozwalający na wykonywanie zdjęć aparatem RTG również w pozycji siedzącej / segment pleców wyposażony w pozycjoner kasety RTG/	TAK	
9.	Możliwość współpracy z ramieniem C na odcinku od głowy aż do kolan	TAK	
10.	Sterowanie elektryczne przy pomocy : - Zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych zarówno od strony wewnętrznej dla pacjenta jak i zewnętrznej dla personelu. Nie dopuszcza się sterowań przyklejanych , naklejanych stwarzających ryzyko gnieźdzenia się brudu i powstawania ognisk infekcji (wymaga się wtopione sterowanie w barierkę boczną, łatwe do dezynfekcji) - Sterowania nożnego zabezpieczonego przed wystąpieniem sytuacji nieświadomej regulacji łóżka np. upadku pacjenta i zakleszczenia na skutek	TAK	

	naciśnięcia regulacji w dół (możliwość indywidualnego zablokowania mechanizmu sterowania nożnego z panelu sterującego) - Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego co najmniej kilkunastometrowe piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku		
11.	Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 380 mm do 760mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Nie dopuszcza się rozwiązań o wysokości minimalnej wyższej narażającej pacjenta na ryzyko upadków	TAK, podać	
12.	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° +/- 5°	TAK, podać	
13.	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 45° +/- 5°	TAK, podać	
14.	Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy panelu oraz zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych i panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	TAK	
15.	Funkcja autoregresji segmentu pleców i uda o parametrach niwelujących ryzyko powstawania odleżyn o minimalnym parametrze 18 cm	TAK, podać	
16.	Regulacja elektryczna pozycji Anty- i Trendelenburga min.16° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	TAK, podać	
17.	Sterowanie nożne regulacji wysokości oraz pozycji egzaminacyjnej czyli wyzerowania się leża i górnej pozycji wysokości umożliwiających obsługę łóżka w sytuacjach gdy personel nie chce używać rąk Nie dopuszcza się pozycji egzaminacyjnej sterowanej wyłącznie z panelu sterowniczego	TAK	
18.	Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	TAK	
19.	Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji o zwiększonej prędkości uzyskania pozycji ratującej życie /maksymalny czas uzyskania pozycji –do 4 sek/– sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	TAK	
20.	Elektryczna, natychmiastowa pozycja antyszokowa o zwiększonej prędkości uzyskania pozycji ratującej życie /maksymalny czas uzyskania pozycji –do 4 sek/– sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	TAK	
21.	Dodatkowa elektryczna, natychmiastowa pozycja egzaminacyjna – sterowanie przy pomocy przycisków nożnych i dodatkowego jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	TAK	
22.	Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji: – regulacji wysokości – regulacji części plecowej – regulacji części nożnej	TAK	

	– regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga – sterowań nożnych		
23.	Inteligentny wskaźnik baterii pokazujący nie tylko stan naładowania akumulatorów, ale również diagnozujący przypuszczalną żywotność baterii i informujący o konieczności zaplanowania terminu wymiany w celu uniknięcia sytuacji na oddziale kiedy w sytuacji zagrożenia życia łóżko z powodów braku prądu, niesprawnego akumulatora, wyczerpanej baterii i zepsutej baterii zwiększy ryzyko nie uratowania życia	TAK	
24.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przyciska uruchamiającego dostępność funkcji dostępne w sterowaniu: na panelu, w barierkach i pilocie	TAK	
25.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem sterowania nożnego poprzez konieczność świadomego podniesienia osłony chroniącej	TAK	
26.	Odlączenie wszelkich regulacji z pilota lub panelu po 180 sekundach nieużywania regulacji chroniącej pacjenta przed nagłymi niepożądanymi regulacjami (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji)	TAK	
27.	Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. System odłączający wszystkie sterowania: panel, pilot i sterowania nożne. System uniemożliwiający jakąkolwiek regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami programowalnymi	TAK	
28.	Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR	TAK	
29.	Alarm dźwiękowy opuszczenia łóżka przez pacjenta sygnalizujący sytuację o podwyższonym ryzyku	TAK	
30.	Koła z systemem sterowania jazdy na wprost i boki z centralnym systemem hamulcowym. System wyposażony w piąte koło będące gwarantem mobilności i zmniejszenia wysiłku personelu medycznego podczas manewrowania oraz ułatwienia przemieszczenia łóżka w pomieszczeniach o ograniczonej przestrzeni- np. wąskich korytarzach, windach	TAK	
31.	Koła tworzywowe o średnicy 150mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka wyposażone w inteligentny system blokowania podstawy czyli automatyczne samoczynne blokowanie się wszystkich kół po 180 sekundach nieużywania łóżka gwarantujących prewencję przed nieświadomym pozostawieniem niezablokowanego łóżka i zmniejszającym ryzyko upadków spowodowanych w sytuacjach opuszczania/ zajmowania leża czy też przemieszczania pacjenta na/z wózka przy niezablokowanym podwoziu	TAK	
32.	Bezpieczne obciążenie robocze na poziomie minimum 230kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego	TAK	
33.	4 kółka odbojowe chroniące przed uszkodzeniami	TAK	
	Wypożyczenie łóżka		
34.	Poręcze dzielone tworzywowe poruszające się wraz z	TAK	

	segmentami leża – zabezpieczające również w pozycji siedzącej w odróżnieniu do barierek jednoczęściowych. Poręcze jednorodne bez elementów łączonych. Nie dopuszcza się barierek o konstrukcji składającej się z kilku łączonych elementów i posiadających potencjalne miejsca ognisk korozji		
35.	Poręcze dzielone tworzywowe poruszające się wraz z segmentami leża – zabezpieczające również w pozycji siedzącej w odróżnieniu do barierek jednoczęściowych. Poręcze jednorodne bez elementów łączonych. Nie dopuszcza się barierek o konstrukcji składającej się z kilku łączonych elementów i posiadających potencjalne miejsca ognisk korozji	TAK	
36.	Materac z pianki poliuretanowej z pokryciem odpinanym na zamek błyskawiczny, nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze – 7 szt.	TAK	
37.	Mterac zmiennociśnieniowy – 7szt. System pracy zmiennociśnieniowy, komory umieszczone w kilkunastu rzędach winny napelniać się powietrzem i opróżniać na przemian co trzecia (system 1:3) w stałym cyklu 7,5-minutowym. Nie dopuszcza się systemu 1:2 z napełnianiem komory co druga nie gwarantującym wystarczającej odciążenia miejsca ucisku przy pacjentach otyłych powyżej 150 kg. Modułowa konstrukcja komór materaca zapobiegająca ich rozsuwaniu się i stykaniu ciała pacjenta z podłożem. Moduły łączone po min. 6 komór . Nie dopuszcza się rozwiązania z indywidualnymi komorami narażającymi pacjenta na zbędne ryzyko zmniejszonej terapii antyodleżynowej na skutek zapadnięcia się jednej lub kilku komór (szczególnie ważne przy konfigurowaniu siedzącej pozycji pacjenta). Nie dopuszcza się rozwiązania z indywidualnymi komorami wydłużającymi znacznie (konieczność demontażu każdej komory indywidualnie) czas czyszczenia materaca. Materac zapewniający nacisk na ciało leżącego 0 mmHg w czasie przynajmniej 33% cyklu pracy materaca przynajmniej jedna 3 cyklu powinna całkowicie odciążać miejsce ucisku ciała pacjenta i gwarantować brak ucisku (uwzględniając fakt iż w przypadku niektórych organizmów najmniejszy nacisk może już skutkować nieskuteczną walką z odleżynami). Maksymalna waga pacjenta do 250 kg. Materac wyposażony w centralny pompę zasilającą zawieszoną na ramie łóżka z możliwością ustawienia na podłodze, zaopatrzony we: a) wskaźniki sygnalizujące pracę materaca (tryby statyczny, alternatywny (dynamiczny) , symulacyjny (pozwalaający na wprowadzenie materaca w stan symulujący standardowy materac antyodleżynowy pasywny) b) wskaźnik pozycji siedzącej i automatycznego dostosowania się zmiany ciśnienia w odcinku lędźwiowo krzyżowym pacjenta c) wskaźnik podłączenia poduszki antyodleżynowej d) wskaźnik naładowania akumulatora e) wskaźnik konieczności wezwania serwisu f) przycisk aktywowania i deaktywowania akustycznych alarmów materaca g) przycisk bezpieczeństwa Go – świadomego wyboru wybieranych funkcji	TAK	

	h) alarm braku zasilania z sieci i) alarm niskiego poziomu ciśnienia j) wskaźnik CPR – Mechaniczna Funkcja CPR - Możliwość natychmiastowego ręcznego spuszczenia powietrza (np. w celu resuscytacji) Funkcja transportowa – Tryb statyczny wyposażony w system bezpieczeństwa – przełączania się automatycznie po 10 minutach w tryb alternatywny (dynamiczny) – rozwiązania chroniące przed nieumyślnym pozostawieniem pacjenta na materacu w trybie statycznym – Tryb symulacyjny – pozwalający na sprawdzenie możliwości przełożenia pacjenta na standardowy materac antyodleżynowy pasywny (materac zostaje wprowadzony w stan symulujący taki materac i pozwala personelowi na diagnozę stanu pacjenta i możliwość zastosowania mniej zaawansowanego materaca) – Możliwość pozostawienia w trybie transportowym (napęcznionych komór) do 24 godzin bez zasilania zewnętrznego (na akumulatorze. – Układ kabli schowany wewnątrz systemu – nie dopuszcza się materacy z zewnętrznymi nie osłoniętymi kablami. – Rozmiary materaca dostosowane do standardowego łóżka szpitalnego, wysokość komór materaca min. 24 cm – Materac kładziony bezpośrednio na ramę łóżka nie wymagający dodatkowego podkładu w formie standardowego materaca piankowego – Materac pokryty odpinanym półprzepuszczalnym pokrowcem przepuszczającym parę wodną i powietrze, a zatrzymującym ciecz, Możliwość mycia i dezynfekcji. Zamek materaca chroniony przed łatwym zanieczyszczeniem. Nie dopuszcza się rozwiązań nie zakrytego zamka – Maksymalna waga materaca do 9,5 kg. Masa zapewniająca łatwą obsługę personelowi medycznemu		
38.	Dwa łóżka wyposażone w podwójny precyzyjny układ ważenia odnotowujący nie tylko stan absolutny(całkowitą wagę pacjenta) ale również wszelkie zmiany relatywne(różnice zmian wagi) – przedstawiony na dwóch elektronicznych wyświetlaczach. Nie dopuszcza się systemu ważenia o tolerancji błędu powyżej 0,5% czyli np. dla pacjenta o wadze 100 kg – 0,5 kg tolerancji błędu. Nie dopuszcza się systemu ważenia obciążonego wadą pomiaru polegająca na różnym pomiarze ze względu na umiejscowienie pacjenta. Wyklucza się sytuacje umieszczenia pacjenta w jednym miejscu , a następnie w innym i uzyskanie różnych pomiarów. Wymagany jest precyzyjny system ważenia posiadający atest urzędu miar i wag, nie dopuszcza się rozwiązań prototypowych obciążonych wadą niedoskonałości pomiarów. Wysoka precyzyjność pomiarów . Tolerancja błędu w systemie pomiaru zmian maksymalnie 50g. Pomiaru niezależne od wyposażenia jak np. wieszak kroplówki czy też woreczki urologiczne. Wymienione wyposażenie nie może rzutować na jakość dokonywanego pomiaru. Możliwość przetwarzania		

	danych z uwzględnieniem wpływu zmiany rzeczy pacjenta (np. piżamy) czy też zmiany materac, prześcieradła itd. / możliwość wstrzymania pomiaru i uwzględnienia zmiany czynników nie będących składową pomiaru. System ważenia wyposażony w możliwość archiwizacji i odczytu co najmniej 10 pomiarów pozwalających na analizę pomiarów przy dostępie informacji co do daty, godziny i wielkości danego pomiaru		
39.	Uchwyt na worki do moczu po każdej stronie łóżka	TAK	
40.	Wysięgnik na rękę pacjenta montowany w górnej części łóżka	TAK	
41.	Wieszak do kroplówek w czterech narożach leża	TAK	
42.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
43.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Łóżko intensywnej opieki z wyposażeniem							7	

.....
(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 – 1 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Parametry ogólne		
1.	Wymiary zewnętrzne maksymalne (szerokość x głębokość x wysokość)	TAK, podać	
2.	Wielkość leża noworodka min 76 x 56cm	TAK	
3.	Stabilna konstrukcja osadzona na podstawie jezdnej z elektryczną regulacją wysokości w której zamontowane są 4 kółka w tym 2 z blokadą	TAK	
4.	Kółka wykonane z materiału przewodzącego ładunki statyczne	TAK	
5.	Wymiary podstawy od strony czołowej aparatu nie większe niż wymiary rzutu leża noworodka na płaszczyznę podłogi	TAK	
6.	Ogrzewanie promiennikiem podczerwieni z kwarcowym źródłem iR Opisać budowę i podać moc w [W]	TAK, podać	
7.	Odległość od podłogi do materacyka w cm	TAK, podać	
8.	Podać odległość od podłogi do promiennika ciepła	TAK, podać	
II.	Budowa		
1.	Promiennik nagrzewający odchylany w celu wykonania zdjęcia Rtg	TAK	
2.	Regulacja temperatury nastawiana ręcznie (mocy grzania)	TAK	
2.1	Wstępne podgrzewanie pełną mocą załącza się automatycznie po włączeniu inkubatora do sieci	TAK	
2.2	Wyłączenie wstępnego podgrzewania po uzyskaniu ustawionej temperatury	TAK	
3.	Czujnik temperatury wielokrotnego użytku	TAK	
4.	Rozdzielczość regulacji 0,1°C	TAK	
5.	Regulowane położenie leża noworodka do pozycji Trendelenburga i anty/Trendelenburga w sposób płynny bezstresowo minimum zakres $\pm 10^\circ$ Opisać działanie	TAK, podać	
5.1	Ścianki boczne leża: wykonane z tworzywa bezbarwnego odpornego na UV, odporne na zmywanie w środkach dezynfekcyjnych, odchylane o kąt 180° , szybkie wyjmowanie wszystkich ścianek do mycia (bez użycia narzędzi), każda ścianka może być oddzielnie odchylana i wyjmowana, zabezpieczenie przed przypadkowym otwarciem ścianek, min.3 otwory na rury i drenaż	TAK	

6.	Lampy oświetlające -oświetlenie ogólne min 200 W (moc światła)	TAK	
7.	Szuflady/szafki na dodatkowe akcesoria o pojemności min.20l	TAK	
8.	Możliwość wprowadzenia kasety RTG pod leże noworodka – bez ruszania noworodka	TAK	
III.	Monitorowanie	TAK	
1.	Cyfrowy wskaźnik temperatury nastawionej w oC	TAK	
2.	Równoczesne wyświetlanie temperatury nastawionej i rzeczywistej (zmierzonej)	TAK	
3.	Informacja o wykorzystaniu mocy grzałki w %	TAK	
4.	Możliwość dołączenia modułu do bezdotykowego pomiaru temperatury noworodka za pomocą czujnika podczerwieni	TAK	
IV.	Alarmy	TAK	
1.	Przekroczenia nastawionej temperatury pracy (przegrzania)	TAK	
2.	Spadku temperatury (niedogrzania)	TAK	
3.	Zanik napięcia zasilającego	TAK	
4.	Alarmy techniczne – awaria grzałki , uszkodzenie czujnika temp	TAK	
5.	Komunikaty słowne w języku polskim o załączonych alarmach oraz o załączonych funkcjach, wyświetlane na ekranie	TAK	
6.	Po włączeniu aparat przeprowadza automatycznie test poprawnego działania	TAK	
7.	Pamięć nastawionych parametrów	TAK	
V.	Wyposażenie podstawowe	TAK	
1.	wyposażony w zintegrowany z inkubatorem statyw do mocowania pomp i innych urządzeń z możliwością powieszenia pojemnika z płynem infuzyjnym dla pompy objętościowej	TAK	
2.	Półka na sprzęt	TAK	
3.	Zegar Apgar zintegrowany z inkubatorem , sygnały dźwiękowe w regulowanych odstępach czasu, min. 4 odstępy czasowe	TAK	
4.	Krażki odbłaskowe do mocowania czujnika naskórnego, 8 szt./aparat	TAK	
5.	Czujnik do kontroli temperatury wielorazowego użytku i jednorazowego użytku, po 1 szt.	TAK	
6.	Ssak inżektorowy z regulacją siły ssania, wskaźnikiem poziomemu próżni, naczyniem zabezpieczającym. Kompletny z butlą na wydzielinę. 1 szt./aparat	TAK	
7.	Wąż silikonowy do odsysania, 3 m	TAK	
8.	Przepływomierz do tlenu, zakres regulacji do 15 l/min z nawilżaniem, 1 szt.	TAK	
9.	Wąż do podłączenia tlenu i powietrza zaopatrzone we wtyczkę do gniazd zainstalowanych w szpitalu	TAK	
10	Mikser tlen/ powietrze do tlenoterapii	TAK	

11.	Aparat wykonany w kolorze określonym przez Zamawiającego	TAK	
VI.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
VII.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Inkubator otwarty							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 zamknięty – 2 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

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 39,5 °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%	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 zablokowania/odblokowania przycisków panelu sterującego	TAK	
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.	Szuflady /szafki na akcesoria	TAK	
25.	Alarmy wizualne i dźwiękowe w przypadku: awarii przepływu, awarii zasilania, awarii czujnika, przekroczenia dozwolonej temperatury, wilgotności, stężenia tlenu, awarii układu	TAK	
26.	Waga umożliwiająca ciągłą obserwację masy noworodka w sposób bezstresowy z możliwością wydruku wyników pomiaru	TAK	
27.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
28.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Inkubator zamknięty							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 – 6 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 5 szt.

Lp.	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 nagłówek w zakresie od 0° do +40°	TAK	
4.	Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego o szerokości min. 500mm	TAK	
5.	Dł. x szer. ok. 1850x620mm	TAK, podać	
6.	Wysokość ok. 550 - 600mm	TAK, podać	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kozetka lekarska							6	

.....
(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 – 47 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 8 szt.

2. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 39 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Konstrukcja z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym, poliestrowo-epoksydowym	TAK	
2.	Segmenty leża wypełnione siatką metalowa montowaną na stałe	TAK	
3.	Oparcie pleców regulowane ręcznie, stabilizowane mechanizmem zapadkowym	TAK	
4.	Wijmowane wypełnienia szczytów wykonane z płyty laminowanej	TAK	
5.	Nogi wyposażone w krążki odbojowe i koła jezdne, z których dwa posiadają blokadę jazdy i obrotu	TAK	
6.	Długość około 2200 mm	TAK, podać	
7.	Szerokość około 1050 mm	TAK, podać	
8.	Wysokość leża 500 mm	TAK, podać	
9.	Kąt uniesienia oparcia pleców minimum 70 stopni	TAK, podać	
10.	Średnica kół minimum 125 mm	TAK, podać	
11.	Dopuszczalne obciążenie minimum 170 kg	TAK, podać	
12.	Wyposażenie: – materac przeciwdleżynowy z pokrowcem pikowanym dwustronnie – uchwyt rąk chromowany	TAK, podać	
13.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
14.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Łóżko szpitalne metalowe z materacem							47	

.....
(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 - 54 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 8 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 7 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 39 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wykonana z profili stalowych i blachy ocynkowanej pokrytych lakierem proszkowym, łatwozmywalna	TAK	
2.	Na tylnej ścianie haczyki do wieszania ręczników	TAK	
3.	Blat boczny o wymiarach 530x450mm Krawędzie zaokrąglone	TAK	
4.	Blat stały o wymiarach 460x450mm Krawędzie zaokrąglone	TAK	
5.	Wysokość blatu stałego 800mm	TAK	
6.	Przechył blatu $\pm 90^\circ$	TAK	
7.	Regulacja wysokości blatu bocznego 800 do 1190 mm	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	7	9
Szafka przyłóżkowa z blatem							54	

.....
(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 – 7 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny – 4 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii – 2 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Całkowita długość ok. 2000- 2050mm	TAK, podać	
2.	Całkowita szerokość bez poręczy ok. 680 – 730 mm	TAK, podać	
3.	Zakres regulacji wysokości leża od ok. 550 do 900 mm	TAK, podać	
4.	Zakres regulacji oparcia pleców – 0 ⁰ do 60 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.	Powierzchnie wózka odporne na ścieranie, wilgoć, promienie UV oraz Środki dezynfekcyjne	TAK	
8.	Dwusegmentowe leże, segmenty leża wypełnione płytą laminatową	TAK	
9.	Zmiana wysokości leża uzyskiwana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej	TAK	
10.	Regulacja pochylenia oparcia wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
11.	Rama leża wyposażona w narożniki w kształcie odbojów	TAK	
12.	Poręcz boczna chromowana 2szt.	TAK	
13.	Wieszak kroplówki (haczyki chromowane)	TAK	
14.	Wózek posiada funkcje Trendelenburga i anty-Trendelenburga	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wózek do transportu chorych z wyposażeniem							7	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Łóżeczko noworodka – 21 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Wymiary około (długość x szerokość) 1640x765mm	TAK, podać	
2.	Regulacja wysokości leża minimum 550-820 mm	TAK, podać	
3.	Wykonane ze stali pokrytej lakierem proszkowym	TAK	
4.	Segmenty leża wypełnione siatką metalową	TAK	
5.	Łóżko wyposażone w kółka 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 za pomocą mechanizmów zapadkowych	TAK	
8.	Możliwość uzyskania pozycji anty-Trendelenburga	TAK	
9.	Regulacja leża za pomocą mechanizmów zapadkowych	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Łóżeczko noworodka							21	

.....
(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 – 7 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	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-powietrznej	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat Ambu							7	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	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.	Laboratoryjna dokładność	TAK	
7.	Współczynnik zmienności nie przekraczający 3%	TAK	
8.	1 zestaw winien zawierać (glukometr, nakłuwacz, 10 szt. pasków, 10 szt. lancetów)	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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: **Aparat EKG – 3 szt.**

4) Centralny Blok Operacyjny – 1 szt.

5) Oddział Intensywnej Terapii – 1 szt.

6) Oddział Położniczo-Ginekologiczny – 1 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Aparat 3,6 i 12 kanałowy	TAK	
2.	Analiza i interpretacja	TAK	
3.	Detekcja stymulatora serca	TAK	
4.	Klawiatura alfanumeryczna	TAK	
5.	Wyświetlacz graficzny, pozwalający na prezentację do 12 odprowadzeń EKG	TAK	
6.	Szerokość papieru: ok. 112 mm	TAK, podać	
7.	Współpraca z przystawką SPIRO-31 (badania spirometryczne)	TAK, podać	
8.	Interfejs komunikacyjny: RS 232	TAK, podać	
9.	Transmisja zapisu na dowolny FAX	TAK, podać	
10.	Bezprzewodowa transmisja danych do PC przez interfejs AsLink	TAK	
11.	Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV $\pm$ 5%	TAK, podać	
12.	Zasilanie: sieciowe 230 V, 50 $\pm$ 10Hz	TAK	
13.	Akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu	TAK	
14.	Liniowa głowica termiczna	TAK	
15.	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	TAK	
16.	Współpraca z przystawką SPIRO-31 (badanie spirometryczne)	TAK	
17.	Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	TAK	
18.	Sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych	TAK	
19.	Prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s	TAK	
20.	Rejestracja w trybie automatycznym i ręcznym	TAK	
21.	Wymiary (D x S x W): min 255 x 195 x 66 mm	TAK, podać	
22.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
23.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparat EKG							3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw do reanimacji noworodka - 5 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stanowisko do resuscytacji o gabarytach maksymalnych podanych poniżej: Długość: 900 mm Szerokość: 760 mm Wysokość: 1875 mm	TAK, podać	
2.	Ogrzewacz promiennikowy kwarcowy z obrotową głowicą +/- 90 stopni z wbudowanym oświetleniem o mocy min 100 W	TAK, podać	
3.	Regulacja temperatury: – ręczna – automatyczna	TAK, podać	
4.	Utrzymywanie ustawionej temperatury z dokładnością min +/- 0,1 °C	TAK, podać	
5.	Zakres ustawienia automatycznej regulacji temperatury od 34-39°C	TAK, podać	
6.	Alarm temperatury przy spadku lub wzroście o max. 0,8°C	TAK, podać	
7.	Czujnik temperatury wielokrotnego użytku z możliwością dezynfekcji	TAK, podać	
8.	Łóżeczko z materacem piankowym niepodgrzewanym o wymiarach minimalnych 750x550 mm	TAK, podać	
9.	Przechył łóżeczka regulowany płynnie bezstresowo w zakresie minimum +/- 15° do pozycji Trendelenburga	TAK, podać	
10.	Ścianki z czterech stron łóżeczka otwierane z możliwością szybkiego demontażu do mycia. Ścianki wykonane z materiału odpornego na UV	TAK	
11.	Podstawa jezdna inkubatora z blokadą kółek	TAK, podać	
12.	Wypożyczenie do terapii tlenowej : – mikser tlen powietrze – przepływomierz tlenu 1 sztuki – nawilżacz tlenu bez podgrzewania 1 szt. – komplet drenów	TAK	
13.	Wieszak do kroplówki mocowany do stelaża inkubatora, rura do zawieszenia pomp infuzyjnych	TAK	
14.	Ssak powietrzny ,tlenowy lub inżektorowy z regulacją podciśnienia i pomiarem w zakresie 0-25Kpa , butla na wydzielinę max.1,0 l. oraz butla bezpieczeństwa o pojemności min 100ml	TAK, podać	
15.	Alarm świetlny i dźwiękowy oraz wyłączenie grzejnika w przypadku przegrzania max 39°C	TAK	
16.	Alarm świetlny i dźwiękowy w przypadku	TAK	

	uszkodzenia lub odłączenia czujnika temperatury		
17.	Alarm zaniku zasilania	TAK	
18.	Alarm kontrolny w trybie pracy ręcznej	TAK	
19.	Wyświetlacz temperatury najlepiej trójkolorowy o wysokości cyfr min 30 mm zmieniający kolor wskazań w zależności od różnicy temperatury zadanej i mierzonej, Komunikaty słowne o błędach i awariach	TAK	
20.	Kolumna stanowiska wyposażona w prowadnice do mocowania osprzętu	TAK	
21.	Półka obrotowa na dodatkowe wyposażenie	TAK	
22.	Szafka z min dwoma szufladami o nośności min 10 kg	TAK, podać ilość szuflad	
23.	Oświetlenie podstawowe luminescencyjne min 100 W mocy czynnej równoważnej min 400 W światła żarowego	TAK	
24.	Aparat do resuscytacji typu ambu z kpl. maseczek	TAK	
25.	Zegar do oceny noworodka w skali agar	TAK	
25.	Zestaw laryngoskopowy z kompletem łyżek	TAK	
27.	Stetoskop noworodkowy	TAK	
28.	Możliwość zamontowania dodatkowej lampy do oświetlenia punktowego bezcieniowego	TAK	
29.	Możliwość wyboru kolorystyki urządzenia w zależności od aranżacji wnętrza	TAK	
30.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
31.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zestaw do reanimacji noworodka							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 do resuscytacji noworodka - 3 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Stanowisko do resuscytacji o gabarytach maksymalnych podanych poniżej: Długość: 900 mm Szerokość: 760 mm Wysokość: 1875 mm	TAK, podać	
2.	Ogrzewacz promiennikowy kwarcowy z obrotową głowicą +/- 90 stopni z wbudowanym oświetleniem o mocy min 100 W	TAK, podać	
3.	Regulacja temperatury: – ręczna – automatyczna	TAK, podać	
4.	Utrzymywanie nastawionej temperatury z dokładnością min +/- 0,1 °C	TAK, podać	
5.	Zakres ustawienia automatycznej regulacji temperatury od 34-39°C	TAK, podać	
6.	Alarm temperatury przy spadku lub wzroście o max. 0,8°C	TAK, podać	
7.	Czujnik temperatury wielokrotnego użytku z możliwością dezynfekcji	TAK, podać	
8.	Łóżeczko z materacem piankowym niepodgrzewanym o wymiarach minimalnych 750x550 mm	TAK, podać	
9.	Przechył łóżeczka regulowany płynnie bezstresowo w zakresie minimum +/- 15° do pozycji Trendelenburga	TAK, podać	
10.	Ścianki z czterech stron łóżeczka otwierane z możliwością szybkiego demontażu do mycia. Ścianki wykonane z materiału odpornego na UV	TAK	
11.	Podstawa jezdnia inkubatora z blokadą kółek	TAK, podać	
12.	Wypożenie do terapii tlenowej: – mikser tlen powietrze – przepływomierz tlenu 1 sztuki – nawilżacz tlenu bez podgrzewania 1 szt. – komplet drenów	TAK	
13.	Wieszak do kroplówki mocowany do stelaża inkubatora, rura do zawieszenia pomp infuzyjnych	TAK	
14.	Ssak powietrzny ,tlenowy lub inżektorowy z regulacją podciśnienia i pomiarem w zakresie 0-25Kpa , butla na wydzielinę max.1,0 l. oraz butla bezpieczeństwa o pojemności min 100ml	TAK, podać	
15.	Alarm świetlny i dźwiękowy oraz wyłączenie grzejnika w przypadku przegrzania max 39°C	TAK	
16.	Alarm świetlny i dźwiękowy w przypadku	TAK	

	uszkodzenia lub odłączenia czujnika temperatury		
17.	Alarm zaniku zasilania	TAK	
18.	Alarm kontrolny w trybie pracy ręcznej	TAK	
19.	Wyświetlacz temperatury najlepiej trójkolorowy o wysokości cyfr min 30 mm zmieniający kolor wskazań w zależności od różnicy temperatury zadanej i mierzonej, Komunikaty słowne o błędach i awariach	TAK	
20.	Kolumna stanowiska wyposażona w prowadnice do mocowania osprzętu	TAK	
21.	Półka obrotowa na dodatkowe wyposażenie	TAK	
22.	Szafka z min dwoma szufladami o nośności min 10 kg	TAK, podać ilość szuflad	
23.	Oświetlenie podstawowe luminescencyjne min 100 W mocy czynnej równoważnej min 400 W światła żarowego	TAK	
24.	Aparat do resuscytacji typu ambu z kpl. maseczek	TAK	
25.	Zegar do oceny noworodka w skali agar	TAK	
25.	Zestaw laryngoskopowy z kompletem łyżek	TAK	
27.	Stetoskop noworodkowy	TAK	
28.	Możliwość zamontowania dodatkowej lampy do oświetlenia punkowego bezcieniowego	TAK	
29.	Możliwość wyboru kolorystyki urządzenia w zależności od aranżacji wnętrza	TAK	
30.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
31.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zestaw do resuscytacji noworodka							3	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Defibrylator - 4 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Wymagania ogólne		
1.	Defibrylator transportowy, wyposażony w uchwyt do przenoszenia	TAK	
2.	Defibrylator przeznaczony do defibrylacji dorosłych i dzieci	TAK	
II.	Wymiary i waga		
1.	Waga bez akumulatora max. 8,4 kg	TAK	
2.	Wymiary zewnętrzne	TAK, podać	
III.	Ekran		
1.	Wyświetlacz kolorowy, krystalicznie przejrzysty z aktywną matrycą TFT. Przekątna ekranu min. 5,7"	TAK	
2.	Rozdzielczość ekranu min. 320x240	TAK	
3.	Liczba krzywych dynamicznych wyświetlanych równoczasowo min. 2	TAK	
IV.	Obsługa		
1.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
V.	Zasilanie		
1.	Defibrylator zasilany sieciowo 230 VAC/50 Hz $\pm 10\%$	TAK	
2.	Wbudowany akumulator	TAK	
3.	Automatyczne ładowanie akumulatora przy podłączeniu defibrylatora do sieciowego zasilania elektrycznego	TAK	
4.	Monitorowanie przy pracy z zasilaniem akumulatorowym - minimum 120 minut	TAK	
5.	Czas ładowania akumulatora do 3 godzin	TAK	
6.	Wskaźnik naładowania i komunikat rozładowania akumulatora. Stan rzeczywisty naładowanej baterii widoczny na ekranie defibrylatora	TAK	
VI.	Defibrylacja	TAK	
1.	Defibrylacja dwufazowa	TAK	
2.	Defibrylacja ręczna	TAK	
3.	Defibrylacja synchroniczna umożliwiająca przeprowadzenie kardiowersji	TAK	
4.	Defibrylacja półautomatyczna	TAK	
5.	Zakres wyboru energii w J min. 2 – 180 J	TAK	
6.	Ilość stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej min. 14	TAK	
7.	Wyzwalanie defibrylacji z łóżek defibrylacyjnych	TAK	
8.	Czas ładowania do energii maksymalnej maks. 5 sekund	TAK	
9.	Prostokątny lub trapezoidalny kształt fali defibrylującej oraz pełna kompensacja oporności	TAK	

10.	Wypożyczenie każdego defibrylatora: – Łyżki do defibrylacji dla pacjentów dorosłych – Łyżki do defibrylacji dla pacjentów pediatrycznych – Żel kontaktowy do defibrylacji	TAK	
VII.	Stymulacja przezskórna	TAK	
1.	Tryb stymulacji stałej	TAK	
2.	Tryb stymulacji "na żądanie"	TAK	
3.	Regulacja częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40 – 180 imp./min.	TAK	
4.	Regulacja natężenia prądu stymulacji w zakresie min. 10 – 160 mA	TAK	
5.	Wypożyczenie: – min. 10 elektrod jednorazowych do stymulacji przezskórnej na każdy defibrylator	TAK	
VIII	Monitorowanie parametrów życiowych		
1.	Monitorowanie EKG	TAK	
2.	Wyświetlanie min. 1 odprowadzenia EKG	TAK	
3.	Wybór wyświetlanego odprowadzenia EKG z: łyżek defibrylatora, I, II, III	TAK	
4.	Zakres pomiarowy tętna: min. 15 ÷ 300 ud./min.	TAK	
5.	Wzmocnienie zapisu krzywej EKG min.: x0,5; x1; x2, autowzmocnienie	TAK	
6.	Wypożyczenie: – Kabel EKG 3 odprowadzeniowy	TAK	
7.	Możliwość rozbudowy o pomiar pulsoksymetrii SpO2 bez udziału serwisu we wszystkich defibrylatorach Pomiar SpO2, z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO2 oraz tętna, z wykluczeniem artefaktów ruchowych	TAK	
8.	Zakres pomiarowy SpO2: min.: 50 ÷ 100%	TAK	
9.	Możliwość rozbudowy o pomiar kapnografii EtCO2 bez udziału serwisu we wszystkich defibrylatorach Pomiar w strumieniu głównym lub bocznym	TAK	
10.	Zakres pomiarowy EtCO2 min.: 0 ÷ 99 mmHg	TAK	
IX.	Alarmy		
1.	Alarmy techniczne z podaniem przyczyny	TAK	
2.	Alarmy wszystkich mierzonych parametrów życiowych	TAK	
X.	Drukowanie		
1.	Wbudowana drukarka termiczna	TAK	
2.	Wydruki na papierze termicznym	TAK	
3.	Wydruki na żądanie	TAK	
4.	Wydruki automatyczne	TAK	
5.	Zapamiętywanie i drukowanie min. 46 raportów z defibrylacji	TAK	
6.	Pamięć z możliwością wydruku min. 12 godzinnych trendów monitorowanych parametrów	TAK	
7.	Możliwość przenoszenia danych przez kartę pamięci	TAK	
XI.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
XII.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Defibrylator							4	

.....
(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.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	Wymagania ogólne		
1.	Defibrylator transportowy, wyposażony w uchwyt do przenoszenia	TAK	
2.	Defibrylator przeznaczony do defibrylacji dorosłych i dzieci	TAK	
II.	Wymiary i waga		
1.	Waga bez akumulatora max. 8,4 kg	TAK	
2.	Wymiary zewnętrzne	Podać	
III.	Ekran		
1.	Wyświetlacz kolorowy, krystalicznie przejrzysty z aktywną matrycą TFT. Przekątna ekranu min. 5,7"	TAK	
2.	Rozdzielczość ekranu min. 320x240	TAK	
3.	Liczba krzywych dynamicznych wyświetlanych równoczasowo min. 2	TAK	
IV.	Obsługa		
1.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
V.	Zasilanie		
1.	Defibrylator zasilany sieciowo 230 VAC/50 Hz $\pm 10\%$	TAK	
2.	Wbudowany akumulator	TAK	
3.	Automatyczne ładowanie akumulatora przy podłączeniu defibrylatora do sieciowego zasilania elektrycznego	TAK	
4.	Monitorowanie przy pracy z zasilaniem akumulatorowym - minimum 120 minut	TAK	
5.	Czas ładowania akumulatora do 3 godzin	TAK	
6.	Wskaźnik naładowania i komunikat rozładowania akumulatora. Stan rzeczywisty naładowanej baterii widoczny na ekranie defibrylatora	TAK	
VI.	Defibrylacja	TAK	
1.	Defibrylacja dwufazowa	TAK	
2.	Defibrylacja ręczna	TAK	
3.	Defibrylacja synchroniczna umożliwiającą przeprowadzenie kardiowersji	TAK	
4.	Defibrylacja półautomatyczna	TAK	
5.	Zakres wyboru energii w J min. 2 – 180 J	TAK	
6.	Ilość stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej min. 14	TAK	
7.	Wyzwalanie defibrylacji z łyżek defibrylacyjnych	TAK	
8.	Czas ładowania do energii maksymalnej maks. 5 sekund	TAK	
9.	Prostokątny lub trapezoidalny kształt fali defibrylującej oraz pełna kompensacja oporności	TAK	
10.	Wyposażenie każdego defibrylatora: Łyżki do defibrylacji dla pacjentów dorosłych - Łyżki do defibrylacji dla pacjentów pediatrycznych - Żel kontaktowy do defibrylacji	TAK	
VII.	Stymulacja przezskórna	TAK	
1.	Tryb stymulacji stałej	TAK	

2.	Tryb stymulacji "na żądanie"	TAK	
3.	Regulacja częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40 – 180 imp./min.	TAK	
4.	Regulacja natężenia prądu stymulacji w zakresie min. 10 – 160 mA	TAK	
5.	Wyposażenie: - min. 10 elektrod jednorazowych do stymulacji przezskórnej na każdy defibrylator	TAK	
VIII.	Monitorowanie parametrów życiowych		
1.	Monitorowanie EKG	TAK	
2.	Wyświetlanie min. 1 odprowadzenia EKG	TAK	
3.	Wybór wyświetlanego odprowadzenia EKG z: łyżek defibrylatora, I, II, III	TAK	
4.	Zakres pomiarowy tętna: min. 15 ÷ 300 ud./min.	TAK	
5.	Wzmocnienie zapisu krzywej EKG min.: x0,5; x1; x2, autowzmocnienie	TAK	
6.	Wyposażenie: - Kabel EKG 3 odprowadzeniowy	TAK	
7.	Możliwość rozbudowy o pomiar pulsoksymetrii SpO2 bez udziału serwisu we wszystkich defibrylatorach Pomiar SpO2, z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO2 oraz tętna, z wykluczeniem artefaktów ruchowych.	TAK	
8.	Zakres pomiarowy SpO2: min.: 50 ÷ 100%	TAK	
9.	Możliwość rozbudowy o pomiar kapnografii EtCO2 bez udziału serwisu we wszystkich defibrylatorach Pomiar w strumieniu głównym lub bocznym	TAK	
10.	Zakres pomiarowy EtCO2 min.: 0 ÷ 99 mmHg	TAK	
IX.	Alarmy		
1.	Alarmy techniczne z podaniem przyczyny	TAK	
2.	Alarmy wszystkich mierzonych parametrów życiowych	TAK	
X.	Drukowanie		
1.	Wbudowana drukarka termiczna	TAK	
2.	Wydruki na papierze termicznym	TAK	
3.	Wydruki na żądanie	TAK	
4.	Wydruki automatyczne	TAK	
5.	Zapamiętywanie i drukowanie min. 46 raportów z defibrylacji	TAK	
6.	Pamięć z możliwością wydruku min. 12 godzinnych trendów monitorowanych parametrów	TAK	
7.	Możliwość przenoszenia danych przez kartę pamięci	TAK	
XI.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
XII.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Defibrylator							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

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

1. **Centralny Blok Operacyjny** – 1 szt.
2. **Oddział Położniczo-Ginekologiczny** – 3 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
I.	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Pulsoksymetr dla noworodków, dzieci i dorosłych	TAK	
2.	Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem i zasilaczem sieciowym	TAK	
3.	Zasilanie AC 220 VAC 50 Hz +/-10%	TAK, podać	
4.	Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora na minimum 8 godzin pracy	TAK	
5.	Waga maksymalna 1,3 kg	TAK, podać	
6.	Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia	TAK	
7.	Wymiary Szer. x Głęb. x Wys.	TAK, podać	
8.	Moduł centralny	TAK	
II.	POMIAR PARAMETRÓW		
1.	Zakres pomiaru saturacji 1-100%	TAK	
2.	Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 80% - 100% +/- 2 cyfry 60% - 80% +/- 3 cyfry	TAK	
3.	Zakres pomiaru pulsu 20 –250 uderzeń na minutę	TAK	
4.	Dokładność pomiaru w całym zakresie +/- 3 bpm	TAK, podać	
5.	Ciągły tryb monitorowania parametrów	TAK	
III.	WYŚWIETLANIE PARAMETRÓW		
1.	Wyświetlacz typu LED, prezentujący wartości w różnych kolorach w przypadku sytuacji alarmowej	TAK	
2.	Wskaźnik amplitudy pulsu	TAK	
3.	Wskaźnik poszukiwania pulsu	TAK	
4.	Wskaźnik wyciszenia alarmów	TAK	
5.	Wskaźnik zasilania sieciowego	TAK	
6.	Wskaźnik zasilania akumulatorowego	TAK	
7.	Wskaźnik artefaktu	TAK	
8.	Wskaźnik odłączenia czujnika	TAK	
9.	Min 24 godzinne trendy SpO2 i Pulsu z opcją wydruku na zewnętrznej drukarce.	TAK	
IV.	POLĄCZENIA		
1.	EIA 232- szeregowo wyjście cyfrowe	TAK	
V.	ALARMY		
1.	Alarm dźwiękowy i wizualny dla pulsu	TAK	
2.	Alarm dźwiękowy i wizualny dla saturacji	TAK	
3.	Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenia zmian SpO2 bez podchodzenia do monitora	TAK	
4.	Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika	TAK	
5.	Alarm dźwiękowy i wizualny rozładowania wewnętrznego akumulatora	TAK	
6.	Możliwość regulacji głośności alarmu	TAK	
7.	Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu.	TAK	

8.	Regulacja dolnej i górnej granicy alarmu pulsu z możliwością prezentacji na wyświetlaczu	TAK	
9.	Regulacja dolnej o górnej granicy alarmowej SpO2	TAK	
10.	Regulacja czasu opóźnienia reakcji alarmu na zmianę saturacji w zakresie: 10s, 25s, 50s, 100s dla zmian o 1%	TAK	
11.	Regulacja czasu opóźnienia reakcji na zmianę saturacji wyższą niż 1% według algorytmu: (10s, 25s, 50s, 100s) / wartość zmiany saturacji = czas opóźnienia reakcji alarmu	TAK	
12.	Łatwa regulacja głośności alarmów	TAK	
VI.	WYPOSAŻENIE		
1.	Przewód łączący urządzenie z czujnikiem pomiarowym	TAK	
2.	Czujnik pomiarowy saturacji typu klips 1szt. dla dorosłych	TAK	
VII.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
VIII.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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: **Inhalator – 2 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Przetwornik ultradźwięków nie wymagający regulacji	TAK	
2.	Urządzenie na zasilacz i baterie Przeznaczone do pracy ciągłej	TAK	
3.	Zabezpieczenie przed pracą na pusto Automatyczne wyłączanie w pożądanym czasie Lampka kontrolna	TAK	
4.	Regulator dopływu powietrza Przepływ powietrza: powyżej 25 l / min	TAK	
5.	Max. wydajność roztworu: powyżej 6 ml/min	TAK	
6.	Wypożyczenie: wąż, ustnik, wkładka do leków, maska dla dzieci i dorosłych	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 (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Inhalator							2	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel./fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Urządzenie do hipotermii – 1 szt.**

1. Oddział Intensywnej Terapii

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Aparat do dokładnej regulacji temperatury ciała: - utrzymanie normotermii w zakresie 36,5° C – 37,5° C - kontrolowana indukcja hipotermii oraz umożliwienie ogrzania pacjenta, - temperatura docelowa pacjenta nastawiana przez obsługę	TAK	
3.	Wymiary: ok. 260 mm S x 625 mm G x 940 W / wraz z rączką/	TAK, podać	
4.	Waga do 35 kg	TAK	
5.	System sterowania mikroprocesorowy ze sprzężeniem zwrotnym	TAK	
6.	Zasilanie 230 V / 50 Hz 120 V /60 Hz	TAK	
7.	Ciśnienie pracy 0,4 bar, ciśnienie odcięcia 0,8 bar	TAK	
8.	Wewnętrzne i powierzchniowe czujniki temperatury: jednorazowe i wielorazowe	TAK	
9.	Zakres nastaw temperatury docelowej: 30° C - 40° C	TAK	
10.	Zakres temperatury wody: 13° C - 40,8 ° C	TAK	
11.	Wyświetlacz: uchylny wyświetlacz prezentujący temperaturę wewnętrzną, powierzchniową i docelową; wyciszenie alarmu oraz graficzny trend temperatury wewnętrznej	TAK	
12.	Długość węży połączeniowych: 2,5 m	TAK	
13.	Rodzaj wody: woda z kranu	TAK	
14.	Normy bezpieczeństwa i certyfikaty: IEC 601-1, IEC 601-2-35, EMC 601-1-2, UL 2502, C 22.2	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Urządzenie do hipotermii							1	

.....
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Reflektor lekarski – 2 szt.**

1. Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Lp.	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 lub metali lekkich 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 45 000 lux	TAK, podać	
6.	Średnica pola roboczego ok., 16 cm	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 o żywotności min. 4000h	TAK, podać	
12.	I stopień zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym	TAK, podać	
13.	Stopień ochrony obudowy IP20	TAK, podać	
14.	Zintegrowany filtr ciepły	TAK	
15.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych/ deklaracja zgodności CE (wraz z podaniem klasy wyrobu medycznego)	TAK	
16.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
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: **Negatoskop 2 - klatkowy – 7 szt.**

1. Centralny Blok Operacyjny - 4 szt.
2. Oddział Intensywnej Terapii - 1 szt.
3. Oddział Położniczo-Ginekologiczny - 2 szt.

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez Zamawiającego	Parametry oferowane przez Wykonawcę
1.	Negatoskop 2 klatkowy: – wysoka równomierność emisji światła na całej powierzchni ekranu, – jednolity ekran, – emituje światło dzienne	TAK, podać	
2.	Wymiary: ok. 740 x 510 x 92 mm	TAK, podać	
3.	Masa: ok. 13,5 kg	Tak, podać	
4.	Klasa ochronności: I	TAK	
5.	Ilość klatek: 2	TAK	
6.	Wymiary ekranu: ok. 72 x 43 cm	TAK, podać	
7.	Regulacja luminancji	TAK	
8.	Luminancja ekranu: 4200 cd / m2 $\pm$ 25%	TAK, podać	
9.	Pobór mocy: 295 VA	TAK	
10.	Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	TAK	
11.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych /deklaracja zgodności CE (wraz z podaniem klasy wyrobu medycznego)	TAK	
12.	Okres gwarancji	min 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)	Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)	Ilość sztuk	Wartość brutto (w PLN) (7x8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Negatoskop 2 - klatkowy							7	

.....
(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 II – Powtórzenie Części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

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”)
- VII. **Część VII zamówienia**(wpisać „TAK” lub „NIE”)
- VIII. **Część VIII zamówienia**(wpisać „TAK” lub „NIE”)
- IX. **Część IX zamówienia**(wpisać „TAK” lub „NIE”)
- X. **Część X zamówienia**(wpisać „TAK” lub „NIE”)
- XI. **Część XI zamówienia**(wpisać „TAK” lub „NIE”)

- XII. Część XII zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)
 XIII. Część XIII zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)
 XIV. Część XIV zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)
 XV. Część XV zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)
 XVI. Część XVI zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)
 XVII. Część XVII zamówienia(wpisać „TAK” lub „NIE”)
 XVIII. Część XVIII 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:.....)

G) dla CZĘŚCI VII zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:
(słownie:.....)

podatek VAT:
(słownie:.....)

brutto:.....
(słownie:.....)

H) dla CZĘŚCI VIII zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:
(słownie:.....)

podatek VAT:
(słownie:.....)

brutto:.....,
(słownie:.....)

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

netto:
(słownie:.....)

podatek VAT:
(słownie:.....)

brutto:.....,
(słownie:.....)

J) dla CZĘŚCI X zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:
(słownie:.....)

podatek VAT:
(słownie:.....)

brutto:.....,
(słownie:.....)

K) dla CZĘŚCI XI zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:
(słownie:.....)

podatek VAT:
(słownie:.....)

brutto:.....,
(słownie:.....)

L) dla CZĘŚCI XII zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:
(słownie:.....)

podatek VAT:
(słownie:.....)

brutto:.....,
(słownie:.....)

M) dla CZĘŚCI XIII zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

N) dla CZĘŚCI XIV zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

O) dla CZĘŚCI XV zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

P) dla CZĘŚCI XVI zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

Q) dla CZĘŚCI XVII zamówienia (jeżeli dotyczy)*:

netto:

(słownie:.....)

podatek VAT:

(słownie:.....)

brutto:.....,

(słownie:.....)

R) dla CZĘŚCI XVIII 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 23 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 24 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)*
- g) dla Części VII zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- h) dla Części VIII zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- i) dla Części IX zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- j) dla Części X zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- k) dla Części XI zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- l) dla Części XII zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- m) dla Części XIII zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- n) dla Części XIV zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- o) dla Części XV zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- p) dla Części XVI zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- q) dla Części XVII zamówienia o wartości PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... (jeżeli dotyczy)*
- r) dla Części XVIII 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.

W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 46 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych ponownie wnieśmy wadium w terminie określonym przez Zamawiającego

11. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej (jeżeli dotyczy)*:

Nazwisko, imię Stanowisko Telefon faks
12. Niniejsza oferta przetargowa zawiera następujące dokumenty i załączniki: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
Podpisano /podpis osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu wykonawcy/

****-niepotrzebne skreślić***

Nazwa Wykonawcy.....

Adres Wykonawcy.....

Telefon/faks.....

Oświadczenie

o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 ustawy

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym pod nazwą:

Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Powtórzenie Części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

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 spełniam(y) warunki ubiegania się o zamówienie, zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy - Prawo zamówień publicznych, dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....
(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 II – Powtórzenie Części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

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:

- oferowane dostawy wykonam zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego w SIWZ.

.....
(miejscowość i data)

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

Nazwa wykonawcy.....

Adres wykonawcy.....

Telefon/faks.....

Wykaz wykonanych dostaw przez Wykonawcę w okresie ostatnich trzech lat przed terminem składania ofert¹

Lp.	Nazwa i zakres dostaw	Miejsce wykonania	Data realizacji od (dzień/miesiąc/rok) do (dzień/miesiąc/rok)	Wartość dostaw (z VAT) za które Wykonawca był odpowiedzialny	Podmiot, dla którego realizowane było zamówienie

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

.....
(miejscowość i data)

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

¹ Lista ta może być wydłużona, jeśli zachodzi taka potrzeba

UMOWA NR /

zawarta w dniu 2010 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.

przy udziale Inwestora Zastępczego:

Wielobranżowe Przedsiębiorstwo Inwestycyjne „WUDIMEKS” Sp. z o.o. z siedzibą w Częstochowie przy ul. Armii Krajowej 60/62 reprezentowanego przez:
Jana Wieczorka – Prezesa

W wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego 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 II – Powtórzenie Części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)**” 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 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.
6. Na Sprzedającym ciąży odpowiedzialność z tytułu uszkodzenia lub utraty przedmiotu umowy aż do chwili wydania go w miejscu dostawy Kupującemu, w imieniu którego czynności odbiorowe wykonywać będzie Komisja d/s odbioru, o której mowa w ust.7, tj. po zamontowaniu i uruchomieniu sprzętu oraz po przeprowadzeniu szkolenia personelu, potwierdzonego protokołem przekazania przedmiotu umowy do użytkowania. Dostęp do pomieszczeń, w których znajdować będzie się sprzęt, do czasu jego wydania Kupującemu, będzie miał wyłącznie Sprzedający.
7. Ze strony Kupującego za odbiór przedmiotu umowy i podpisanie protokołu jego dostawy, montażu i przekazania do użytkowania odpowiedzialna będzie Komisja d/s odbioru powołana przez Kupującego w skład, której wejdą przedstawiciele Sprzedającego wskazani w ust. 8 oraz przedstawiciele Kupującego, a także przedstawiciele działającego w imieniu Kupującego Inwestora Zastępczego. Kupujący zastrzega sobie możliwość jednostronnej zmiany swojego przedstawiciela w pracach Komisji d/s odbioru, w tym również zastrzega sobie możliwość jednostronnej rezygnacji z udziału w odbiorze przedmiotu umowy Inwestora Zastępczego.
8. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Sprzedającego będzie:
 - 1).....
 - 2).....

§ 2 [Termin]

1. Termin wykonania przedmiotu umowy *oddzielnie dla każdej z Części zamówienia* nastąpi w nieprzekraczalnym terminie: **do 45 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);



- 7) dla *Części VII zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 8) dla *Części VIII zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 9) dla *Części IX zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 10) dla *Części X zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 11) dla *Części XI zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 12) dla *Części XII zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 13) dla *Części XIII zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 14) dla *Części XIV zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 15) dla *Części XV zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 16) dla *Części XVI zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 17) dla *Części XVII zamówienia*:zł brutto..... (słownie: złotych) na które składa się: wynagrodzenie netto w kwocie złotych (słownie: złotych) oraz podatek VAT w kwocie złotych (słownie: złotych);
- 18) dla *Części XVIII 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 *do 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 7 dni od pisemnego zgłoszenia przez Sprzedającego gotowości do dokonania odbioru tj. po zamontowaniu i uruchomieniu sprzętu oraz po przeprowadzeniu szkolenia personelu przez Sprzedającego, który potwierdzony zostanie protokołem przekazania przedmiotu umowy do użytkowania podpisanym przez Komisję d/s odbioru, o której mowa w § 1 ust. 7.
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 stwierdzy wady w przedmiocie umowy, wówczas w protokole przekazania przedmiotu umowy do użytkowania wyznaczy Sprzedającemu termin do ich usunięcia, nie krótszy jednak niż 7 dni roboczych.

§ 6 [Gwarancja i rękojmia]

1. Sprzedający gwarantuje, że składający się na przedmiot umowy sprzęt jest nowy, wyprodukowany w 2010 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. Powyższe nie dotyczy tych elementów przedmiotu umowy, które są mocowane w sposób trwały.
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 telefonu podany w protokołach instalacji lub kartach gwarancyjnych 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 każdej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy. Kupujący może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych przyczynach,
 - 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, stanowiącej przedmiot umowy, której dotyczy opóźnienie,
 - c) za opóźnienie w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze - liczonej oddzielnie od tej Części zamówienia, stanowiącej przedmiot umowy, której dotyczy opóźnienie – 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, stanowiącej przedmiot umowy, której dotyczy opóźnienie 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, stanowiącej przedmiot umowy, której dotyczy opóźnienie,
 - f) za niedokonanie przeglądów gwarancyjnych zgodnie z § 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, stanowiącej przedmiot umowy, dla której nie dokonano przeglądów gwarancyjnych zgodnie z § 6 ust. 5 pkt 3,

- 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, stanowiącej przedmiot umowy, dla której nie dostarczono zastępczego sprzętu zgodnie z § 6 ust. 7.
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 każdej Części zamówienia, której dotyczy przedmiot umowy, za wyjątkiem wystąpienia sytuacji, przedstawionej w art. 145 Ustawy Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2010 r. Nr 113, poz.759).
 3. Kupujący może dochodzić odszkodowania uzupełniającego w przypadku, gdy kary umowne nie pokrywają poniesionej szkody.
 4. Kupującemu przysługuje prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku niewykonania bądź nienależytego wykonania umowy.
 5. W razie naliczenia kary umownej Kupujący jest uprawniony do odmowy zapłaty faktury w części odpowiadającej wysokości tej kary.

§ 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
[Przechowywanie dokumentów i kontrola]

1. Sprzedający zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją przedmiotu umowy do dnia 31.12.2021r. w sposób zapewniający dostępność, poufność i bezpieczeństwo oraz do informowania Kupującego o miejscu przechowywania dokumentów związanych z realizowanym przedmiotem umowy.
2. W przypadku zmiany miejsca przechowywania dokumentów oraz w przypadku zawieszenia lub zaprzestania przez Sprzedającego działalności przed terminem o którym mowa w ust. 1, Sprzedający zobowiązuje się pisemnie poinformować Kupującego o miejscu przechowywania dokumentów związanych z realizowanym przedmiotem umowy w terminie miesiąca przed zmianą tego miejsca.
3. W przypadku konieczności przedłużenia terminu, o którym mowa w ust.1. Kupujący powiadomi o tym pisemnie Sprzedającego przed upływem terminu określonego w ust.1. Nie stosuje się zmiany umowy.
4. Dokumentacja, o której mowa w ust.1. przechowywana jest w formie oryginałów albo kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przechowywanych na powszechnie uznawanych nośnikach danych.

§ 11
[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.

§ 12
[Załączniki do umowy]

Integralną część umowy stanowią:

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

KUPUJĄCY

SPRZEDAJĄCY

.....

.....

PRZY UDZIALE

.....

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Telefon/faks

INFORMACJA²
nt. powierzenia dostaw Podwykonawcom

Dostawy, które Wykonawca powierzy Podwykonawcy	Wartość dostaw zleconych Podwykonawcy (wartość % w odniesieniu do ceny oferty)
Całkowity % dostaw, które Wykonawca powierzy Podwykonawcom	

.....
(miejscowość i data)

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

² Lista ta może być wydłużona, jeżeli zachodzi taka potrzeba

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 II – Powtórzenie Części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)
Część dodatek.....

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:

.....
.....

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.

.....
miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa wykonawcy.....

Adres wykonawcy.....

Telefon/faks.....

Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania

zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
(tj. 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 II – Powtórzenie Części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

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, iż w stosunku do Wykonawcy brak jest podstaw do **wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy – Prawo zamówień publicznych.**

.....
(miejscowość i data)

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

Nazwa wykonawcy.....

Adres wykonawcy.....

Telefon/faks.....

Oświadczenie na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 2
(dla wykonawców będących osobami fizycznymi)

ustawy 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 II – Powtórzenie Części Etapu II (Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej) i Etapu III (Centralny Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Położniczo – Ginekologiczny)

ja niżej podpisany oświadczam, iż nie podlegam wykluczeniu z **postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy – Prawo zamówień publicznych.**

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

- 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.

.....
(miejscowość i data)

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