



# *Powiat Radomski*

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

<http://www.radomski.pl>  
e-mail: [starostwo@powiat.radomski.pl](mailto:starostwo@powiat.radomski.pl)

**Oznaczenie sprawy: WP.341.42/03/2010**

**Zamawiający:**

**POWIAT RADOMSKI**

**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 – Drugie Powtórzenie Etapu I Część I (Apteka Szpitalna).**

**ZATWIERDZIŁ:**

W imieniu Zamawiającego

STAROSTA

Jerzy Kaczmarek

.....  
(podpis)



**PROGRAM  
REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**Łódzkie**

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



## SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

**Rozdział 1. Nazwa i adres zamawiającego**

Powiat Radomszczański

97-500 Radomsko

ul. Leszka Czarnego 22

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

<http://www.powiat.radomszczanski.pl/bip/>

e-mail: [przetargi@powiat.radomszczanski.pl](mailto: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 (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz.759), zwaną dalej ustawą, w trybie przetargu nieograniczonego.
- 2.2 W sprawach nieuregulowanych ustawą stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.).

**Rozdział 3. Opis przedmiotu zamówienia**

- 3.1. Przedmiotem zamówienia jest „Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” - Faza II – Drugie Powtórzenie Etapu I Część I (Apteka Szpitalna) wraz z dostawą i montażem o właściwościach zgodnych ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w dodatku nr 1 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. APTEKA SZPITALNA****I. SPRZĘT MEDYCZNY:**

1. Myjnia – dezynfektor przelotowa z suszarką - szt.1
2. Błat roboczy 160\*60\*3 cm - szt.1
3. Błat roboczy specjalny ze stali kwasoodpornej 200/180\*60\*3 cm - szt.2
4. Destylator wody o wydajności 8l/h wiszący + zmiękcacz wody z użyciem żywic jonowymiennych - szt.1
5. Dygestorium - szt.1
6. Kosz sterylizacyjny (z przegrodami do butelek do płynów infuzyjnych na 21 butelek po 0,5l) - szt.2
7. Kosz sterylizacyjny (z przegrodami do butelek do płynów infuzyjnych na 36 butelek po 0,25l) - szt.1



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

8. Krzesło laboratoryjne z oparciem, na kółkach, z obręczą do opierania nóg, łatwozmywalne - szt.4
9. Łoża laminarna z nawiewem jałowego powietrza stojąca - szt.1
10. Łoża recepturowa z szafką stojącą i blatem 160\*60\*3 cm - szt.1
11. Mata basenowa z poliamidu 170\*250\*2 cm zielona - szt.1
12. Pistolet na sprężone powietrze do suszenia - szt.1
13. Pistolet na sprężone powietrze z elastycznym węzłem - szt.1
14. Regał apteczny - szt.21
15. Regał uniwersalny z sześcioma półkami - szt.2
16. Regał uniwersalny z sześcioma półkami na 15 JW- szt.1
17. Stanowisko do mycia szkła i utensylia - szt.1
18. Stelaż ze stali kwasoodpornej z workiem foliowym na odpadki - szt.5
19. Stelaż ze stali kwasoodpornej na worki foliowe o poj. 60 l - szt.2
20. Sterylizator parowy - szt.1
21. Sterylizator stołowy na suche gorące powietrze 100 l - szt.1
22. Stół do fasowania - szt.1
23. Stół recepturowy - szt.1
24. Stół roboczy zlewozmywakowy z dwoma komorami - szt.1
- 24A. Stół roboczy zlewozmywakowy z dwoma komorami - szt.1
25. Stół ze stali kwasoodpornej z półką dolną - szt.1
26. Stół ze stali kwasoodpornej z półką dolną - szt.1
27. Suszarka 100l, 4 półki + system sterowania elektronicznego - szt.1
28. Szafa do składowania palnych substancji w pomieszczeniach roboczych z drzwiami skrzydłowymi - szt.1
29. Szafa otwarta dostosowana do modułów transport. zgodnych z normami ISO - szt.5
30. Szafa otwarta dostosowana do modułów transport. zgodnych z normami ISO - szt.6
31. Szafa przelotowa – stal kwasoodporna przystosowana do modułów ISO - szt.1
32. Szafa stojąca dwudrzwiowa mat. stal kwasoodporna - szt.4
33. Szafa zamykana do wymiarów modułów transport. zgodnych z normami ISO - szt.9
34. Szafka stojąca zlewozmywakowa szer. 800 mm - szt.3
35. Szafka stojąca zlewozmywakowa szer. 600 mm - szt.1
36. Szafka zlewozmywakowa ( blat roboczy dług. 800 mm) - szt.1
37. Taca ociekowa do wózka z koszami stal kwasoodporna - szt.2
38. Urządzenie do sporządzania maści (unguator) - szt.1
39. Waga elektroniczna apteczna - szt.1
40. Witryna chłodnicza poj.500l z 10-ma szufladami, programator temperatury z rejestratorem i wymuszonym obiegiem powietrza, automatyczne oszranianie - szt.1
41. Wózek do dezynfekcji i sterylizacji - szt.2
42. Wózek otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO - szt.1
43. Wózek do sprzątania - szt.1
44. Wózek do transportu butelek - szt.1
45. Wózek magazynowy o nośności 300 kg - szt.1
46. Wózek otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO - szt.2
47. Wózek podnośny paletowy - szt.1
48. Wózek transportowy zamknięty do przewożenia leków - szt.15
49. Zasłona z pasów folii PVC 250\*300 cm - szt.2



## SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

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

- 50. Zestaw ciśnieniowy filtracyjny do sączenia płynów jałowych - szt.1
- 51. Zestaw do ręcznego mycia wraz z dozownikiem środka chemicznego myjąco-dezynfekcyjnego - szt.1
- 52. Zestaw do rozlewania kropli ocznych - szt.1
- 53. Zestaw mebli I - szt.1
- 54. Zlew ze stali kwasoodpornej z kratą do poboru wody destylowanej - szt.1

**II. WYPOSAŻENIE:**

- 55. Biurko z dostawką - szt.3
- 55A. Biurko z dostawką – szt. 1
- 56. Krzesło obrotowe z oparciem na ręce - szt.4
- 57. Sejf gabinetowy 1200\*510\*480mm - szt.1
- 58. Zestaw komputerowy - szt.4

- 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 2010r. 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 poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia został wskazany w dodatku nr 1 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.



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

- 4) Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć na własny koszt i ryzyko przedmiot zamówienia w miejsce dostawy, a następnie go uruchomić oraz tam gdzie jest to wymagane, wykonać badania próbne oraz przeprowadzić instruktaż obsługowy dla personelu wyznaczonego przez Zamawiającego w zakresie działania i obsługi sprzętu w miejscu jego dostawy.
- 5) **Wszelkie informacje dotyczące parametrów technicznych wymaganego przedmiotu zamówienia zawarte zostały w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym dodatek nr 1 do SIWZ.**
- 6) 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 |
|                       | 33.79.20.00-8 – farmaceutyczne wyroby szklane                         |
|                       | 44.61.41.00-8 – kosze do przechowywania                               |
|                       | 42.93.11.00-2 – laboratoryjne wyroby szklane                          |
|                       | 39.18.00.00-7 – meble laboratoryjne                                   |
|                       | 39.18.10.00-4 – stoły laboratoryjne                                   |
|                       | 42.67.11.00-1 – stojaki na narzędzia laboratoryjne                    |
|                       | 33.19.00.00-8 – różne urządzenia i produkty medyczne                  |
|                       | 42-51.32.10-0 – witryny chłodnicze                                    |
|                       | 42.92.31.10-6 – wagi                                                  |
|                       | 33.19.23.00-5 – meble medyczne, z wyjątkiem łóżek i stołów            |
|                       | 39.14.11.00-3 – regały                                                |
|                       | 39.13.00.00-2 – meble biurowe                                         |
|                       | 39.12.11.00-7 – biurka                                                |
|                       | 39.11.20.00-0 – krzesła                                               |
|                       | 39.11.32.00-9 – taborety                                              |
|                       | 44.61.90.00-2 – inne pojemniki                                        |
|                       | 39.71.11.00-0 – chłodziarki i zamrażarki                              |
|                       | 30.12.13.00-6 – urządzenia do powielania                              |
|                       | 39.13.20.00-6 – szafy na akta                                         |
|                       | 44.42.13.00-0 – sejfy                                                 |
|                       | 30.23.21.10-8 – drukarki laserowe                                     |
|                       | 30.21.40.00-2 – stacje robocze                                        |
|                       | 30.23.13.00-0 – monitory ekranowe                                     |



**Rozdział 4. Termin wykonania zamówienia**

4.1. Termin wykonania 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, których wartość jest nie mniejsza niż 500 000,00 PLN,

**Uwaga:**

1. *Przez dostawy o zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia, 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 - 500 000,00 PLN,
  - b) są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na sumę ubezpieczenia nie mniejszą niż - 500 000,00 PLN.

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 2** do SIWZ, wraz z formularzem cenowym,
- 2) dokumentów wymienionych w pkt. 6.1.2 niniejszej specyfikacji.
- 3) oświadczenia, że oferowany przedmiot dostawy odpowiada wymaganiom określonym przez Zamawiającego - z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 4** do SIWZ,
- 4) dowodu wniesienia wadium,
- 5) druku wykazu dostaw, które Wykonawca powierzy Podwykonawcom – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 7** do SIWZ (zgodnie z punktem 27.2 SIWZ Wykonawca, który nie będzie powierzał do wykonania przedmiotu zamówienia podwykonawcom przy realizacji przedmiotu zamówienia, nie dołącza do oferty w/w dodatku).

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

- 1) oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 ustawy – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 3** 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 9** 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 w stosunku do osób fizycznych oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy – z wykorzystaniem wzoru określonego w **dodatk nr 10** 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



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

- 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 co najmniej dwie dostawy spełniające wymóg określony w pkt. 5.1. ppkt 2 z wykorzystaniem wzoru stanowiącego **dodatek nr 5 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 ppkt 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,**
- 2) materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych, **z zaznaczeniem pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia,**
- 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 8 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;**



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

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.



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

- 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. 341.42/2010**  
**tel. +48 (044) 683 45 09 w. 239, faks +48 (044) 683 43 35**

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

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

- 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 44 683 45 09 wew. 238.

## Rozdział 8. Wymagania dotyczące wadium

- 8.1. Zamawiający żąda wniesienia wadium w kwocie **8 000,00 PLN** (słownie: osiem tysięcy złotych 00/100).
- 8.2. Wadium musi być wniesione przed upływem terminu składania ofert wskazanym w pkt. 12.1 SIWZ.
- 8.3. Wykonawca może wnieść wadium w jednej lub kilku następujących formach:
- 1) pieniądzu, **przelewem** na rachunek bankowy Zamawiającego w Banku Spółdzielczym w Radomsku:



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

## Powiat Radomszczański

Nr rachunku: 73 8980 0009 2007 0037 0246 0004

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

## Uwaga:

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

- 2) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
  - 3) gwarancjach bankowych;
  - 4) gwarancjach ubezpieczeniowych;
  - 5) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz.U. Nr 109, poz. 1158 z późn. zm.).
- 8.4. Jeżeli wadium zostanie wniesione w formie, o której mowa w pkt. 8.5 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”. Dokument ten musi zachowywać ważność przez cały okres, w którym Wykonawca jest związany ofertą.
- 8.5. Jeżeli wadium zostanie wniesione w pieniądzu - przelewem, Wykonawca dołączy do oferty kopię wpłaty wadium z potwierdzeniem dokonanego przelewu. Na poleceniu przelewu należy wpisać: „**Wadium – Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego**”
- 8.6. Wykonawca, którego oferta nie będzie zabezpieczona wadium zostanie przez Zamawiającego wykluczony z postępowania, a jego oferta zostanie odrzucona.
- 8.7. Zamawiający będzie dokonywał zwrotu wadium zgodnie z zasadami określonymi w art. 46 ustawy.

**Rozdział 9. Termin związania ofertą**

- 9.1. Termin związania ofertą wynosi **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**. 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:



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

- a) oferta musi zostać sporządzona w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej np. na maszynie do pisania, komputerze lub inną trwałą i czytelną techniką.
  - b) formularz ofertowy i wszystkie załączane dokumenty sporządzone przez Wykonawcę (również te złożone na załączonych do SIWZ wzorach) muszą być podpisane; za podpisane uznaje się własnoręczny podpis z pieczęcią imienną przez osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentowania zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestrowym lub innym dokumencie, właściwym dla formy organizacyjnej.
  - c) w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, do oferty musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy. Pełnomocnictwo należy załączyć w formie oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza. W sytuacji, w której pełnomocnik działa na podstawie innego pełnomocnictwa lub pełnomocnictw (tzw. ciąg pełnomocnictw), wówczas takie pełnomocnictwo(-a) winno zostać załączone w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza.
  - d) pozostałe oświadczenia i dokumenty (inne niż wymienione w pkt. 6.2 ppkt 2 oraz pkt. 10.3 lit. b SIWZ) należy załączyć w formie oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę lub właściwą(-e) osobę(-y) upoważnioną(-e) do reprezentacji danego Wykonawcy oraz muszą być one sporządzone w języku polskim, chyba że specyfikacja stanowi inaczej.
- 10.4. Ewentualne poprawki w tekście oferty muszą być naniesione w czytelny sposób i parafowane przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.
  - 10.5. Określone w Rozdziale 6 SIWZ dokumenty składające się na ofertę, powinny być parafowane własnoręcznie przez osobę(-y) podpisującą(-e) ofertę.
  - 10.6. Dołączone do oferty dokumenty sporządzone w języku obcym, muszą być składane wraz z ich tłumaczeniem na język polski, 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 (por. art.86 ust. 4 ustawy).
  - 10.11. Zamawiający zaleca, aby informacje zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez wykonawcę złożone w oddzielnym opakowaniu (np. kopercie) z oznakowaniem „tajemnica przedsiębiorstwa”, lub spięte (zszyte) oddzielnie od pozostałych, jawnych elementów oferty.
  - 10.12. Ofertę należy złożyć w trwale zamkniętym opakowaniu (np. kopercie). **Opakowanie** powinno być oznakowane jako „OFERTA” oraz opatrzone nazwą przedmiotu zamówienia





## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

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 Etapu I Część I (Apteka Szpitalna)”**  
**Nie otwierać przed 18 października 2010 roku, 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





## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

- 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 specyfikacje 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 p. 114 **nie później niż do dnia 18 października 2010 roku 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 18 października 2010 roku o godz. 10.15**, w siedzibie Zamawiającego – Powiat Radomszczański, 97-500 Radomsko, ul. Leszka Czarnego 22, p.118.
- 12.4. Informacje ogłoszone w trakcie publicznego otwarcia ofert zamawiający przekaze niezwłocznie Wykonawcom, którzy nie byli obecni przy otwarciu ofert, na ich wniossek.



**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 ująć wszelkie koszty związane z wykonywaniem zamówienia, niezbędne dla prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia.
- 13.3. Cenę należy podać w formie ryczału, którego definicję określa art. 632 § 1 Kodeksu Cywilnego.
- 13.4. W formularzu ofertowym Wykonawca poda cenę netto za wykonanie 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 wykonanie 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 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 wewnątrz wspólnotowego nabycia towarów, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 13.8. Wszystkie wartości podane w formularzu ofertowym i formularzu cenowym powinny być liczone w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w rozumieniu ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. o denominacji złotego (Dz. U. Nr 84, poz. 386 z późn. zm.). Wartości wykazywane w formularzach zaokrągla się do pełnych groszy, przy czym końcówki poniżej 0,5 grosza pomija się, a końcówki 0,5 grosza i wyższe zaokrągla się do 1 grosza.
- 13.9. Zamawiający nie dopuszcza podawania cen ofertowych w walutach obcych.
- 13.10. Zamawiający poprawi w tekście oferty
  - 1) oczywiste omyłki pisarskie – czyli widocznie mylna pisownia wyrazu, ewidentny błąd gramatyczny, niezamierzone opuszczenie wyrazu lub jego części, czeski błąd itp.
  - 2) oczywiste omyłki rachunkowe w obliczeniu ceny z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek – czyli błędy wynikające z niewłaściwego przeprowadzenia działań arytmetycznych,
  - 3) inne omyłki polegające na niezgodności oferty ze SIWZ 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

- 1) cena – 100%

### 14.2. Sposób oceniania ofert:

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

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

Gdzie:

**Cn** – cena najniższa wśród ofert nie odrzuconych

**Cb** – cena oferty badanej

**100** – wskaźnik stały

**100 %** – procentowe znaczenie kryterium ceny

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

- 14.3. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Wykonawców w zakresie w/w kryterium. 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 6** 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 rządu 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.



**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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

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 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, przysyłając 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 wnioski 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 nie dopuszcza składanie ofert częściowych.

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

Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.

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

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

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

22.1 Zamawiający **nie dopuszcza** składania ofert wariantowych.





## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

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 części dostawy składającej się na przedmiot zamówienia Podwykonawcy. Wówczas jest obowiązany **w dodatku nr 7** 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 7** 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;



## 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I)

- 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) przedstawiciele 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,  
Dod. Nr 2 – druk formularza ofertowego,  
Dod. Nr 3 – druk oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu,  
Dod. Nr 4 – druk oświadczenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego,  
Dod. Nr 5 – druk wykazu wykonanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert,  
Dod. Nr 6 – wzór umowy,  
Dod. Nr 7 – druk wykazu dostaw, które Wykonawca powierzy Podwykonawcom,  
Dod. Nr 8 – druk oświadczenia, że oferowane dostawy nie zostały sklasyfikowane jako wyrób medyczny,  
Dod. Nr 9 – druk oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia z postępowania,  
Dod. Nr 10 – druk oświadczenia w zakresie artykułu 24 ust.1 pkt.2 ustawy(osoby fizyczne).

**ZATWIERDZIŁ**

W imieniu Zamawiającego

STAROSTA

Jerzy Kaczmarek

Radomsko, dn.06.09.2010 r.

.....  
(podpis)

**PROGRAM  
REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**Łódzkie**

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

na zadanie pn.: **Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II Drugie Powtórzenie etapu I część I**

---



**PROGRAM  
REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**Łódzkie**

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

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

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                             | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Myjnia-dezynfektor przelotowa z suszarką</b>                                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – urządzenie zgodne z normą PN EN ISO 15883                                                                                            | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – przelotowa - do zabudowy w jedną ścianę                                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – drzwi komory uchylne                                                                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – możliwość mycia i dezynfekcji termicznej                                                                                             | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – możliwość mycia i dezynfekcji szkła aptecznego i akcesoriów                                                                          | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – końcowe płukanie wodą zdemineralizowaną                                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – minimum 2 pompy środków chemicznych                                                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – wyposażona w zintegrowaną suszarkę                                                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 10. | – wyposażona w kondenser oparów                                                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 11. | – komora i opanelowanie zewnętrzne wykonane ze stali kwasoodpornej                                                                     | TAK                                    |                                     |
| 12. | – możliwość używania niezależnych wózków załadowniczych na dwóch poziomach                                                             | TAK                                    |                                     |
| 13. | – sterowanie mikroprocesorowe                                                                                                          | TAK                                    |                                     |
| 14. | – minimum dwuliniowy wyświetlacz ciekłokrystaliczny do wyświetlania komunikatów tekstowych                                             | TAK                                    |                                     |
| 15. | – komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim                                                                                          | TAK                                    |                                     |
| 16. | – minimum 12 programów mycia zainstalowanych fabrycznie i uruchamianych bezpośrednio z panelu sterującego                              | TAK                                    |                                     |
| 17. | – możliwość modyfikacji poszczególnych faz procesu bezpośrednio z panelu sterującego                                                   | TAK                                    |                                     |
| 18. | – możliwość zaprogramowania dowolnych programów użytkownika bezpośrednio z panelu sterującego                                          | TAK                                    |                                     |
| 19. | – zabezpieczenie możliwości zmiany parametrów w postaci kodu                                                                           | TAK                                    |                                     |
| 20. | – automatyczne dozowanie środków                                                                                                       | TAK                                    |                                     |
| 21. | – sygnalizacja braku środków                                                                                                           | TAK                                    |                                     |
| 22. | – pomiar ilości dozowanych środków myjącego i dezynfekcyjnego przy użyciu przepływomierzy                                              | TAK                                    |                                     |
| 23. | – możliwość kalibracji przepływomierzy                                                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 24. | – pomiar temperatury przy pomocy czujników zgodnych z normą PN EN ISO 15883                                                            | TAK                                    |                                     |
| 25. | – możliwość kalibracji czujników temperatury                                                                                           | TAK                                    |                                     |
| 26. | – możliwość podłączenia zewnętrznego komputera klasy PC z oprogramowaniem do archiwizacji parametrów procesu na komputerze zewnętrznym | TAK                                    |                                     |
| 27. | – zabezpieczenie przed możliwością otwarcia drugich drzwi, kiedy jedne zostały już otwarte                                             | TAK                                    |                                     |
| 28. | – automatyczna blokada drzwi w trakcie procesu                                                                                         | TAK                                    |                                     |

|     |                                                                                                                                  |                        |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|
| 29. | – wyposażona we wstępne filtry wody zasilającej                                                                                  | TAK                    |  |
| 30. | – ogrzewanie elektryczne                                                                                                         | TAK                    |  |
| 31. | – zasilanie elektryczne 400 V, 50 Hz                                                                                             | TAK                    |  |
| 32. | – możliwość stosowania środków myjących i różnych producentów (załączyć potwierdzenie producenta myjni z listą zestawów środków) | TAK                    |  |
| 33. | – autoryzacja serwisu na terenie Polski przez producenta myjni (załączyć potwierdzenie producenta myjni)                         | TAK                    |  |
| 34. | – potwierdzenie posiadania wymaganych uprawnień przez pracowników serwisu (załączyć kopie posiadanych uprawnień)                 | TAK                    |  |
| 35. | – instrukcja obsługi w języku polskim                                                                                            | TAK                    |  |
| 36. | <b>Wyposażenie:</b>                                                                                                              |                        |  |
| 37. | Wózek uniwersalny dwupoziomowy o jednolitej, spójnej konstrukcji                                                                 | TAK                    |  |
| 38. | Dwa kosze do załadunku na górnym lub dolnym poziomie                                                                             | TAK                    |  |
| 39. | Wózek wsadowy do szkła z bezpośrednimi wtryskami i min. 16 dyszami                                                               | TAK                    |  |
| 40. | Wózek wsadowy do szkła z bezpośrednimi wtryskami i min. 24 dyszami                                                               | TAK                    |  |
| 41. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                                           | <b>min 24 miesiące</b> |  |
| 42. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                                       | <b>TAK</b>             |  |

#### 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 z suszarką |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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



**CZĘŚĆ I**

Dodatek nr I/2 do SIWZ

Załącznik nr ..... do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

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

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                 | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Blat roboczy 160 x 60 x 3 cm               | TAK                                    |                                     |
| 2.  | materiał - ze stali kwasoodpornej          | TAK                                    |                                     |
| 3.  | <b>Okres gwarancji</b>                     | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |
| 4.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b> | <b>TAK</b>                             |                                     |

**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                            |
| <b>Blat roboczy</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Blat roboczy specjalny ze stali kwasoodpornej - 2 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                           | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Blat roboczy specjalny ze stali kwasoodpornej                                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – w kształcie litery L o wym jeden bok dł.200 drugi bok dł. 180 szer. 60 gr. 3 cm dopuszcza się wykonanie z dwóch oddzielnych blatów | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – jeden odcinek wsparty na szafce j.w., drugi na nogach ze stali kwasoodpornej                                                       | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                                               | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                                           | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| Blat roboczy specjalny 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: **Destylator wody wiszący + zmiękcacz wody z użyciem żywic jonowymiennych - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                     | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Destylator wody o wydajności 8l/h - wiszący                                    | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – pojemność zbiornika ok. 70 l                                                 | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – sposób zabudowy - naścienny                                                  | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – praca destylatora sterowana automat. poziomem wody w zbiorniku               | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – wariant i zbiornik wykonane ze stali kwasoodpornej                           | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – czujnik i wyświetlacz czystości wody badanej konduktometrycznie              | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – świadectwo Instytutu Leków o zgodności produkowanej wody z Farmakopeą Polską | TAK                                    |                                     |
| 8.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                         | <b>min 24 miesiące</b>                 |                                     |
| 9.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                     | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| Destylator wody wiszący + zmiękcacz wody z użyciem żywic jonowymiennych |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

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

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                         | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Dygestorium                                        | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wym. ok. szer. 120 x gł. 93 x wys. 265 cm        | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – blat ceramiczny                                  | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – komora robocza wentylowana przez podwójne ściany | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – dwa zawory zimnej wody                           | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – zlewik laboratoryjny                             | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – trzy gniazda elektryczne                         | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – oświetlenie komory roboczej                      | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – szafka z płyty laminowanej                       | TAK                                    |                                     |
| 10. | <b>Okres gwarancji</b>                             | <b>min 24 miesiące</b>                 |                                     |
| 11. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>         | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| Dygestorium    |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/ 6, 7, 37, 44 do SIWZ

Załącznik nr .... do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: - **Wózek do transportu butelek - 1 szt.**- **Taca ociekowa do wózka z koszami - stal kwasoodporna – 2 szt.**- **Kosz sterylizacyjny (z przegrodami do butelek do płynów infuzyjnych na 21 butelek po 0,5l) – 2 szt.**- **Kosz sterylizacyjny (z przegrodami do butelek do płynów infuzyjnych na 36 butelek po 0,25l) – 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                    | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Wózek do transportu butelek</b>                                                                            | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – możliwość umieszczania butelek w koszach sterylizacyjnych                                                   | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – możliwość zaczepienia na ramie sześciu koszy wym. 1JWS lub ośmiu koszy 1/2 JWS                              | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – wyk. stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18N9                                                                | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Wyposażenie:</b>                                                                                           |                                        |                                     |
| 6.  | <b>Taca ociekowa do wózka z koszami - stal kwasoodporna – 2 szt.</b>                                          | TAK                                    |                                     |
| 7.  | <b>Kosz sterylizacyjny (z przegrodami do butelek do płynów infuzyjnych na 21 butelek poj. 0,5l) - 2 szt.</b>  | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – pojemność 1/2 JWS zgodnej z PN-EN 285                                                                       | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – wym. dł.580 x szer.280 x wys.130 mm                                                                         | TAK                                    |                                     |
| 10. | – wyk. drut z stali kwasoodpornej 0H18N9                                                                      | TAK                                    |                                     |
| 11. | <b>Kosz sterylizacyjny (z przegrodami do butelek do płynów infuzyjnych na 36 butelek poj. 0,25l) – 1 szt.</b> | TAK                                    |                                     |
| 12. | – pojemność 1/2 JWS zgodnej z PN-EN 285                                                                       | TAK                                    |                                     |
| 13. | – wym. dł.580 x szer.280 x wys.130 mm                                                                         | TAK                                    |                                     |
| 14. | – wyk. drut z stali kwasoodpornej 0H18N9                                                                      | TAK                                    |                                     |
| 15. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                    | TAK                                    |                                     |
| 16. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                        | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

## 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 butelek                          |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |
| Taca ociekowa do wózka z koszami - stal kwasoodporna |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 2           |                              |

|                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------|--|
| <b>Kosz<br/>sterylizacyjny<br/>(z przegrodami<br/>do butelek do<br/>płynów<br/>infuzyjnych na<br/>21 butelek poj.<br/>0,5l)</b>  |  |  |  |  |  |  | <b>2</b> |  |
| <b>Kosz<br/>sterylizacyjny (z<br/>przegrodami do<br/>butelek do<br/>płynów<br/>infuzyjnych na<br/>36 butelek poj.<br/>0,25l)</b> |  |  |  |  |  |  | <b>1</b> |  |

.....  
(miejscowość i data)

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



NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Krzesło laboratoryjne z oparciem - 4 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                               | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Krzesło laboratoryjne z oparciem, na kółkach, z obręczą do opierania nóg, łatwowymywalne | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – pokryte skajem w kolorze do uzgodnienia                                                | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – wysokość siedziska regulowana w zakresie 50-60 cm                                      | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – położenie siedziska i oparcia regulowane sprężynami gazowymi                           | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – obręcz do opierania nóg                                                                | TAK                                    |                                     |
| 6.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                               | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 7.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                   | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Krzesło laboratoryjne z oparciem</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>4</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Łoża laminarna z nawiewem jałowego powietrza, stojąca - 1 szt.**

| Lp.       | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                                                                                                                                    | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>I.</b> | <b>Komora laminarna do sterylnego przygotowania cytostatyków</b>                                                                                                                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 1.        | Komora laminarna bezpieczna do produkcji cytostatyków na podstawie. Komora fabrycznie przystosowana do instalacji monitora komputerowego na wprost twarzy operatora, poza przestrzenią roboczą komory                                         | TAK, podać                             |                                     |
| 2.        | Podłączenie komputera, drukarki i innych urządzeń peryferyjnych poprzez gniazda komputerowe wewnątrz przestrzeni roboczej                                                                                                                     | TAK, podać                             |                                     |
| 3.        | Stabilna konstrukcja ze stali:<br>- powierzchnia pracy ze stali szlachetnej                                                                                                                                                                   | TAK, podać                             |                                     |
| 4.        | Minimalne wymiary blatu roboczego 1250 x 600 mm                                                                                                                                                                                               | TAK, podać                             |                                     |
| 5.        | Podzielony na segmenty blat roboczy zbudowany ze stali szlachetnej:<br>- zamknięty wewnątrz powierzchni pracy<br>- stabilna konstrukcja, odporna na wibracje ( $RMS \leq 5\mu m$ )<br>- zabezpieczenie przed uszkodzeniem mechanicznym filtra | TAK, podać                             |                                     |
| 6.        | Szyba frontowa z możliwością otwarcia umożliwiającą pracę w łożu                                                                                                                                                                              | TAK, podać                             |                                     |
| 7.        | System trzy-filtrowy HEPA (filtr główny, filtr powietrza zanieczyszczonego i oczyszczonego)                                                                                                                                                   | TAK, podać                             |                                     |
| 8.        | Wszystkie filtry HEPA muszą odpowiadać klasie H14 odnośnie EN 1822-1                                                                                                                                                                          | TAK, podać                             |                                     |
| 9.        | Podciśnienie ochronne                                                                                                                                                                                                                         | TAK, podać                             |                                     |
| 10.       | Gazoszczelna obudowa                                                                                                                                                                                                                          | TAK, podać                             |                                     |
| 11.       | Tryb pracy normalny, czyszczący i nocny                                                                                                                                                                                                       | TAK, podać                             |                                     |
| 12.       | Elektrycznie sterowana szyba frontowa                                                                                                                                                                                                         | TAK, podać                             |                                     |
| 13.       | Wtyczki sieciowe funkcyjne w przestrzeni roboczej                                                                                                                                                                                             | TAK, podać                             |                                     |
| 14.       | Podświetlany wyświetlacz poza przestrzenią roboczą celem pokazania:<br>- godziny<br>- czasu pracy komory laminarnej<br>- temperatury w przestrzeni roboczej<br>- wilgotności w przestrzeni roboczej<br>- daty                                 | TAK, podać                             |                                     |
| 15.       | Poziom decybeli nie więcej niż 60dB                                                                                                                                                                                                           | TAK, podać                             |                                     |
| 16.       | Wibracje nie więcej niż $5\mu m$ na powierzchni roboczej                                                                                                                                                                                      | TAK, podać                             |                                     |
| 17.       | Przekrój okna monitora 16:9, min. 19" w tylnej ścianie przestrzeni roboczej (na wprost twarzy operatora)                                                                                                                                      | TAK, podać                             |                                     |
| 18.       | Złącza komputerowe w przestrzeni roboczej umożliwiające podłączenie wagi i klawiatury komputerowej, celem wysyłania danych do zewnętrznego systemu edytującego dane                                                                           | TAK, podać                             |                                     |
| 19.       | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) – 2 egz                                                                                                                                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 20.       | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim (przy dostawie) – 2 egz                                                                                                               | TAK                                    |                                     |

|      |                                                                                                                                                                                         |                 |  |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| II.  | Wagi elektroniczne legalizowane z klawiaturą dotykową, bezszczerelinową pracującą on line; przystosowane do pracy w komorze laminarnej<br>w ilości 1 sztuka<br>Model/typ:<br>Producent: | TAK, podać      |  |
| 1.   | Waga 1 szt. – zakres 0-2000g, dokładność 0,01g do współpracy z komputerowym systemem sterującym                                                                                         | TAK, podać      |  |
| III. | Okres gwarancji                                                                                                                                                                         | min 12 miesięcy |  |
| IV.  | Wpis do rejestru wyrobów medycznych                                                                                                                                                     | 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) (6x8) |
|-------------------------------------------------------|-----------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------|------------------------------|
| 1                                                     | 2         | 3                    | 4                              | 5                        | 6                               | 7                                     | 8           | 9                            |
| Łoża laminarna z nawiewem jałowego powietrza, stojąca |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Łoża recepturowa z szafką stojącą i blatem 160\*60\*3 cm - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                          | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Łoża recepturowa</b>                                                             | TAK                                    |                                     |
| 2.  | <b>Wypożyczenie:</b>                                                                |                                        |                                     |
| 3.  | <b>Szafka stojąca cztero szufladowa - mat. stal kwasoodporna – 2 szt.</b>           | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – wym. ok. szer. 460 x gł. 640 x wys. 840 mm                                        | TAK, podać                             |                                     |
| 5.  | – szuflada przystosowana do umieszczania modułów transportowych zgodnych z ISO 3394 | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                                       | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – regulowane nóżki (-/+10mm) z wytrzymałego tworzywa                                | TAK, podać                             |                                     |
| 8.  | <b>Blat roboczy z DURCONU w kolorze czarnym ok. 1600 x 600 grub. 30 mm – 1 szt.</b> | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                              | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 10. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                          | 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                            |
| <b>Łoża recepturowa z szafką stojącą i blatem 160*60*3 cm</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Mata basenowa z poliamidu (170 x 250 x 2 cm zielona) - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Mata basenowa z poliamidu 170 x 250 x 2 cm zielona</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - odporna na działanie promieni UV                        | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - obrzeże ze stali kwasoodpornej                          | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                                    | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| <b>Mata basenowa z poliamidu (170 x 250 x 2 cm zielona)</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Pistolet na sprężone powietrze do suszenia - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                        | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Pistolet na sprężone powietrze do suszenia</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - szybkozłącze z zaworem                          | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - wąż zasilający spiralny min 10 m                | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                            | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>        | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| <b>Pistolet na sprężone powietrze do suszenia</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Pistolet na sprężone powietrze z elastycznym węzem - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Pistolet na sprężone powietrze z elastycznym węzem</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - szybkozłącze z zaworem                                  | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - wąż zasilający elastyczny min. 15m                      | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                                    | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| <b>Pistolet na sprężone powietrze z elastycznym węzem</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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



NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Regał apteczny - 21 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                                                                                                              | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Regał apteczny</b>                                                                                                                                                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – konstrukcja nośna, półki i prowadnice ze stali malowanej proszkowo                                                                                                                                                    | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – wym 1460 x 600 x 1900 [szer x gł x wys]                                                                                                                                                                               | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – 9 prowadnic ze stali malowanej proszkowo do umieszczania modułów transportowych zgodnych z ISO-3394                                                                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – 4 górne prowadnice zamontowane pod skosem (łatwiejszy dostęp do modułów transportowych)                                                                                                                               | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – min. cztery półki z gładkie blachy 1,5 mm                                                                                                                                                                             | TAK                                    |                                     |
| 7.  | <b>Wyposażenie wszystkich regałów aptecznych łącznie:</b>                                                                                                                                                               |                                        |                                     |
| 8.  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 100 mm - grubość powłoki min. 300 µm - 105 szt.                                                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 9.  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 180 mm - grubość powłoki min. 300 µm – 84 szt.                                                                                                               | TAK                                    |                                     |
| 10. | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu 600 x 400 x gł 50 mm – 30 szt.                                                                                                                                          | TAK                                    |                                     |
| 11. | Wsuwane ścianki boczne i tylna (komplet) zabezpieczające przed wypadnięciem magazynowanych przedmiotów, wykonane z płyty wiórowej koloru lupus G708 (grubości 10 mm), krawędzie oklejone PCV grubości min 1 mm -21 szt. | TAK                                    |                                     |
| 12. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 13. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                                                                                                                              | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| <b>Regał apteczny</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>21</b>   |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Regał uniwersalny z sześcioma półkami - 2 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                         | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Regał uniwersalny - z sześcioma półkami</b>     | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - materiał: stal kwasoodporna nie gorsza niż H18N9 | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - wymiary: ok. szer.900 x gł.600 x wys.1750 mm     | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                             | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>         | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| <b>Regał uniwersalny z sześcioma półkami</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 2           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Regał uniwersalny z sześcioma półkami na 15 JW. - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                               | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Regał uniwersalny - z sześcioma półkami na 15 JW.</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - materiał stal kwasoodpornej nie gorszej niż 0H18N9     | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - wym ok. szer 90 x gł 60 x wys.175 cm                   | TAK                                    |                                     |
| 4.  | - półki z gładkiej blachy w rozstawie co ok. 30 cm       | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Okres gwarancji</b>                                   | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 6.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>               | 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                            |
| <b>Regał uniwersalny z sześcioma półkami na 15 JW</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stanowisko do mycia szkła i utensyli - 1 szt.**

| Lp.  | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                       | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.   | <b>Stanowisko do mycia szkła i utensyli</b>                                                      | TAK                                    |                                     |
| 2.   | <b>Wypożyczenie:</b>                                                                             |                                        |                                     |
| 3.   | <b>Stół roboczy zlewozmywakowy z dwoma komorami o wym. dł.70 x szer. x 40x gł.25 cm – 1 szt.</b> | TAK                                    |                                     |
| 4.   | – wym. gab. ~ dł. 2500 x szer. 600 x wys. 865mm                                                  | TAK                                    |                                     |
| 5.   | – umieszczony z lewej strony, bez przelewów                                                      | TAK                                    |                                     |
| 6.   | – blat, komory i stelaż ze stali kwas. O18N9                                                     | TAK                                    |                                     |
| 7.   | – bateria                                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 8.   | – na odpływach zawory odcinające                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 9.   | <b>Pistolet do mycia z 8-ma końcówkami – 1 szt.</b>                                              | TAK                                    |                                     |
| 10.  | - przyłącze do wody pitnej                                                                       | TAK                                    |                                     |
| 11.  | <b>Pralka automatyczna bębnowa z zał. czołowym- 1 szt.</b>                                       | TAK                                    |                                     |
| 12.  | <b>Regał listwowy – 1 szt.</b>                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 13.  | – trzy zaczepy do koszy , półek itp.                                                             | TAK                                    |                                     |
| 14.  | – materiał stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18 N9                                              | TAK                                    |                                     |
| 15.. | <b>Kosz sterylizacyjny ze stali kwasoodpornej 1/2 JWS zgodnej z PN-EN 285- 3 szt.</b>            | TAK                                    |                                     |
| 16.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                           | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 17.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                       | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| Stanowisko do mycia szkła i utensyli |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stelaż ze stali kwasoodpornej z workiem foliowym na odpadki - 5 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                   | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stelaż z stali kwasoodpornej na worki foliowe o poj. 120 l</b>            | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – materiał stal kwasoodpornej nie gorszej niż 0H18N9                         | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – brak części złącznych (śrub, nakrętek)                                     | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – możliwość pozostawienia pokrywy w pozycji otwartej po przyciśnięciu pedału | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                       | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 6.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                   | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| Stelaż ze stali kwasoodpornej z workiem foliowym na odpadki |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 5           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stelaż ze stali kwasoodpornej na worki foliowe o poj. 60 l - 2 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                   | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stelaż z stali kwasoodpornej na worki foliowe o poj. 60 l</b>             | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – materiał stal kwasoodpornej nie gorszej niż 0H18N9                         | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – brak części złącznych (śrub, nakrętek)                                     | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – możliwość pozostawienia pokrywy w pozycji otwartej po przyciśnięciu pedału | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                       | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 6.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                   | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| Stelaż ze stali kwasoodpornej na worki foliowe o poj. 60 l |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 2           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

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

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                         | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Sterylizator parowy</b>                                                                         | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – sterylizator z komorą sterylizacyjną poziomą lub pionową                                         | TAK, podać                             |                                     |
| 3.  | – pojemność komory ok. 100 litrów $\pm 5\%$                                                        | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – komora, rama i obudowa wykonane ze stali kwasoodpornej lub nierdzewnej                           | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – temperatura sterylizacji programowana w zakresie 105-136 °C                                      | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – wbudowana wytwornica pary                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – wbudowany dodatkowy czujnik temperatury w komorze (sonda giętka)                                 | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – automatyczne rygłowanie pokrywy z blokadą temperaturową                                          | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – wspomaganie otwierania drzwi sterylizatora za pomocą sprężyny gazowej                            | TAK                                    |                                     |
| 10. | – uszczelka rozprężana parą                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 11. | – automatyczne czyszczenie wytwornicy pary                                                         | TAK                                    |                                     |
| 12. | – sterowanie mikroprocesorowe                                                                      | TAK                                    |                                     |
| 13. | – wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim                                            | TAK                                    |                                     |
| 14. | – wbudowana drukarka do rejestracji procesu sterylizacji                                           | TAK                                    |                                     |
| 15. | – wyświetlanie komunikatów o zaistniałych awariach                                                 | TAK                                    |                                     |
| 16. | – rozwiązania gwarantujące dostęp do ustawień sterylizatora według stopnia kompetencji personelu   | TAK                                    |                                     |
| 17. | – w pełni automatyczna realizacja wszystkich programów sterylizacyjnych                            | TAK                                    |                                     |
| 18. | – programy sterylizacyjne - min. 20 programów                                                      | TAK                                    |                                     |
| 19. | – system chłodzenia zrzutu kondensatu do wartości bezpiecznej dla instalacji kanalizacyjnej        | TAK                                    |                                     |
| 20. | – możliwość dokonywania zmian w ustawieniach parametrów sterylizacji przez użytkownika             | TAK                                    |                                     |
| 21. | – włącznik czasowy cyklu (program uruchamia się po wcześniejszym ustawieniu daty i godziny startu) | TAK                                    |                                     |
| 22. | – wbudowana drukarka parametrów sterylizacji                                                       | TAK                                    |                                     |
| 23. | – system zamkniętego obiegu wody                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 24. | – komora wyposażona w port walidacyjny                                                             | TAK                                    |                                     |
| 25. | – sterylizator musi umożliwić sterylizację płynów w szczelnych opakowaniach                        | TAK                                    |                                     |
| 26. | – sprężarka cichobieżna (jeśli urządzenie wymaga podłączenia źródła sprężonego powietrza)          | TAK                                    |                                     |
| 27. | – zasilanie elektryczne max 9 kW                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 28. | – kosze sterylizacyjne druciane na $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{4}$ załadunku komory      | TAK                                    |                                     |
| 29. | – średnie zużycie wody demineralizowanej na cykl max: 4 l                                          | TAK                                    |                                     |
| 30. | – zużycie wody chłodzącej do chłodzenia kondensatu max.10 l wody wodociągowej zdanej do picia      | TAK                                    |                                     |
| 31. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                             | <b>min 24 miesiące</b>                 |                                     |
| 32. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                         | <b>TAK</b>                             |                                     |

## 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 |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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



## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/21 do SIWZ

Załącznik nr..... do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Sterylizator stołowy na suche gorące powietrze 100 l - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                                                | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Sterylizator stołowy na suche gorące powietrze 100l, z podstawą mieszczącą sterylizator stołowy na suche gorące powietrze oraz sterylizator parowy</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - mikroprocesorowy system sterowania                                                                                                                      | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - komora i półki z blachy nierdzewnej                                                                                                                     | TAK                                    |                                     |
| 4.  | - obudowa z blachy lakierowanej proszkowo                                                                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 5.  | - podwójny, autonomiczny układ zabezpieczający przed niekontrolowanym wzrostem temperatury (ochrona wsadu)                                                | TAK, podać                             |                                     |
| 6.  | - 4 programy sterylizacji w temperaturach 160°C, 180°C, 200°C oraz z indywidualnym nastawem temperatury w zakresie od temperatury otoczenia do 250°C      | TAK, podać                             |                                     |
| 7.  | - sygnalizacja otwartych kominków w programie sterylizacji                                                                                                | TAK                                    |                                     |
| 8.  | - cyfrowy pomiar temperatury                                                                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 9.  | - elektroniczna blokada drzwi                                                                                                                             | TAK                                    |                                     |
| 10. | - kominki wentylacyjne                                                                                                                                    | TAK                                    |                                     |
| 11/ | - pojemność sterylizatora ok. 115l                                                                                                                        | TAK, podać                             |                                     |
| 12. | - ilość półek: 4 szt.                                                                                                                                     | TAK                                    |                                     |
| 13. | - wymiary: ok. szer.78 x gł.50 x wys.67 cm                                                                                                                | TAK, podać                             |                                     |
| 14. | - moc znamionowa: 2100 W                                                                                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 15. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                                                                    | <b>min 24 miesiące</b>                 |                                     |
| 16. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                                                                | <b>TAK</b>                             |                                     |

## 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 stołowy na suche gorące powietrze 100 l |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 fasowania - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                            | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stół do fasowania</b>                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - wyk. stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18N9                                                        | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - wym. ok. dł .180 x szer. 60 x g.86 cm                                                               | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Wypożyczenie:</b>                                                                                  |                                        |                                     |
| 5.  | <b>Nadstawka z trzema półkami, szafką zamykaną na klucz, oświetleniem i gniazdami elektr.- 1 szt.</b> | TAK                                    |                                     |
| 6.  | - długość nadstawki ok. 1700 mm                                                                       | TAK                                    |                                     |
| 7.  | - szer. półek 300 mm                                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 8.  | - mat. stal kwasoodporna                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 9.  | - max. moc przyłączeniowa 2 kW                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 10. | <b>Szafka stojąca szufladowa - szer. 400mm, mat .st. kwas.- 2 szt.</b>                                | TAK                                    |                                     |
| 11. | wym. ok. szer. 40 x gł. 57 x wys. 86 cm                                                               | TAK                                    |                                     |
| 12. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 13. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                            | 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                            |
| Stół do fasowania |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 recepturowy - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                            | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stół recepturowy</b>                                                                               | TAK                                    |                                     |
| 2.  | <b>Wypożyczenie:</b>                                                                                  |                                        |                                     |
| 3.  | <b>Szafka stojąca cztero szufladowa – 6 szt.</b>                                                      | TAK                                    |                                     |
| 4.  | - materiał: stal kwasoodporna                                                                         | TAK                                    |                                     |
| 5.  | - wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                                                         | TAK                                    |                                     |
| 6.  | - cztery szuflady                                                                                     | TAK                                    |                                     |
| 7.  | - wymiary: ok. szer.40 x gł.54 x wys.84                                                               | TAK                                    |                                     |
| 8.  | <b>Błat roboczy z DURCONU w kolorze czarnym ok. 2350 x1350 grub. 19 mm – 1 szt.</b>                   | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Nadstawka z trzema półkami, szafką zamykaną na klucz, oświetleniem i gniazdami elektr.- 2 szt.</b> | TAK                                    |                                     |
| 10. | - długość nadstawki ok. 1700 mm                                                                       | TAK                                    |                                     |
| 11. | - szer. półek 300 mm                                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 12. | - mat. stal kwasoodporna                                                                              | TAK                                    |                                     |
| 13. | - max. moc przyłączeniowa 2 kW                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 14. | <b>Krzesło z oparciem na kółkach tapicerowane, pokryte skajem w kolorze jasno szarym- 4 szt.</b>      | TAK                                    |                                     |
| 15. | - wysokość siedziska regulowana w zakresie min. 50 - 60cm                                             | TAK                                    |                                     |
| 16. | - położenie siedziska i oparcia regulowane sprężynami gazowymi                                        | TAK                                    |                                     |
| 17. | - obręcz do opierania nóg                                                                             | TAK                                    |                                     |
| 18. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 19. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                            | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| <b>Stół recepturowy</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(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 zlewozmywakowy z dwoma komorami - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                             | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stół roboczy zlewozmywakowy z dwoma komorami</b>    | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wym. gab. ~ dł. 2500 x szer. 600 x wys. 865mm        | TAK, podać                             |                                     |
| 3.  | – wym. komór ok.dł.70 x szer. 40 x gł. 25 cm           | TAK, podać                             |                                     |
| 4.  | – blat ociekowy umieszczony z lewej strony             | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – blat, komory i stelaż ze stali kwas. O18N9           | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – bateria sztorcowa, jedouchwytowa z wyjmowaną wylewką | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – osłona ściany wys. ok. 5 cm                          | TAK, podać                             |                                     |
| 8.  | – blat osadzony na nogach                              | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Okres gwarancji</b>                                 | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 10. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>             | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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 zlewozmywakowy z dwoma komorami |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/24A do SIWZ

Załącznik nr..... do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół roboczy zlewozmywakowy z dwoma komorami - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                             | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stół roboczy zlewozmywakowy z dwoma komorami</b>    | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wym. gab. ~ dł. 2200 x szer. 600 x wys. 865mm        | TAK, podać                             |                                     |
| 3.  | – wym. komór ok.dł.70 x szer. 40 x gł. 25 cm           | TAK, podać                             |                                     |
| 4.  | – blat ociekowy umieszczony z lewej strony             | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – blat, komory i stelaż ze stali kwas. O18N9           | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – bateria sztorcowa, jedouchwytowa z wyjmowaną wylewką | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – osłona ściany wys. ok. 5 cm                          | TAK, podać                             |                                     |
| 8.  | – blat osadzony na czterech nogach                     | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Okres gwarancji</b>                                 | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 10. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>             | <b>TAK</b>                             |                                     |

## 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 zlewozmywakowy z dwoma komorami |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 stali kwasoodpornej z półką dolną - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                      | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane Przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stół ze stali kwasoodpornej z półką dolną</b>                | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wym. dł.1600 x szer.700 x wys.750 mm                          | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – blat, półka i stelaż stołu wyk. ze stali kwasoodpornej 0H18N9 | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                                          | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                      | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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                            |
| <b>Stół ze stali kwasoodpornej z półką dolną</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(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 stali kwasoodpornej z półką dolną - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                               | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane Przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Stół ze stali kwasoodpornej z półką dolną</b>         | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wym. dł.1600 x szer.600 x wys.750 mm                   | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – blat i stelaż stołu wyk. ze stali kwasoodpornej 0H18N9 | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                                   | <b>min 12 miesięcy</b>                 |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>               | <b>TAK</b>                             |                                     |

#### 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 stali kwasoodpornej z półką dolną |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/27 do SIWZ

Załącznik nr ..... do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Suszarka 100 l, 4 półki + system sterowania elektronicznego - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                    | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Suszarka 100l, 4 półki + system sterowana elektronicznego</b>                              | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - elektroniczny system sterowania                                                             | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - komora i półki ze stali kwasoodpornej                                                       | TAK                                    |                                     |
| 4.  | - obudowa z blachy lakierowanej proszkowo                                                     | TAK                                    |                                     |
| 5.  | - wyposażona w autonomiczny układ zabezpieczający przed niekontrolowanym wzrostem temperatury | TAK                                    |                                     |
| 6.  | - regulacja temperatury w zakresie od temperatury otoczenia do 250°C                          | TAK                                    |                                     |
| 7.  | - dokładność stabilizacji temperatury w punkcie +/- 1°C                                       | TAK                                    |                                     |
| 8.  | - cyfrowy pomiar temperatury                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 9.  | - kominki wentylacyjne                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 10. | - pojemność suszarki ok. 115 l                                                                | TAK                                    |                                     |
| 11. | - ilość półek: 4 szt.                                                                         | TAK                                    |                                     |
| 12. | - wymiary: ok. szer.78 x gł.50 x wys.67 cm                                                    | TAK                                    |                                     |
| 13. | - moc znamionowa: 2100 W                                                                      | TAK                                    |                                     |
| 14. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                    | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 15. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                        | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

## 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                            |
| Suszarka 100 l, 4 półki + system sterowania elektronicznego |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 do składowania palnych substancji - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                  | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Szafa do składowania palnych substancji w pomieszczeniach roboczych z drzwiami skrzydłowymi | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - kolor RAL 1004                                                                            | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - wym. ok. szer.1200 x gł. 600 x wys 1900 mm                                                | 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                            |
| Szafa do składowania palnych substancji |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 otwarta dostosowana do modułów transportowych - 5 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                           | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1   | <b>Szafa otwarta dostosowana do wymiarów modułów transportowych zgodnych z normami ISO</b>                           | TAK                                    |                                     |
| 2   | – wym. zewnętrz. ok. gł. 640 x szer. 910 x wys. 2100 mm                                                              | TAK                                    |                                     |
| 3   | – boki z płyty laminowanej w kolorze RAL9003, obrzeża wykończone listwą z PVC                                        | TAK                                    |                                     |
| 4   | – zamontowane prowadnice z podziałką ok. 60-65 mm do modułów transportowych zgodnych z normami ISO                   | TAK                                    |                                     |
| 5   | <b>Wyposażenie:</b>                                                                                                  |                                        |                                     |
| 6   | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu 600 x 400 x gł 50 mm – 8 szt.                                        | TAK                                    |                                     |
| 7   | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu 300 x 400 x gł 50 mm – 8 szt.                                        | TAK                                    |                                     |
| 8   | Pojemnik z szarego ABS (Akrylonitryl/Butadien/Styropolimer) dł.600 x szer.400 x gł 50 mm – 25 szt.                   | TAK                                    |                                     |
| 9   | Przegroda wzdłużna z przezroczystego i bezbarwnego akrylu do poj. 600 x 400 x 50 mm - 8 szt.                         | TAK                                    |                                     |
| 10  | Przegroda poprzeczna z przezroczystego i bezbarwnego akrylu do poj. 600 x 400 x 50 mm- 20 szt.                       | TAK                                    |                                     |
| 11  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 100 mm -grubość powłoki min. 300 µm - 30 szt.             | TAK                                    |                                     |
| 12  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 300 x 400 x gł 100 mm -grubość powłoki min. 300 µm - 5 szt.              | TAK                                    |                                     |
| 13  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 300 x 400 x gł 180 mm -grubość powłoki min. 300 µm- 5 szt.               | TAK                                    |                                     |
| 14  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 180 mm -grubość powłoki min. 300 µm - 8 szt.              | TAK                                    |                                     |
| 15  | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 100 mm wzdłużna -grubość powłoki min. 300 µm - 10 szt.  | TAK                                    |                                     |
| 16  | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 100 mm poprzeczna -grubość powłoki min. 300 µm - 5 szt. | TAK                                    |                                     |
| 17  | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 180 mm wzdłużna -grubość powłoki min. 300 µm - 5 szt.   | TAK                                    |                                     |
| 18  | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 180 mm poprzeczna -grubość powłoki min. 300 µm - 5 szt. | TAK                                    |                                     |
| 19  | Półka ze szkła hartowanego 600 x 400 x min. 4 mm – 3 szt.                                                            | TAK                                    |                                     |
| 20  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                           | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 21  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                               | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

## 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 otwarta dostosowana do modułów transportowych |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 5           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafa otwarta dostosowana do modułów transportowych - 6 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                           | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1   | <b>Szafa otwarta dostosowana do modułów transportowych zgodnych z normami ISO</b>                                    | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wym. zewnętrz. ok. gł. 640 x szer. 910 x wys. 2100 mm                                                              | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – boki z płyty laminowanej w kolorze RAL9003, obrzeża wykończone listwą z PVC                                        | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – zamontowane prowadnice z podziałką ok. 60-65 mm do modułów transportowych zgodnych z normami ISO                   | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Wyposażenie:</b>                                                                                                  |                                        |                                     |
| 6.  | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu 600 x 400 x gł 50 mm -15 szt.                                        | TAK                                    |                                     |
| 7.  | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu 300 x 400 x gł 50 mm – 15 szt.                                       | TAK                                    |                                     |
| 8.  | Pojemnik z szarego ABS (Akrylonitryl/Butadien/Styropolimer) dł.600 x szer.400 x gł 50 mm – 36 szt.                   | TAK                                    |                                     |
| 9.  | Przegroda wzdłużna z przezroczystego i bezbarwnego akrylu do poj. 600 x 400 x 50 mm – 15 szt.                        | TAK                                    |                                     |
| 10. | Przegroda poprzeczna z przezroczystego i bezbarwnego akrylu do poj. 600 x 400 x 50 mm- 20 szt.                       | TAK                                    |                                     |
| 11. | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 100 mm -grubość powłoki min. 300 µm- 40 szt.              | TAK                                    |                                     |
| 12. | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 300 x 400 x gł 100 mm -grubość powłoki min. 300 µm- 5 szt.               | TAK                                    |                                     |
| 13. | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 300 x 400 x gł 180 mm -grubość powłoki min. 300 µm- 5 szt.               | TAK                                    |                                     |
| 14. | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 180 mm -grubość powłoki min. 300 µm- 25 szt.              | TAK                                    |                                     |
| 15. | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 100 mm wzdłużna -grubość powłoki min. 300 µm- 12 szt.   | TAK                                    |                                     |
| 16. | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 100 mm poprzeczna -grubość powłoki min. 300 µm- 12 szt. | TAK                                    |                                     |
| 17. | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 180 mm wzdłużna -grubość powłoki min. 300 µm- 12 szt.   | TAK                                    |                                     |
| 18. | Przegroda ze stali węglowej powlekanej tworzywem do kosza gł 180 mm poprzeczna -grubość powłoki min. 300 µm- 5 szt.  | TAK                                    |                                     |
| 19. | Półka ze szkła hartowanego 600 x 400 x min. 4 mm – 1 szt.                                                            | TAK                                    |                                     |
| 20. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                           | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 21. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                               | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

## 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 otwarta dostosowana do modułów transportowych |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 6           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafa przelotowa przystosowana do modułów ISO - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                       | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Szafa przelotowa ok. 180 x 48 x 64 cm mat: stal kwasoodporna przystosowana do modułów zgodnych z ISO 3394</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – drzwi pełne z wypełnieniem i uszczelką silikonową                                                              | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – konstrukcja nośna i obłachowanie ze stali kwasoodpornej nie gorszej niż 0H18N9                                 | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                       | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 5.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                           | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Szafa przelotowa przystosowana do modułów ISO</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafa stojąca dwudrzwiowa ze stali kwasoodpornej – 4 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                         | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Szafa stojąca dwudrzwiowa</b>                                                   | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – materiał: stal kwasoodporna nie gorsza niż H18N9                                 | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – wymiary: ok. szer.130 x gł.46 x wys. 180 cm                                      | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Wypożyczenie:</b>                                                               |                                        |                                     |
| 5.  | Kosz metalowy z drutu powlekanego tworzywem sztucznym o wym. 60x40x10 cm – 24 szt. | TAK                                    |                                     |
| 6.  | Kosz metalowy z drutu powlekanego tworzywem sztucznym o wym. 60x40x18 cm – 40 szt. | TAK                                    |                                     |
| 7.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                         | TAK                                    |                                     |
| 8.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                             | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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 stojąca dwudrzwiowa ze stali kwasoodpornej |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 4           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafa zamykana do wymiarów modułów transportowych zgodnych z normami ISO - 9 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                         | Parametry wymagane przez zamawiającego | Parametry oferowane przez wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Szafa zamykana do wymiarów modułów transportowych zgodnych z normami ISO</b>                                    | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wym. zew.. ok. gł. 640 x szer. 910 x wys. 2100 mm                                                                | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – drzwi: - górna część przeszklona, dolna część pełna z płyty laminowanej w kolorze RAL 6019 z zamkiem baskwilowym | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – zawiasy do drzwiczek dolnych umożliwiające otwieranie o 180°                                                     | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – boki z płyty laminowanej w kolorze RAL9003, obrzeża wykończone listwą z PVC                                      | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – w górnej części trzy półki z hartowanego szkła                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – w dolnej części zamontowane prowadnice z podziałką ok. 60-65 mm do modułów transportowych zgodnych z normami ISO | TAK                                    |                                     |
| 8.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                         | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 9.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                             | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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 zamykana do wymiarów modułów transportowych zgodnych z normami ISO |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 9           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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



NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafka stojąca zlewozmywakowa - 3 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                      | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Szafka stojąca zlewozmywakowa szer. 800 mm</b>                               | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - materiał konstrukcji nośnej i obudowy stal kwasoodporna nie gorsza niż OH18N9 | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - zamykana drzwiami                                                             | TAK                                    |                                     |
| 4.  | - wym, ok. szer. 80 x gł. 57 x wys. 85 cm                                       | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                      | TAK                                    |                                     |
| 6.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                          | <b>Min 12 miesięcy</b>                 |                                     |

#### 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 stojąca zlewozmywakowa |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 3           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafka stojąca zlewozmywakowa - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                       | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Szafka stojąca zlewozmywakowa szer. 600 mm</b>                                | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - konstrukcja nośna i obłachowanie ze stali kwasoodpornej nie gorszej niż 0H18N9 | TAK                                    |                                     |
| 3.  | -wym. ok. szer. 60 x gł. 57 x wys. 85 cm                                         | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                       | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                           | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Szafka stojąca zlewozmywakowa</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/36 do SIWZ

Załącznik nr .....do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Szafka zlewozmywakowa (blat roboczy dł. 800mm) - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                    | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Szafka stojąca zlewozmywakowa ociekowa szer 800 mm</b>     | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - wym. szer.800 x gł 600mm,<br>- materiał - stal kwasoodporna | TAK                                    |                                     |
| 3.  | <b>Wyposażenie:</b>                                           |                                        |                                     |
| 4.  | Blat roboczy zlewozmywakowy dł. 800 mm                        | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                    | TAK                                    |                                     |
| 6.  | <b>Okres gwarancji</b>                                        | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

## 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                            |
| <b>Szafka zlewozmywakowa (blat roboczy dł. 800mm)</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Urządzenia do sporządzania maści - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                     | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Urządzenie do sporządzania maści (unguator)</b>                             | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – urządzenie miksujące                                                         | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – pojemniki-tuby, końcówki dozujące, aplikatory, formy do czopków i globulek   | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – możliwość sporządzania maści bezpośrednio w pojemnikach-tubach               | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – możliwość przetwarzania maści do mniejszych pojemników                       | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – wysoka jakość maści i czopków (homogeniczność i higieniczność)               | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – proces miksowania dokonywany samoczynnie - urządzenie w wersji automatycznej | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – zasilanie 230 V                                                              | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>W wyposażeniu:</b>                                                          |                                        |                                     |
| 10. | – końcówki dozujące: 1 mm - 10 szt.                                            | TAK                                    |                                     |
| 11. | – końcówki dozujące: 2 mm – 10 szt.                                            | TAK                                    |                                     |
| 12. | – końcówki dozujące: 4 mm – 10 szt.                                            | TAK                                    |                                     |
| 13. | – aplikator z krótką końcówką – 20 szt.                                        | TAK                                    |                                     |
| 14. | – aplikator z długą końcówką – 10 szt.                                         | TAK                                    |                                     |
| 15. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                     | TAK                                    |                                     |
| 16. | <b>Okres gwarancji</b>                                                         | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

#### 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                            |
| Urządzenia do sporządzania maści |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 elektroniczna apteczna - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                         | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Waga elektroniczna apteczna</b>                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – obciążenie max. 250g                                                                             | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – dokładność odczytu 0,001g                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – wymiary szalki: ok. dł.13 x szer.13 cm                                                           | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – duży wyświetlacz graficzny z rozbudowanym menu użytkownika                                       | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – automatyczna kalibracja wewnętrzna, działająca z uwzględnieniem zmian temperatury i upływu czasu | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – wbudowane złącza RS 232 oraz PS/2                                                                | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – możliwość ważenia podszalkowego                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – zasilanie 230V 50 Hz / 11V AC 380 mA                                                             | TAK                                    |                                     |
| 10. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                         | TAK                                    |                                     |
| 11. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                             | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Waga elektroniczna apteczna</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Witryna chłodnicza - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                                            | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Witryna chłodnicza poj. 500l z 10-ma szufladami, programatorem temperatury z rejestratorem i wymuszonym obiegiem powietrza, automatyczne odszranianie | TAK                                    |                                     |
| 2.  | Wpis do rejestru wyrobów medycznych                                                                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 3.  | 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                            |
| Witryna chłodnicza |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek do dezynfekcji i sterylizacji - 2 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                          | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Wózek do dezynfekcji i sterylizacji</b>                                                                          | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – materiał: stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18N9                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                                                                       | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – półka dolna zamontowana na stałe                                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – hermetyczny pojemnik z możliwością wyjęcia w celu dezynfekcji i sterylizacji                                      | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – cztery kółka z obrotnikami, w tym dwa z blokadą                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – konstrukcja wózka i pojemnika jest dostosowana do wielkości tacy sterylizacyjnej zgodnej z 1 JWS według PN-EN 285 | TAK                                    |                                     |
| 8.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                          | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                              | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Wózek do dezynfekcji i sterylizacji</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO – 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                 | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Wózek otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO 3394</b>                         | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – wymiary ok. dł. 600 x szer. 400 mm wys. 1100 mm                                                          | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – blat górny i konstrukcja nośna ze stali kwasoodpornej                                                    | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – siedem prowadnic ze stali kwasoodpornej do modułów transportowych zgodnych z ISO 3394 w rozstawie 130 mm | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                                                              | TAK                                    |                                     |
| 6.  | <b>Wypożyczenie:</b>                                                                                       |                                        |                                     |
| 7.  | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu o wym. 600 x 400 x 50 mm [dł .x szer. x wys.]              | TAK                                    |                                     |
| 8.  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 100 mm - grubość powłoki min. 300 µm            | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 10. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                     | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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 otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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



## CZĘŚĆ I

Dodatek nr 1/43 do SIWZ

Załącznik nr .....do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek do sprzątania - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                 | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Wózek do sprzątania</b>                 | TAK                                    |                                     |
| 2.  | <b>Wyposażenie:</b>                        | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - praska                                   | TAK                                    |                                     |
| 4.  | - 2 -wa wiadra                             | TAK                                    |                                     |
| 5.  | - 2 półki                                  | TAK                                    |                                     |
| 6.  | - stelaż na worki foliow.                  | TAK                                    |                                     |
| 7.  | - 3-y uchwyty mopów                        | TAK                                    |                                     |
| 8.  | - 10 wkładów wymiennych                    | TAK                                    |                                     |
| 9.  | Zapas 100 worków foliowych                 | TAK                                    |                                     |
| 10. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b> | TAK                                    |                                     |
| 11. | <b>Okres gwarancji</b>                     | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

## 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                            |
| <b>Wózek do sprzątania</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek magazynowy o nośności 300 kg - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                            | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Wysokość platformy min.800mm                                          | TAK                                    |                                     |
| 2.  | Szerokość platformy min. 500mm                                        | TAK                                    |                                     |
| 3.  | Nośność 300kg                                                         | TAK                                    |                                     |
| 4.  | Błat wykonany ze sklejki lakierowanej o gr.10mm lub stali nierdzewnej | TAK                                    |                                     |
| 5.  | Średnica, szerokość kół: ok. 160x35mm                                 | TAK                                    |                                     |
| 6.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                            | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 7.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Wózek magazynowy o nośności 300 kg</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO – 2 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                 | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Wózek otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO 3394</b>                         | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – blat górny z blachy z prętami zabezpieczającymi przed spadaniem przewożonych towarów                     | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – wymiary ok. dł. 600 x szer. 400 mm wys. 1100 mm                                                          | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – blat górny i konstrukcja nośna ze stali kwasoodpornej                                                    | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – siedem prowadnic ze stali kwasoodpornej do modułów transportowych zgodnych z ISO 3394 w rozstawie 130 mm | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                                                              | TAK                                    |                                     |
| 7.  | <b>Wypożyczenie:</b>                                                                                       |                                        |                                     |
| 8.  | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu o wym. 600 x 400 x 50 mm [dł .x szer. x wys.]              | TAK                                    |                                     |
| 9.  | Kosz ze stali węglowej powlekanej tworzywem 600 x 400 x gł 100 mm - grubość powłoki min. 300 µm            | TAK                                    |                                     |
| 10. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 11. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                     | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Wózek otwarty do przewożenia pojemników lub koszy zgodnych z normą ISO</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 podnośny paletowy - 1szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Udźwig min. 300kg.                                                        | TAK                                    |                                     |
| 2.  | Długość wideł 1000-1500 mm                                                | TAK                                    |                                     |
| 3.  | Szerokość widła min. 160*60mm                                             | TAK                                    |                                     |
| 4.  | Wysokość min. widła 80-90mm                                               | TAK                                    |                                     |
| 5.  | Wysokość maks. 190 -210mm                                                 | TAK                                    |                                     |
| 6.  | Koła sterujące gumowe lub poliuretan o śred. maks.250mm                   | TAK                                    |                                     |
| 7.  | Rolki przy widłach wykonane z poliuretanu (rolki pojedyncze lub podwójne) | TAK                                    |                                     |
| 8.  | Hamulec                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 10. | <b>Okres gwarancji</b>                                                    | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Wózek podnośny paletowy</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/48 do SIWZ

Załącznik nr ..... do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Wózek transportowy zamknięty do przewożenia leków – 15 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                              | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Wózek transportowy zamknięty do przewożenia leków</b>                                                | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – konstrukcja nośna, obudowa, drzwi wykonana ze stali kwasoodpornej nie gorszej niż 0H18N9              | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – drzwi pełne dwuskrzydłowe wyposażone w uszczelkę otwierającą się o kąt 270 st.                        | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – zamek z kluczykiem                                                                                    | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – cztery kółka o średnicy ok. 16 cm z obrotnikami, z czego dwa posiadają blokadę                        | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – odboje boczne                                                                                         | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – dwie oddzielne komory każda zamykana oddzielnymi drzwiami z oddzielnym zamkiem                        | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – wewnętrzne boczne prowadnice z ABS do modułów transportowych o wym 60 x 40 cm                         | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                                                           | TAK                                    |                                     |
| 10. | – wymiary ok.: dł. 92 x szer. 70 x wys. 115 cm                                                          | TAK                                    |                                     |
| 11. | <b>Wyposażenie:</b>                                                                                     |                                        |                                     |
| 12. | Pojemnik z przezroczystego i bezbarwnego akrylu o wym. 600 x 400 x 50 mm [dł. x szer. x wys.] – 30 szt. | TAK                                    |                                     |
| 13. | Kosz ze stali węglowej lakierowanej proszkowo na biało 600 x 400 x gł 100 mm – 60 szt.                  | TAK                                    |                                     |
| 14. | Kosz ze stali węglowej lakierowanej proszkowo na biało 600 x 400 x gł 180 mm – 90 szt.                  | TAK                                    |                                     |
| 15. | Półka ze prętów ze stali kwasoodporne o wym 400 x 600 mm -60 szt.                                       | TAK                                    |                                     |
| 16. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                              | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 17. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                  | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

## 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                            |
| <b>Wózek transportowy zamknięty do przewożenia leków</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 15          |                              |

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zasłona z pasów folii PVC - 2 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                   | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Zasłona z pasów folii PVC 250 x 300cm</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - uchwyty ze stali kwasoodpornej             | TAK                                    |                                     |
| 3.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>   | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Okres gwarancji</b>                       | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Zasłona z pasów folii PVC</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 2           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw ciśnieniowy filtracyjny do sączenia płynów jałowych – 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                     | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Zestaw ciśnieniowy filtracyjny do sączenia płynów jałowych z kompresorem</b>                | TAK                                    |                                     |
| 2.  | <b>Wyposażenie:</b>                                                                            |                                        |                                     |
| 3.  | – reduktor ciśnienia - 1 szt.                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – oprawa kwasoodporna filtru powietrza z wkładem filtracyjnym - 1 szt.                         | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – przewody ciśnieniowe teflonowe, w oplocie kwasoodpor. zakończone szybkozłączami – 2 szt.     | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – zbiornik ciśnieniowy kwasoodporny o poj. 20 l z manometrem i zaworem bezpieczeństwa – 1 szt. | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – statyw z klamrami do mocowania oprawy filtracyjnej - 1 szt.                                  | TAK                                    |                                     |
| 8.  | – kapsuła filtracyjna - 1 szt.                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – oprawa kwasoodporna filtru płynu z wkładem filtracyjnym- 1 szt.                              | TAK                                    |                                     |
| 10. | – zawór dozujący kulowy - 1 szt.                                                               | TAK                                    |                                     |
| 11. | – wózek do przewożenia zbiornika ciśnieniowego oraz kanistra- 1 szt.                           | TAK                                    |                                     |
| 12. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                     | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 13. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                         | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Zestaw ciśnieniowy filtracyjny do sączenia płynów jałowych</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/51 do SIWZ

Załącznik nr ..... do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw do ręcznego mycia wraz z dozownikiem środka chemicznego myjąco – dezynfekcyjnego - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                   | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Zestaw do ręcznego mycia wraz z dozowaniem środka chemicznego myjąco-dezynfekcyjnego</b>                  | TAK                                    |                                     |
| 2.  | – możliwość dozowania dwóch środków chemicznych                                                              | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – obudowa wykonana z tworzywa sztucznego                                                                     | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – wydajności 10 l/min podczas mycia i 18 l/min podczas płukania                                              | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – stężenie uzyskiwanego roztworu (H <sub>2</sub> O : śr. chem.) od 10:1 do 500:1 przy pomocy wymiennych dysz | TAK                                    |                                     |
| 6.  | – zabezpieczenie przed cofnięciem się środków chemicznych do instalacji wody zasilającej                     | TAK                                    |                                     |
| 7.  | – <b>Wyposażenie:</b>                                                                                        |                                        |                                     |
| 8.  | – wąż gumowy zasilający 1,5 mb                                                                               | TAK                                    |                                     |
| 9.  | – wąż gumowy do mycia 15 mb                                                                                  | TAK                                    |                                     |
| 10. | – uchwyt do pojemników o pojemności 5 l na środki chemiczne do mocowania na ścianę                           | TAK                                    |                                     |
| 11. | – wielofunkcyjny pistolet do mycia (2 opcje mycia i 2 wytwarzania piany aktywnej)                            | TAK                                    |                                     |
| 12. | – termostatyczna bateria wodna mieszalnikowa                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 13. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                                                                   | <b>TAK</b>                             |                                     |
| 14. | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                       | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

## 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 ręcznego mycia wraz z dozownikiem środka chemicznego myjąco - dezynfekcyjnego |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 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 rozlewania kropli ocznych - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                            | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Zestaw do rozlewania kropli ocznych</b>                            | TAK                                    |                                     |
| 2.  | <b>Wyposażenie:</b>                                                   | TAK                                    |                                     |
| 3.  | – nasadka wielokrot. użyt. z wym. filtrami 1op=12 szt.                | TAK                                    |                                     |
| 4.  | – filtr membranowy śr 25mm wielk. porów 0,2um 1op.=100szt.            | TAK                                    |                                     |
| 5.  | – dozownik do nasadek filtracyjnych z regulowanym nastawem 0,5-5,0 ml | TAK                                    |                                     |
| 6.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                            | TAK                                    |                                     |
| 7.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Zestaw do rozlewania kropli ocznych</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/53 do SIWZ

Załącznik nr .....do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zestaw mebli I - 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                              | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Zestaw mebli I:</b>                                                  | TAK                                    |                                     |
| 2.  | <b>Wypożyczenie:</b>                                                    |                                        |                                     |
| 3.  | Szafka stojąca z drzwiczkami szer.600mm, mat. st. kwas.- 3 szt.         | TAK                                    |                                     |
| 4.  | <b>Lodówka 80l wbudowana w szafkę bez zamrażalnika- 1 szt.</b>          | TAK                                    |                                     |
| 5.  | - bez zamrażalnika                                                      | TAK                                    |                                     |
| 6.  | - front drzwi ze stali kwasoodpornej                                    | TAK                                    |                                     |
| 7.  | <b>Szafka stojąca szufladowa - szer. 400mm, mat .st. kwas.- 6 szt.</b>  | TAK                                    |                                     |
| 8.  | wym. ok. szer. 40 x gł. 57 x wys. 86 cm                                 | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Szafka wisząca z drzwiczkami szer. 600mm, mat. st. kwas.- 3 szt.</b> | TAK                                    |                                     |
| 10. | - materiał: stal kwasoodporna                                           | TAK                                    |                                     |
| 11. | - wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                           | TAK                                    |                                     |
| 12. | - drzwi dwuskrzydłowe, pełne                                            | TAK                                    |                                     |
| 13. | - dwie półki wewnątrz szafy zamocowane na stałe                         | TAK                                    |                                     |
| 14. | - wymiary: ok. szer.60 x gł.30 x wys.70 cm                              | TAK                                    |                                     |
| 15. | <b>Szafka wisząca z drzwiczkami szer. 400mm, mat. st. kwas.- 4 szt.</b> | TAK                                    |                                     |
| 16. | - materiał: stal kwasoodporna                                           | TAK                                    |                                     |
| 17. | - wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne                           | TAK                                    |                                     |
| 18. | - drzwi jednoskrzydłowe, pełne                                          | TAK                                    |                                     |
| 19. | - dwie półki wewnątrz szafy zamocowane na stałe                         | TAK                                    |                                     |
| 20. | - wymiary: ok. szer.40 x gł.30 x wys.70 cm                              | TAK                                    |                                     |
| 21. | <b>Błat roboczy 3450(łącznie)x600x19mm-z płyt DURCON- 1 szt.</b>        | TAK                                    |                                     |
| 22. | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                              | TAK                                    |                                     |
| 23. | <b>Okres gwarancji</b>                                                  | <b>min. 24 miesiące</b>                |                                     |

## 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 I |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Zlew ze stali kwasoodpornej z kratą do poboru wody destylowanej – 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                             | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | <b>Zlew ze stali kwasoodpornej z kratą do poboru wody destylowanej</b> | TAK                                    |                                     |
| 2.  | - stal kwasoodporna nie gorsza niż 0H18N9                              | TAK                                    |                                     |
| 3.  | - wymiary zewnętrzne: ok.490 x 390 mm                                  | TAK                                    |                                     |
| 4.  | - wymiary miski: ok.. 440 x 340 x 175mm                                | TAK                                    |                                     |
| 5.  | - uchylna kratka                                                       | TAK                                    |                                     |
| 6.  | - syfon                                                                | TAK                                    |                                     |
| 7.  | - ścianka osłonowa                                                     | TAK                                    |                                     |
| 8.  | <b>Wpis do rejestru wyrobów medycznych</b>                             | TAK                                    |                                     |
| 9.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                 | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| <b>Zlew ze stali kwasoodpornej z kratą do poboru wody destylowanej</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Biurko z dostawką – 3 szt.**

| L.p. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                                     | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.   | Biurko, wymiary (metry) ok.: D/S/W 1,4x 0,7 x 0,72                                                                                             | TAK, podać                             |                                     |
| 2.   | Z szufladą na klawiaturę po środku na prowadnicy rolkowej                                                                                      | TAK                                    |                                     |
| 3.   | Po prawej stronie 4 szuflady zamykane zamkiem centralnym umożliwiającym zablokowanie wszystkich szuflad jednocześnie                           | TAK                                    |                                     |
| 4.   | Po lewej stronie jedna szafka(wnęka) podzielona, z miejscem na stację dysków i drukarkę (drukarka na górnej półce zamocowanej na prowadnicach) |                                        |                                     |
| 5.   | Wykończone obrzeżem PCV w kolorze płyty                                                                                                        | TAK                                    |                                     |
| 6.   | Wykonane z płyty laminowanej                                                                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 7.   | Kolor: olcha                                                                                                                                   | TAK                                    |                                     |
| 8.   | Uchwyty metalowe                                                                                                                               | TAK                                    |                                     |
| 9.   | Dostawka – boczne przedłużenie biurka, na jednej metalowej nodze                                                                               | TAK                                    |                                     |
| 10.  | Wymiary dostawki ok.: m 0,7 x 0,5                                                                                                              | TAK, podać                             |                                     |
| 11.  | Możliwość regulacji biurka oraz dostawki w zakresie 15mm                                                                                       | 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                            |
| Biurko z dostawką |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 3           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

## CZĘŚĆ I

Dodatek nr I/55A do SIWZ

Załącznik nr .....do oferty

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Biurko z dostawką – 1 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                                                                                   | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Blat zewnętrzny o wym.100x 75 cm<br>Blat wewnętrzny o wym. 190 x 70 cm<br>Materiał: połączenie żywicy z materiałami naturalnymi ( np.CORIAN) | TAK, podać                             |                                     |
| 2.  | 2 szafki na kółkach o wym. ok. (SxGxW) 400x500x700 mm z płyty laminowanej, wykończone obrzeżem PVC w kolorze płyty                           | TAK, podać                             |                                     |
| 3.  | 4 szuflady zamykane zamkiem centralnym umożliwiającym zablokowanie wszystkich szuflad jednocześnie, o zróżnicowanej wysokości                | TAK                                    |                                     |
| 4.  | Kolor: olcha                                                                                                                                 | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                                                                                       | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

## 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                            |
| <b>Biurko z dostawką</b> |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | <b>1</b>    |                              |

.....  
(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 z oparciem na ręce – 4 szt.**

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                    | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Krzesło z oparciem i podłokietnikami          | TAK                                    |                                     |
| 2.  | Regulowane oparcie i siedzisko                | TAK                                    |                                     |
| 3.  | Tapicerka materiałowa odporna na przecieranie | TAK                                    |                                     |
| 4.  | Kolor do uzgodnienia                          | 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                            |
| Krzesło obrotowe z oparciem na ręce |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 4           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

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

| Lp. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA                                                  | Parametry wymagane przez Zamawiającego | Parametry oferowane przez Wykonawcę |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.  | Sejf o wymiarach m (Wx SxG) 1,2x051x0,48 z możliwością mocowania do podłoża | TAK                                    |                                     |
| 2.  | Wyposażony w półki z płynną regulacją wysokości zawieszenia                 | TAK                                    |                                     |
| 3.  | Wyposażony w wysokiej jakości atestowane zamki                              | TAK                                    |                                     |
| 4.  | Kolor standard                                                              | TAK                                    |                                     |
| 5.  | <b>Okres gwarancji</b>                                                      | <b>min. 12 miesięcy</b>                |                                     |

#### 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                            |
| Sejf gabinetowy |           |                      |                                |                          |                                 |                                       | 1           |                              |

.....  
(miejscowość i data)

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

NAZWA WYKONAWCY .....

Adres wykonawcy .....

Tel/fax. ....

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

| Lp.         | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA | Parametry wymagane przez Zamawiającego                                                                                                                                                                       | Parametry oferowane przez Wykonawcę | Ilość w zestawie |
|-------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| <b>I.</b>   | <b>Komputer</b>            | <b>Minimalne parametry</b>                                                                                                                                                                                   |                                     | <b>1</b>         |
| 1.          | Procesor                   | Procesor typu Core2 Duo o min. częstotliwości zegara 2,66 GHz, 1066FSB, 2 rdzenie                                                                                                                            |                                     | 1                |
| 2.          | Płyta główna               | 4 x USB 2.0 , PCIE,                                                                                                                                                                                          |                                     | 1                |
| 3.          | Pamięć                     | 2 GB DDR3                                                                                                                                                                                                    |                                     | 1                |
| 4.          | HDD                        | 320 GB SATA2                                                                                                                                                                                                 |                                     | 1                |
| 5.          | Karta graficzna            | 512MB DDR3, 256b DVI                                                                                                                                                                                         |                                     | 1                |
| 6.          | Karta sieciowa             | min. 10/100                                                                                                                                                                                                  |                                     | 1                |
| 7.          | Nagrywarka CD/DVD          | wymagana                                                                                                                                                                                                     |                                     | 1                |
| 8.          | Karta dźwiękowa            | wymagana                                                                                                                                                                                                     |                                     | 1                |
| 9.          | Obudowa ATX                | Zasilacz 400W, USB front                                                                                                                                                                                     |                                     | 1                |
| 10.         | Napęd FDD                  | wymagany                                                                                                                                                                                                     |                                     | 1                |
| 11.         | Oprogramowanie             | 1. Typu Windows XP<br>2. Typu Microsoft Word, Exel                                                                                                                                                           |                                     | 1                |
| 12.         | Klawiatura                 | wymagana                                                                                                                                                                                                     |                                     | 1                |
| 13.         | Mysz optyczna + podkładka  | wymagana                                                                                                                                                                                                     |                                     | 1                |
| <b>II.</b>  | <b>Monitor</b>             | <b>Minimalne parametry</b>                                                                                                                                                                                   |                                     | <b>1</b>         |
| 1.          | LCD                        | Przekątna 22”<br>Wielkość plamki 0,26<br>Odświeżanie p 60-75Hz<br>Czas reakcji 2ms, DVI                                                                                                                      |                                     | 1                |
| <b>III.</b> | <b>Drukarka</b>            | <b>Minimalne parametry</b>                                                                                                                                                                                   |                                     | <b>1</b>         |
| 1.          | Laser mono, format A4      | Złącze UBS; min rozdzielczość 600x600; wydajność min10 str/min, 10000 str/miesięcznie; druk dwustronny, czarno biały; pamięć min 32 Mb; kabel USB, gramatura papieru od 70 do 160; pojem. podajnika 100 szt. |                                     | 1                |
| <b>IV.</b>  | <b>Okres gwarancji</b>     | <b>min. 24 miesiące</b>                                                                                                                                                                                      |                                     |                  |



# **FORMULARZ CENOWY**

| <b>Przedmiot zam.</b>                                      | <b>Producent</b> | <b>Typ/model urządzenia</b> | <b>Cena jednostkowa netto (w PLN)</b> | <b>Stawka podatku VAT (w %)</b> | <b>Kwota podatku VAT (w PLN) (4x5)</b> | <b>Cena jednostkowa brutto (w PLN) (4+6)</b> | <b>Ilość sztuk</b> | <b>Wartość brutto (w PLN) (7x8)</b> |
|------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| <b>1</b>                                                   | <b>2</b>         | <b>3</b>                    | <b>4</b>                              | <b>5</b>                        | <b>6</b>                               | <b>7</b>                                     | <b>8</b>           | <b>9</b>                            |
| <b>Zestaw komputerowy</b><br>(komputer, monitor, drukarka) |                  |                             |                                       |                                 |                                        |                                              | <b>4</b>           |                                     |

.....  
(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 zaproszenie do składania ofert dla zamówienia 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 –Drugie Powtórzenie Etapu I Część I (Apteka Szpitalna)**

I. przedkładam(-y) niniejszą ofertę, 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:**

**netto:** .....,

(słownie:.....)

**podatek VAT:** .....

(słownie:.....)

**brutto:** .....,

(słownie:.....)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. WARUNKI PŁATNOŚCI – ZGODNIE Z UMOWĄ I OFERTĄ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>3. OKRES GWARANCJI JAKOŚCI – ZGODNIE Z UMOWĄ I OFERTĄ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>4. OKRES RĘKOJMI ZA WADY – ZGODNIE Z UMOWĄ I OFERTĄ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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.<br>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 6 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 powierzmy podwykonawcom <i>(jeżeli dotyczy)</i> :<br>.....<br>.....<br>zgodnie z dodatkiem nr 7 do SIWZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 10. Wadium dla zamówienia o wartości ..... PLN wnieśliśmy w dniu.....w formie..... <i>(jeżeli dotyczy)*</i><br><br>Dokument potwierdzający wniesienie wadium załączamy do oferty.<br><br>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.<br><br>W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 46 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych ponownie wnieśliśmy wadium w terminie określonym przez Zamawiającego |
| 11. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej <i>(jeżeli dotyczy)</i> :<br><br>Nazwisko, imię .....<br><br>Stanowisko .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Telefon ..... faks .....                                                                                                                                                                     |
| <p>12. Niniejsza oferta przetargowa zawiera następujące dokumenty i załączniki:</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p> <p>4. ....</p> <p>5. ....</p> <p>6. ....</p> <p>7. ....</p> |
| <p style="text-align: center;">Podpisano</p> <p>.....</p> <p><i>/podpis osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu wykonawcy/</i></p>                                     |

**\*- 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I - Część I (Apteka Szpitalna)**

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 – Drugie Powtórzenie Etapu I Część I (Apteka Szpitalna)**

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 S.I.W.Z.

.....  
(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 ofert<sup>1</sup>**

| <b>Lp.</b> | <b>Nazwa i zakres dostaw</b> | <b>Miejsce wykonania</b> | <b>Data realizacji</b><br>od<br>(dzień/miesiąc/rok)<br>do<br>(dzień/miesiąc/rok) | <b>Wartość dostaw</b><br>(z VAT) za które<br>wykonawca był<br>odpowiedzialny | <b>Podmiot,</b><br>dla którego realizowane było<br>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)

<sup>1</sup> 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:

.....  
.....

**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 negocjacji bez ogłoszenia na „**Zakup aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia medycznego niezbędnego dla osiągnięcia celów realizowanego zadania inwestycyjnego „Budowa Szpitala Powiatowego w Radomsku” Faza II – Drugie Powtórzenie Etapu I Część I (Apteka Szpitalna)**” 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 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:
  - a) nazwę i typ sprzętu,
  - b) numer fabryczny sprzętu,
  - c) rok produkcji sprzętu,
  - d) nazwę producenta,
  - e) datę uruchomienia,
  - f) listę pracowników,
  - g) odnotowanie przekazania instrukcji obsługi dla personelu obsługującego,
  - h) 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 – Wielobranżowego Przedsiębiorstwa Inwestycyjnego „WUDIMEKS” Sp. z o.o. w Częstochowie .
8. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Sprzedającego będzie:
  - 1).....
  - 2).....

## § 2 [Termin]

1. Termin wykonania przedmiotu 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.

#### § 4

#### [Wynagrodzenie]

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Sprzedający otrzyma - zgodnie z ofertą przetargową - wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości:
  - 1) .....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 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 w terminie do 30 dni od dnia jej otrzymania, na rachunek Sprzedającego nr ..... z zastrzeżeniem § 5 ust. 3. 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 stwierdzi 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. Do czasu usunięcia wad Kupujący jest



zwolniony z obowiązku zapłaty faktury. W takim przypadku bieg terminu do zapłaty faktury rozpoczyna się z dniem usunięcia wad.

## **§ 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. 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,
  - c) za opóźnienie w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze – 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, w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia, liczony 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,
  - f) za niedokonanie przeglądów gwarancyjnych zgodnie § 6 ust. 5 pkt 3 - w wysokości **0,2%** wartości brutto wynagrodzenia wskazanego w §4 ust. 1 za każdy kalendarzowy dzień opóźnienia,
  - 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.
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, której dotyczy przedmiot umowy, za wyjątkiem wystąpienia sytuacji, przedstawionej w art. 145 Ustawy Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.).
3. 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 niewykonywania 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 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. Sędem 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 .

**KUPUJĄCY**

**SPRZEDAJĄCY**

.....

.....

**PRZY UDZIALE**

.....



Nazwa wykonawcy .....

Adres wykonawcy .....

Telefon/faks .....

**INFORMACJA<sup>2</sup>**  
**nt. powierzenia dostaw Podwykonawcom**

| <b>Dostawy, które Wykonawca powierzy podwykonawcy</b>              | <b>Wartość dostaw zleconych podwykonawcy<br/>(wartość % w odniesieniu do ceny oferty)</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                    |                                                                                           |
|                                                                    |                                                                                           |
|                                                                    |                                                                                           |
| <b>Całkowity % dostaw, które Wykonawca powierzy podwykonawcom*</b> |                                                                                           |

.....  
(miejscowość i data)

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

<sup>2</sup> 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 – Drugie Powtórzenie Etapu I Część I (Apteka Szpitalna)**

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  
( t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759)

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 – Drugie Powtórzenie Etapu I – Część I (Apteka Szpitalna)**

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 2010 r. Nr 113, poz. 759)

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 – Drugie Powtórzenie Etapu I – Część I (Apteka Szpitalna)**

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)