

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**  
**37-600 Lubaczów, ul. Mickiewicza 168**  
**ZP-III-343/ 17/2014**

## **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**w postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości zamówienia mniejszej od kwot określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust.8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2013, poz. 907 ze zm.)**

**Nazwa zamówienia publicznego:**

**Dostawa sprzętu medycznego z podziałem na zadania**

### **I. UWAGI OGÓLNE**

1. Postępowanie niniejsze prowadzone jest na zasadach przewidzianych przez ustawę z 29 stycznia.2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2013, poz. 907 z późn.. zm.) – zwaną dalej ustawą oraz w przepisach wykonawczych do niej.
2. Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
4. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających .
5. Zamawiający nie zamierza zwoływać zebrania Wykonawców, o którym mowa w art. 38 ust. 3 ustawy.
6. Treść złożonych ofert musi być zgodna z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) pod rygorem ich odrzucenia.
7. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
8. Zamawiający informuje, że przed wszczęciem postępowania o zamówienie publiczne nie zastosowano dialogu technicznego.

## **II.ZAMAWIAJĄCY**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie  
37–600 Lubaczów , ul. Mickiewicza 168.

NIP: 793-14-00-573

Tel 0-16 / 63 28 116

faks: 0-16 63 28 116

e-mail :zam.pub@szpital.lubaczowski.com

[www.szpital.lubaczowski.com](http://www.szpital.lubaczowski.com)

## **III. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

Postępowanie o udzielenie niniejszego zamówienia prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie art. 10 ust. 1 i art. 39 ustawy pzp. Przetarg nieograniczony o wartości poniżej 207 000 euro.

## **IV.OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1.Przedmiotem zamówienia jest : dostawa sprzętu medycznego z podziałem na zadania w ilościach oraz z wymaganiami określonymi w zał. Nr 7 do siwz – Zestawienie parametrów technicznych

### **Części zamówienia:**

<b>Nr zadania</b>	<b>Nazwa</b>
1	Aparaty EKG
2	Urządzenie do ogrzewania pacjenta
3	Autoklaw kasetowy
4	Pulsoksymetry
5	Plecak ratowniczy, pasy do deski ortopedycznej, stabilizator głowy
6	Kołnierze ortopedyczne pediatryczne

7	Kardiomonitoring
8	Krzesełko kardiologiczne

2. Nazwy i kody dotyczące przedmiotu zamówienia określone we Wspólnym Słowniku Zamówień Publicznych (CPV): 33100000-1- urządzenia medyczne, 33190000-8- Różne urządzenia i produkty medyczne, 33191110-9- autoklawy,

## **V. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW**

### **1.O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące:**

1.1. Posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.

- celem oceny w/w warunku Wykonawca złoży oświadczenie zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy pzp – wg wzoru na załączniku nr 3

1.2. Posiadania wiedzy i doświadczenia

- celem oceny w/w warunku Wykonawca złoży oświadczenie zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy pzp – wg wzoru na załączniku nr 3

1.3. Dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

- celem oceny w/w warunku Wykonawca złoży oświadczenie zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy pzp – wg wzoru na załączniku nr 3

1.4 Sytuacji ekonomicznej i finansowej.

- celem oceny w/w warunku Wykonawca złoży oświadczenie zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy pzp – wg wzoru na załączniku nr 3

2. W postępowaniu mogą wziąć udział wykonawcy, którzy spełniają warunek udziału w postępowaniu dotyczący braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy pzp

- celem oceny spełniania w/w warunku Wykonawca złoży oświadczenie wg wzoru na załączniku nr 4

3. Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia lub zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest

udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.

4. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, warunki określone w pkt. 1.1-1.4 winien spełniać jeden Wykonawca lub wszyscy Wykonawcy wspólnie. Warunek określony w pkt 2 powinien spełniać każdy z Wykonawców oddzielnie.

5. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia ponoszą solidarną odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zamówienia określoną w art. 366 Kodeksu cywilnego i zgodnie z art.23 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych **zobowiązani są do ustanowienia pełnomocnika do reprezentowania** ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy. Z treści pełnomocnictwa winno wynikać jakiego postępowania ono dotyczy, jakich Wykonawców dotyczy, wykazywać ustanowionego Wykonawcę – pełnomocnika oraz czy ustanowiony pełnomocnik jest uprawniony do reprezentowania w postępowaniu czy też również do zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Dokument pełnomocnictwa powinien być podpisany przez wszystkich Wykonawców w tym ustanowionego Wykonawcę – pełnomocnika.

6. **Jeżeli Wykonawca jest Spółką Cywilną** składa ofertę tak jak podmioty ubiegające się o zamówienie wspólnie.

7. Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu dokonywana będzie wg formuły spełnia lub nie spełnia, na podstawie przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów i oświadczeń wymaganych postanowieniami SIWZ.

## **VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

A. W celu potwierdzenia, spełniania warunków udziału w postępowaniu do oferty należy załączyć:

1. oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust. 1 pkt 1-4 ustawy Prawo zamówień publicznych wg wzoru na zał. Nr 3 do SIWZ (oryginał)

W przypadku oferty składanej przez wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego, oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 pkt 1-4 składa przynajmniej jeden z wykonawców lub wszyscy wykonawcy złożą oświadczenia lub wspólne oświadczenie, że łącznie spełniają te warunki

B. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy należy złożyć następujące dokumenty:

1. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia wg wzoru na zał. Nr 4 do SIWZ (oryginał)

W przypadku oferty składanej przez wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia publicznego, dokumenty potwierdzające, że wykonawca nie podlega wykluczeniu składa każdy z wykonawców oddzielnie.

2. Aktualny odpis z właściwego rejestru, lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, 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

3. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu- wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

4. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu- wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów ,o których mowa pkt 2, 3,4 – składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:

a/ nie otwarto jęgo 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

Dokumenty oznaczone lit. a/ powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu do składania ofert. Dokument oznaczony lit. b/ powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu do składania ofert.

Jeżeli w kraju miejsca zamieszkania osoby lub w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce

zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa powyżej, zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie, w którym określa się także osoby uprawnione do reprezentacji wykonawcy, złożone przed właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub przed notariuszem wystawione z odpowiednią datą wymaganą dla tych dokumentów, o której mowa w pkt. a/, b/.

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 niezbędnych informacji dotyczących przedłożonego dokumentu.

C. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez zamawiającego, należy złożyć:

1. Materiały informacyjne(opisy, kopie stron z katalogu) w języku polskim oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzające spełnienie wymagań określonych przez Zamawiającego w załączniku nr 7 – zestawienie parametrów technicznych

2.Oświadczenie , o posiadaniu dokumentów dopuszczających oferowany przedmiot zamówienia do obrotu i używania zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 20.05.2010 r o wyrobach medycznych (Dz.U z 2010 r Nr 107 poz. 679) - załącznik nr 8(dotyczy Wykonawców składających oferty na wyroby medyczne)

D. Informacja o dokumentach potwierdzających brak podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy pzp:

W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp należy złożyć:

1. Listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp, albo informację o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania wykonawcy załącznik nr 5 (oryginał).

Dokumenty , o których mowa w niniejszym rozdziale należy przedstawić w formie oryginału lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy- za wyjątkiem pełnomocnictwa .

Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumenty wyłącznie wtedy, gdy złożona przez Wykonawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

W przypadku konsorcjum do oferty musi być załączony dokument ustanawiający

pełnomocnika konsorcjum do reprezentowania go w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.

## **VII. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

1.Realizacja zamówienia: 6 tygodni od daty zawarcia umowy

## **VIII. JĘZYK POSTĘPOWANIA**

Postępowanie jest prowadzone w języku polskim. . Zamawiający nie dopuszcza złożenia ofert w innym języku.

## **IX. WADIUM**

Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium .

## **X. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI**

1.W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje zamawiający i wykonawcy przekazują faxem, z zastrzeżeniem pkt 2. Dokumenty stanowiące uzupełnienie złożonej oferty, winny być przekazane Zamawiającemu także w formie pisemnej.

2.Forma pisemna zastrzeżona jest dla złożenia oferty wraz z załącznikami, w tym oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu, oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnianie przez oferowane przedmioty zamówienia wymagań określonych przez zamawiającego oraz pełnomocnictwa.

3. Jeżeli zamawiający lub wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje faxem, każda ze stron, na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.

4. Domniemywa się, że pismo wysłane przez zamawiającego na numer faxu podany przez wykonawcę zostało mu doręczone w sposób umożliwiający wykonawcy zapoznanie się z treścią pisma, chyba że wykonawca wezwany przez zamawiającego do potwierdzenia otrzymania oświadczenia, wniosku, zawiadomienia lub informacji w sposób określony w pkt 3 oświadczy, że ww. wiadomości nie otrzymał.

5. Korespondencję w formie pisemnej Wykonawcy są zobowiązani wysyłać bądź składać na adres:

***Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie***

***Dział Zamówień Publicznych.***

***ul. Mickiewicza 168, 37-600 Lubaczów.***

***fax: 016 6328116***

**6. Przesłanie korespondencji na inny adres lub numer faxu niż zostało to określone powyżej może skutkować tym, że Zamawiający nie będzie mógł zapoznać się z treścią przekazanej informacji we właściwym terminie.**

7. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia wszelka korespondencja oraz rozliczenia dokonywane będą wyłącznie z liderem (pełnomocnik, partner wiodący).

8. Zawsze dopuszczalna jest forma pisemna przekazywania oświadczeń, wniosków, informacji lub dokumentów

9. Osobami uprawnionymi do porozumiewania się z Wykonawcami w imieniu

Zamawiającego są:

- w sprawach dotyczących przedmiotu zamówienia

Krzysztof Poznański

- w kwestii procedury przetargowej

Barbara Wrona

od poniedziałku do piątku w godz. 7.30-15.00

e-mail : zam.pub@szpital.lubaczowski.com

10. Wykonawca może zwrócić się do zamawiającego z pisemną prośbą- wnioskiem o wyjaśnienie treści SIWZ. Zamawiający odpowie niezwłocznie, nie później jednak niż 2 dni przed upływem terminu składania ofert, na piśmie na zadane pytanie, przesyłając treść pytania i odpowiedzi wszystkim uczestnikom postępowania oraz umieści taką informację na własnej stronie internetowej pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji wpłynął do zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.

11. Nie udziela się żadnych ustnych i telefonicznych informacji, wyjaśnień czy odpowiedzi na kierowane do zamawiającego zapytania w sprawach wymagających zachowania pisemności postępowania.

12. W uzasadnionych przypadkach zamawiający może, w każdym czasie, przed upływem terminu do składania ofert, zmodyfikować treść SIWZ
13. Dokonaną zmianę siwz Zamawiający przekazuje niezwłocznie wszystkim wykonawcom, którym przekazano siwz oraz na stronę internetową, na której zamieszczono siwz.
14. Jeżeli zmiana treści siwz prowadzi do zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu, Zamawiający zamieści ogłoszenie o zmianie ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych.
15. Jeżeli w wyniku zmiany treści siwz nieprowadzącej do zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu jest niezbędny dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach, Zamawiający przedłuży termin składania ofert, informując o tym wykonawców, którym przekazano siwz oraz na stronie internetowej, na której zamieszczono siwz.
16. Wszelkie uzupełnienia i ustalenia oraz zmiany, w tym zmiany terminów, jak również pytania Wykonawców wraz z wyjaśnieniami stają się integralną częścią siwz i będą wiążące przy składaniu ofert.
17. Wszelkie wyjaśnienia dotyczące SIWZ zostaną udzielone niezwłocznie bez ujawniania źródła zapytania. Wyjaśnienia zostaną zamieszczone na stronie internetowej :  
[www.szpital.lubaczowski.com](http://www.szpital.lubaczowski.com)

## **XI .TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

1. Termin związania ofertą złożoną w przedmiotowym postępowaniu wynosi 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
2. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą z tym, że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.
3. Odmowa będzie skutkowała wykluczeniem Wykonawcy z postępowania w trybie art. 24 ust. 2 pkt 4 ustawy.

## **XII . OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna zawierać:
  - a) wypełniony i podpisany formularz oferty zgodny ze wzorem formularza oferty stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej SIWZ, formularze cenowe, wypełnione i podpisane zestawienie parametrów technicznych – załącznik nr 7



Zamawiający informuje, że w przypadku złożenia oferty bez użycia załączonego formularza złożona oferta musi zawierać wszelkie informacje wymagane w SIWZ i wynikające z zawartości formularza oferty;

b) wszystkie dokumenty i oświadczenia, których przedstawienia żąda Zamawiający zgodnie z postanowieniami rozdziału VI niniejszej SIWZ;

c) w przypadku oferty składanej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia do oferty dołączone powinno być pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem .

d) pełnomocnictwo w oryginale lub kopii potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem do podpisania oferty, o ile umocowanie do dokonania przedmiotowej czynności nie wynika z dokumentów rejestrowych załączonych do oferty, o którym mowa w ust. VI pkt.b.

2. Ofertę należy przygotować według wymagań określonych w niniejszej SIWZ.

3. Każdy Wykonawca powinien przedstawić tylko jedną ofertę pod rygorem odrzucenia.

4. Oferta powinna być podpisana przez osobę/y upoważnioną/e w dokumentach rejestrowych podmiotu do reprezentacji Wykonawcy lub posiadającą odpowiednie pełnomocnictwo do dokonania niniejszej czynności prawnej udzielone przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentacji podmiotu.

5. Zaleca się, aby każda strona oferty była parafowana przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy.

6. Oferta musi być sporządzona w języku polskim, pismem maszynowym lub inną trwałą, czytelną techniką.

7. Zaleca się ponumerowanie stron i ich spięcie w sposób uniemożliwiający przypadkowe zdekompletowanie.

8. Dokumenty wchodzące w skład oferty mogą być przedstawiane w formie oryginałów albo poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę kopii, z wyłączeniem pełnomocnictw, o których mowa w ust. 1 pkt b,c. Zgodność z oryginałem wszystkich kopii dokumentów, musi być potwierdzona przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentacji Wykonawcy.

9. Zamawiający zażąda przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Wykonawcę kserokopia dokumentu będzie nieczytelna lub będzie budzić wątpliwości co do jej prawdziwości.

10. Wszelkie miejsca w ofercie, w których Wykonawca naniósł poprawki lub zmiany wpisywanej przez siebie treści muszą być parafowane przez osobę/y uprawnione do reprezentacji.

11. Wzory formularzy należy wypełnić ściśle według wskazówek określonych w SIWZ. Zamawiający nie dopuszcza dokonywania w treści załączonych formularzy jakichkolwiek zmian. W przypadku złożenia przez Wykonawcę własnych formularzy ich treść musi być tożsama z treścią formularzy załączonych do niniejszej SIWZ.

12. Żadne dokumenty wchodzące w skład oferty, w tym również przedstawione w formie oryginałów, nie podlegają zwrotowi przez Zamawiającego.

Wykonawca powinien umieścić ofertę w zamkniętej kopercie (opakowaniu). Na kopercie (opakowaniu) powinny widnieć nazwa i adres Zamawiającego oraz następujące oznaczenie:

**przetarg nieograniczony – dostawa sprzętu medycznego z podziałem na zadania *nie otwierać przed dniem 24.10.2015 godz. 10.15***

Na kopercie należy podać również nazwę i adres Wykonawcy oraz opatrzyć ją pieczęcią Wykonawcy.

13. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

14. Wykonawca może, przed upływem terminu do składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o zmianie lub wycofaniu oferty przed terminem składania ofert. Koperty oznaczone dopiskiem „zmiana” zostaną otwarte podczas otwierania oferty wykonawcy, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian zostaną dołączone do oferty. Koperty oznaczone dopiskiem „wycofanie” nie będą otwierane.

### **XIII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

1. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie (opakowaniu) w siedzibie Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie

37-600 Lubaczów, ul. Mickiewicza 168 pokój nr 8 /dział zamówień publicznych/

nie później niż do dnia **24.10.2014 do godziny 10:00**

Dla ofert przesłanych do Zamawiającego liczy się data i godzina dostarczenia oferty do działu zamówień publicznych pokój nr 8.

2.Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego ;

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie , 37-600 Lubaczów  
ul. Mickiewicza 168

pokój – sala narad / budynek administracji/ w dniu **24.10.2014 o godzinie 10:15 .**

3.Oferty otrzymane przez Zamawiającego po tym terminie zostaną niezwłocznie zwrócone .

4.Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

5.Otwarcie ofert jest jawne.

6.Podczas otwarcia ofert Zamawiający poda nazwy (firmy) oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny

7.Informacje, o których mowa w ust. 4 i 6 niniejszego rozdziału, przekazuje się niezwłocznie Wykonawcom, którzy nie byli obecni przy otwarciu ofert, na ich wnioszek.

#### **XIV .OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY I WARUNKI PŁATNOŚCI**

1.Wykonawca określi cenę całkowitą oferty brutto dla przedmiotu zamówienia, podając ją w zapisie liczbowym i słownie.

2.Cena oferty musi uwzględniać wszystkie koszty wykonania zamówienia i odzwierciedla całkowity koszt, który będzie poniesiony przez Zamawiającego. Podana przez Wykonawcę cena nie będzie podlegała zmianom przez okres realizacji zamówienia.

3.Walutą ceny oferowanej jest złoty polski.

4.Zamawiający poprawia w ofercie :

a/ oczywiste omyłki pisarskie

b/ oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek

c/ inne omyłki polegające na niezgodności oferty ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie powodujące istotnych zmian w treści oferty.

O poprawieniu powyższych omyłek Zamawiający niezwłocznie zawiadomi o tym wykonawcę, którego oferta została poprawiona.

## **XV . KRYTERIA OCENY OFERT I ICH ZNACZENIE ORAZ SPOSÓB OCENY OFERT**

1.Oferty Wykonawców niewykluczonych oraz nie odrzucone będą oceniane według następujących kryteriów i wag:

Cena oferty – 100 %

2.Punkty przyznane za podane w pkt.1 kryterium będą liczone wg następującego wzoru :

Wartość punktowa=  $W \times C_{min} / C_{of.b}$

W- waga kryterium

C<sub>min</sub> – cena minimalna

C<sub>of.b</sub> - cena oferty badanej

2. Zamówienie zostanie udzielone Wykonawcy, który uzyska najwyższą liczbę punktów w wyniku oceny ofert na podstawie kryteriów oceny określonych w ust. 1 niniejszego rozdziału.

## **XVI . UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

1.Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy , którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w niniejszej SIWZ i została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane wyżej kryteria oceny ofert.

2.Zamawiający unieważni postępowanie w sytuacji , gdy wystąpią przesłanki wskazane w art. 93 ust. 1 ustawy

3.Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający zawiadomi wykonawców którzy złożyli oferty , o :

-wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę ) albo imię i nazwisko , siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, uzasadnienie jej wyboru oraz nazwy (firmy) ,albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy wykonawców , którzy złożyli oferty , a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację.

-wykonawcach , których oferty zostały odrzucone , podając uzasadnienie faktyczne i prawne

-wykonawcach , którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenia zamówienia , podając uzasadnienie faktyczne i prawne  
- terminie, określonym zgodnie z art. 94 ust. 1 lub 2, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.

4.Ogłoszenie zawierające informacje wskazane w pkt. 3 Zamawiający umieści na

stronie internetowej [www.szpital.lubaczowski.com](http://www.szpital.lubaczowski.com) oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie (tablica ogłoszeń).

5. Zamawiający zawrze umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminie nie krótszym niż 5 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty faxem.

6. Zamawiający może zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego przed upływem 5-dniowego terminu, jeżeli w postępowaniu zostanie złożona tylko jedna oferta.

7. Jeżeli Wykonawca którego oferta została wybrana , uchyla się od zawarcia umowy

w sprawie zamówienia publicznego , zamawiający może wybrać ofertę

najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert , bez przeprowadzania ich ponownego badania i

oceny , chyba że zachodzą przesłanki do unieważnienia postępowania .

## **XVII .WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy

## **XVIII. WZÓR UMOWY**

1. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany będzie do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 6 do niniejszej siwz.

## **XIX. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

Wykonawcom, a także innym osobom, jeżeli ich interes prawny w uzyskaniu zamówienia doznał lub może doznać uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych , na podstawie art. 180 ust. 2 pkt 2-4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2013r, poz. 907 ze zm.) przysługuje odwołanie wyłącznie wobec czynności:

- opisu sposobu dokonywania oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu
- wykluczenia odwołującego z postępowania o udzielenie zamówienia
- odrzucenia oferty odwołującego

## **XX. ZAŁĄCZNIKI**

1. Formularz ofertowy – zał. nr 1
2. Formularze cenowe- zał. Nr 2
3. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w post –zał. Nr 3
4. Oświadczenie o nie podleganiu wykluczenia- zał. Nr 4
5. Wzór - Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej - zał. Nr 5
6. Wzór umowy zał. Nr 6
7. Zestawienie parametrów technicznych- zał. Nr 7
8. Oświadczenie o posiadaniu dokumentów dopuszczających oferowany przedmiot zamówienia do obrotu i używania zgodnie z przepisami ustawy o wyrobach medycznych- zał.nr8

Lubaczów dn. 14.10.2014

Stanisław Bury – Dyrektor SP ZOZ Lubaczów  
Podpis osoby uprawnionej

---

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY  
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO****Dane dotyczące Wykonawcy :**

Nazwa .....

Siedziba .....

Nr telefonu /faksu .....

Nr NIP .....

Nr REGON .....

e-mail: .....

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie

ul. Mickiewicza 168 , 37-600 Lubaczów

nr NIP : 793-14-00-573

**Zobowiązania Wykonawcy**

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia; dostawa sprzętu medycznego z podziałem na zadania

**Zadanie nr 1 –Aparaty EKG**

Cena netto .....

(słownie .....)

podatek VAT .....

cena brutto .....

(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**Zadanie nr 2 – Urządzenie do ogrzewania pacjenta**

Cena netto .....

(słownie .....)

podatek VAT .....

cena brutto .....

(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**Zadanie nr 3 Autoklaw kasetowy**

Cena netto .....

(słownie .....)

podatek VAT .....  
cena brutto .....  
(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**Zadanie nr 4 Pulsoksymetry**

Cena netto .....  
(słownie .....)  
podatek VAT .....  
cena brutto .....  
(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**Zadanie nr 5 Plecak ratowniczy, pasy do deski ortopedycznej, stabilizator głowy**

Cena netto .....  
(słownie .....)  
podatek VAT .....  
cena brutto .....  
(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**Zadanie nr 6 Kołnierze ortopedyczne pediatryczne**

Cena netto .....  
(słownie .....)  
podatek VAT .....  
cena brutto .....  
(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**Zadanie nr 7 Kardiomonitor**

Cena netto .....  
(słownie .....)  
podatek VAT .....  
cena brutto .....  
(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**Zadanie nr 8 Krzeselko kardiologiczne**

Cena netto .....  
(słownie .....)  
podatek VAT .....  
cena brutto .....  
(Słownie .....)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

**2. Oświadczam , że :**

2.1. cena brutto zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia , jakie ponosi Wykonawca w przypadku wyboru niniejszej oferty .



2.2. zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

2.3. w przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego

2.4. jestem związany z ofertą przez okres 30 dni od daty terminu składania ofert.

2.5. Akceptujemy termin realizacji zamówienia

2.6. Podana w ofercie cena nie ulegnie zmianie.

3. Niniejszym informuję, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach ..... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być udostępniane.

### **Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon ..... fax.....

### **Na potwierdzenie spełnienia wymagań oferty załączam :**

.....  
.....  
.....

inne informacje wykonawcy :

.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęćka uprawnionego  
przedstawiciela wykonawcy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

**FORMULARZ CENOWY - wzór****załącznik nr 3 do SIWZ**Zadanie nr <sup>1</sup> .....

Lp.	Przedmiot zamówienia <sup>2</sup>	j.m.	ilość <sup>3</sup>	Cena jedn. netto w zł	Wartość netto w zł	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto	Producent/nazwa handlowa
1		szt							
x	<b>RAZEM:</b>	x	x	x		x			x

.....  
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych/

<sup>1</sup> Należy wypełnić dla każdego oferowanego zadania osobno

<sup>2</sup> w rubryce przedmiot zamówienia należy uwzględnić cały asortyment wchodzący w skład danego zadania opisanego w załączniku nr 7 do siwz- zestawienie parametrów techniczno - eksploatacyjnych

<sup>3</sup> w rubryce ilość należy uwzględnić ilości wskazane w załączniku nr 8 do siwz- zestawienie parametrów techniczno- eksploatacyjnych

.....  
(pieczęć wykonawcy)

### OŚWIADCZENIE

o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne  
na podstawie przepisów art. 22 ust. 1 ustawy *Prawo zamówień publicznych*

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na **dostawę sprzętu medycznego z podziałem na zadania**

Ja (nazwisko i imię) .....  
reprezentując firmę (nazwa firmy, adres) .....

.....  
jako – upoważniony na piśmie/wpisany w rejestrze\* w imieniu reprezentowanej przeze mnie  
firmy oświadczam/y że spełniamy warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy 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 .....

.....  
Pieczęć i podpis osoby(osób)  
Uprawnionej(ych) do reprezentowania  
Wykonawcy

skreślić niepotrzebne\*

.....  
(pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE  
o nie podleganiu wykluczeniu z postępowania**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na **dostawę sprzętu medycznego z podziałem na zadania**

Ja (nazwisko i imię) .....  
reprezentując firmę (nazwa firmy, adres) .....

.....  
jako – upoważniony na piśmie/wpisany w rejestrze\* w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam/y , iż **nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczęć i podpis osoby(osób)  
Uprawnionej(ych) do reprezentowania  
Wykonawcy

niepotrzebne skreślić\*

.....  
(pieczęć wykonawcy)

**Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej/  
informacja o tym, że wykonawca nie należy do grupy kapitałowej\*.**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na: dostawę sprzętu medycznego z podziałem na zadania

zgodnie z art. 26 ust. 2 pkt. 2d ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.)

1. **składamy listę podmiotów**, razem z którymi należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. O ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. nr 50 poz. 331 z późn. zm.).

Lp.	Nazwa podmiotu
1.	
2.	
3.	

.....  
(miejsowość, data)

.....  
podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania wykonawcy

- 
2. **informujemy, że nie należymy do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
pieczęć podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania wykonawcy

\* - należy wypełnić pkt. 1 lub pkt. 2

## Załącznik nr 6 do siwz

### UMOWA *wzór*

Zawarta w dniu ..... w Lubaczowie pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie, ul. Mickiewicza 168,  
37-600 Lubaczów,

reprezentowanym przez:

Stanisława Burego- Dyrektora

zwanym w dalszej części umowy Zamawiającym

a

.....

reprezentowanym przez:

.....

zwanym w dalszej części umowy Wykonawcą

w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego przeprowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o następującej treści:

#### § 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest:

dostawa ..... wraz z montażem, uruchomieniem, przeszkoleniem personelu zwanego dalej towarem zgodnie z ofertą przetargową stanowiącą załącznik do niniejszej umowy.

2. W ramach niniejszej umowy Wykonawca :

a/ dostarczy instrukcje obsługi i dokumentację techniczną ,

b/ dostarczy dokumentację gwarancji jakości .

#### § 2

1. Dostawa towaru nastąpi w terminie 6 tygodni od daty zawarcia umowy .

2. Dostarczenia towaru dokonane będzie do siedziby Zamawiającego w miejscu i czasie uzgodnionym z Zamawiającym.

3. Ryzyko i koszty dostarczenia towaru, w tym związane z transportem, ponosi Wykonawca.

### § 3

1. Przyjęcie towaru przez Zamawiającego zostanie potwierdzone protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez upoważnionych przedstawicieli obu stron.

### § 4

Zamawiający zobowiązuje się do odbioru towaru dostarczonego zgodnie z ofertą i zapłaty ceny.

### § 5

1. Cena towaru wynosi netto :..... (słownie: .....)  
brutto: ..... (Słownie: .....), podatek VAT .....  
(słownie: .....)

2. Należne cena będzie płatna przez Zamawiającego na rachunek bankowy Wykonawcy:  
.....  
w terminie 30 dni od daty wystawienia przez Wykonawcę faktury VAT.

### § 6

1. W przypadku dostarczenia towaru nie spełniającego warunków zamówienia Wykonawca niezwłocznie wymieni wadliwy towar na nowy, wolny od wad.
2. Wszelkie reklamacje Wykonawca zobowiązany jest załatwić w ciągu 5 dni roboczych, a po bezskutecznym upływie tego terminu reklamacja uważana będzie za uznaną w całości zgodnie z żądaniem Zamawiającego.

### § 7

1. Zamawiający uprawniony jest do żądania zapłaty kary umownej:
  - a) w wysokości 20% wartości ceny brutto określonej w § 5, ust. 1, w przypadku odstąpienia od umowy przez Wykonawcę lub przez Zamawiającego z przyczyn zależnych od Wykonawcy .
  - b) w wysokości 0,5% ceny określonej w § 5 ust. 1 za każdy dzień opóźnienia w dostawie towaru lub naprawie gwarancyjnej .
2. Zamawiający może dochodzić na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego zastrzeżoną powyżej karę umowną.

### § 8

1. Wykonawca udziela ..... miesiące gwarancji jakości na towar.
2. Okres gwarancji rozpoczyna bieg od dnia podpisania protokołu odbioru towaru.
3. W okresie trwania gwarancji Wykonawca zapewni bezpłatne przeglądy, zgodnie z zaleceniami producenta (dotyczy zadania nr 7)
4. Gwarantowany czas rozpoczęcia naprawy gwarancyjnej wynosi 48 godz. licząc od momentu zgłoszenia uszkodzenia towaru przez Zamawiającego (pismem, telefonicznie, faxem) do autoryzowanego punktu serwisowego (dotyczy zadania nr 7)
5. Wykonawca dostarczy na czas naprawy urządzenie zastępcze w ciągu max. 72 godzin od zgłoszenia.(dotyczy zadania nr 7)

6. Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji towaru o czas trwania naprawy .

7. W razie odrzucenia reklamacji przez Wykonawcę, Zamawiający może złożyć wniosek przeprowadzenia ekspertyzy przez niezależnego rzeczoznawcę.

8. Jeżeli reklamacja Zamawiającego okaże się uzasadniona, koszty związane z przeprowadzeniem ekspertyzy ponosi Wykonawca.

### **§ 9**

Ewentualne spory, mogące powstać w trakcie realizacji niniejszej umowy, rozstrzygać będzie sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

### **§ 10**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego dokonywać cesji zobowiązań Zamawiającego z niniejszej umowy na osoby trzecie pod rygorem nieważności tej czynności.

### **§ 11**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Ustawy prawo zamówień publicznych i Kodeksu Cywilnego.

### **§ 12**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:



---

## Zestawienie parametrów technicznych - zał. Nr 7

### Zadanie nr 1

#### Aparat EKG - 4 szt.

Producent: .....

Oferowany model .....

Rok produkcji                    2014

---

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametry wymagane	Parametry oferowane
<b>APARAT EKG – szt 4</b>			
1	sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych	TAK	
2	wydruk w trybie 3, 6, 12 kanałów	TAK	
3	Praca w trybie auto lub manual	TAK	
4	Detekcja stymulatora serca	TAK	
5	Automatyczna analiza i interpretacja	TAK	
6	prezentacja 12 odprowadzeń EKG na wyświetlaczu graficznym	TAK	
7	klawiatura alfanumeryczna umożliwiająca wprowadzenie danych pacjenta	TAK	
8	prezentacja 12 odprowadzeń EKG na wyświetlaczu	TAK	
9	Możliwość współpracy z przystawką spirometryczną	TAK	
10	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe	TAK	
11	komunikacja z komputerem osobistym poprzez RS 232 lub USB	TAK	
12	cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	TAK	
13	Wózek pod aparat EKG z wyciągnikiem na kabel pacjenta	TAK	

14	Kabel EKG KEKG	TAK	
15	Elektrody przysawkowe	TAK	
16	Elektrody kończynowe klipsowe	TAK	
17	Papier do zapisu (1 szt)	TAK	
18	Kabel zasilający	TAK	
19	Wymiary (D x S x W) 250 x 190 x 70 +/- 5%	TAK/Podać	
24	Gwarancja: min. 24 m-ce	TAK/podać	

---

Miejscowość i data .....

.....  
Piecątka i podpis

## Zadanie nr 2

### Urządzenie do ogrzewania pacjenta- szt.1

Producent: .....

Oferowany model /typ.....

Rok produkcji                2014

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany (Wypełnia Wykonawca)
1.	Urządzenie ogrzewające pacjenta ciepłym powietrzem	TAK	
2.	Min. 4 zakresy temperatury: - temp. otoczenia - 32°C - 38°C - 43°C	TAK	
3.	Podstawa jezdna do aparatu z koszykiem na koce, 2 koła muszą posiadać blokadę	TAK	
4.	Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek lub łóżku pacjenta	TAK	
5.	Uchwyt do przenoszenia, ciężar urządzenia max 6 kg	TAK	
6.	Niewielkie wymiary urządzenia: max. 25cm x 30cm x 40cm	TAK	
7.	Giętki, łatwy do przemycia i dezynfekcji przewód grzewczy, łączący urządzenie z kocem. Przewód grzewczy na stałe zamocowany do urządzenia bez możliwości jego przypadkowego odłączenia.	TAK	
8.	Zaczepek na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem	TAK	
9.	Długość przewodów: - przewód grzewczy: min 1,8 m - przewód zasilający: min 4,0 m	TAK	
10.	Duża wydajność - szybkie osiągnięcie zakresów przy przepływie powietrza nie większym niż 1400 l/min	TAK	
11.	Wskaźnik zbyt wysokiej oraz zbyt niskiej temperatury	TAK	
12.	Antywirusowy i antybakteryjny filtr powietrza o wysokiej skuteczności filtracji HEPA 99,99%	TAK	
13.	Podwójny układ zabezpieczający przed przegrzaniem z alarmem dźwiękowym i wizualnym	TAK	
14.	Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący o konieczności dokonania przeglądu urządzenia bez konieczności śledzenia czasu pracy	TAK	

15.	Zasilanie sieciowe 230 V, 50/60 Hz. Średni pobór mocy poniżej 600W.	TAK	
16.	Koce wykonane z tkaniny nie zawierającej lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych Rtg. Materiał perforowany umożliwiający równomierny przepływ powietrza.	TAK	
17.	Dostępne koce ogrzewające pacjenta min. w 10 rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koc na dolną część ciała; koc na górną część ciała; koc na całe ciało; koc pediatryczne; koc pod pacjenta)	TAK	
18.	Dostępne koce specjalne, posiadające dodatkowe właściwości termoizolacyjne, utrzymujące ciepło pacjenta również po odłączeniu urządzenia ogrzewającego	TAK	
19.	Jednorazowe koce ogrzewające dla dorosłych (do każdego urządzenia): - koc na całe ciało dla dorosłych (długość 220cm +/- 2cm) - 10 szt. - koc na górną część ciała dla dorosłych (szerokość 200cm +/- 2cm) - 10 szt.	TAK	
20.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
21.	Gwarancja: min. 24 m-ce	TAK/podać	

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczątką i podpis

### Zadanie nr 3

Zestawienie parametrów technicznych

#### Autoklaw kasetowy- szt. 1

Producent: .....

Oferowany model /typ.....

Rok produkcji 2014

L.p	Opis przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1.	Zasilanie sieciowe 230V/50Hz/6A	TAK/podać	
2.	Pobór mocy max. 1300 W	TAK/podać	
3.	Wyposażony w zbiornik wody destylowanej min. 4 litry – obieg otwarty	TAK/podać	
4.	Mikroprocesorowa kontrola jakości wody	TAK	
5.	Pobór wody na 1 cykl 120-140 ml	TAK/podać	
6.	Wymiary : 55x41x19 cm +/- 5%	TAK/podać	
7.	Waga bez wody i kasy: max. 35 kg	Tak/podać	
8.	Zabezpieczenie przed przekroczeniem max temperatury i ciśnienia (bezpiecznik termiczny, zawór bezpieczeństwa, kontrola mikroprocesorowa)	TAK/podać	
9.	Stopień usunięcia powietrza z komory sterylizacyjnej	TAK/podać	
10.	Klasa bezpieczeństwa I	TAK	
11.	Sterylizacja narzędzi nieopakowanych	TAK	
12.	Sterylizacja narzędzi opakowanych	TAK	
13.	Program dezaktywacji prionów	TAK	
14.	Sterylizacja narzędzi gumowych i plastikowych	TAK	
15.	Sterylizacja narzędzi nieopakowanych o złożonej budowie	TAK	
16.	Sterylizacja końcówek stomatologicznych, laryngologicznych, itp.	TAK	
17.	Sterylizacja endoskopów sztywnych i narzędzi endoskopowych	TAK	
18.	Dodatkowy program suszenia max. 1 godz.	TAK/podać	
19.	Drukarka	TAK	
20.	Ekran komunikacyjny LCD		
21.	Program powiadamiania o błędach na wyświetlaczu i wydruku, sygnał optyczny i akustyczny	TAK	
22.	Elektryczna i mechaniczna blokada przed otwarciem w czasie procesu	TAK	
23.	Kaseta sterylizacyjna 38x18x7,5 cm	TAK/podać	

24.	Kaseta sterylizacyjna endoskopowa 50x18x7,5 cm	TAK/podać	
25.	Test symulujący sterylizację kapilar (przyrząd do kontroli sterylizacji wsadu)	TAK	
26.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
27.	Gwarancja min. 24 m-ce	TAK/podać	

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczęć i podpis

**Zadanie nr 4**

Zestawienie parametrów technicznych

**PULSOKSYMETR- 2 szt.**

Producent: .....

Oferowany model /typ.....

Rok produkcji 2014

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1.	zakres pomiaru saturacji SpO <sub>2</sub> : 0 – 100%, dokładność 70 – 100% ± 2 cyfry – dorośli i dzieci, ± 3 cyfry – noworodki	TAK/podać	
2.	zakres częstości tętna: min. 18 – 321 ppm	TAK/podać	
3.	długości fal pomiarowych: 660 nm (czerwona) i 910 nm (podczerwona)	TAK/podać	
4.	pamięć: min. 72 godzin	TAK	
5.	temperatura pracy: min. od – 20 do + 50 °C	TAK/podać	
6.	zasilanie: 4 baterie alkaliczne typu AA, czas pracy min. 60 godz.	TAK/podać	
7.	wymiary: 70 x 138 x 32 mm +/- 5%	Tak/podać	
8.	Waga z kompletem baterii: max. 220g	TAK/podać	
9.	3-kolorowy wskaźnik perfuzji	TAK/podać	
10.	alarmy wizualne i dźwiękowe	TAK	
11.	Czujnik wielorazowy typu kilps palcowy	TAK	
12.	Czujnik – klips na palec dla dzieci z przewodem 1m	TAK	
13.	Pokrowiec na pulsoksymetr	TAK	
14.	Gwarancja min.24 m-ce	TAK/podać	

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczętka i podpis

**Zadanie nr 5**

Zestawienie parametrów technicznych

**Poz. 1 Plecak ratowniczy- 1 szt.**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1	Plecak transportowy wykonany z wytrzymałego, odpornego na przetarcia materiału typu CORDURY	TAK/podać	
2	Umożliwiający transport w reku, na ramieniu i na plecach	TAK	
3	Z przegrodami dla poszczególnych elementów zestawu i z łatwym dostępem do niezależnych przegród na sprzęt i materiały medyczne	TAK	
4	Z niezależną saszetką ma materiały opatrunkowe, resuscytator, ze specjalną komorą na kołnierze oraz kieszeniami na opatrunki hydrożelowe i drobny sprzęt medyczny	TAK	
5	Wyposażony w mocowania na butle tlenową, dostęp do butli od strony komory głównej i kieszeni bocznej	TAK	
6	Wymiary: 65x40x35cm +/-5%	TAK/podać	
7	Kolor czerwony, wyposażony w elementy odblaskowe	Tak	
8	Gwarancja: min. 24 m-ce	TAK/podać	

Miejscowość i data .....

.....

Pieczęćka i podpis



**Poz. 2 System pasów krzyżowych do deski ortopedycznej - 3 szt.**

Zestawienie parametrów technicznych

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1	System pasów krzyżowych do deski umożliwia pełne unieruchomienie pacjenta dorosłego lub dziecka na desce	TAK	
2	Części ukośne, przesuwane na pasie centralnym umożliwiają precyzyjne dopasowanie do dowolnej budowy ciała	TAK	
3	System mocowania z rzepami typu Velcro	TAK	
4	Pasy oznakowane kolorami., możliwość przeprowadzenia badania radiologicznego	TAK	
5	Pasy wykonane z wytrzymałych, miękkich 50 mm taśm nylonowych, trwale zszytych	TAK	
6	Gwarancja min. 12 m-cy	TAK	

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczęćka i podpis

Zestawienie parametrów technicznych

**Poz. 3 Stabilizator głowy – 3 szt.**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1	System unieruchamiania głowy składający się z podkładki z rzepem do przyczepiania klocków, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami na uszy oraz dwóch pasków do mocowania stabilizatora do deski	TAK	
2	Pokrycie wykonane z materiału nieprzepuszczalnego	TAK	

3	Oparcie potylicy mocowane do deski za pomocą trzech pasków	TAK	
4	Łatwe do założenia klocki stabilizujące pozwalające na zastosowanie również w noszach zbierakowych	TAK	
5	Paski mocowane za pomocą rzepu w plastikowe uchwyty	TAK	
6	Gwarancja min. 12 m-cy	TAK	

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczęć i podpis

## Zadanie nr 6

Zestawienie parametrów technicznych

### Kolnierze ortopedyczne pediatryczne- 6 szt.

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1.	Wykonany z twardego i elastycznego polietylenu, wyścielony miękką gąbką	TAK	
2.	Precyzyjna regulacja wysokości – 12 stopni regulacji	TAK	
3.	Otwór na wysokości krtani umożliwiający sprawdzenia tętna	TAK	
4.	Pionowe otwory z tyłu pozwalające na odpływ potu i innych płynów	TAK	
5	Gwarancja min. 12 m-cy	TAK/podać	

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczęć i podpis

**Zadanie nr 7****Poz. 1 Kardiomonitor na wózku jezdnym – 1 szt.****Zestawienie parametrów technicznych**

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>1.</b>	<b>Oferent / Producent</b>	<i>Podać</i>		
<b>2.</b>	<b>Model / Typ</b>	Podać		
<b>3.</b>	Kraj pochodzenia	Podać		
<b>4.</b>	Rok produkcji	2014		
<b>I. Certyfikaty jakości</b>				
<b>5.</b>	Certyfikat lub zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (podać nr certyfikatu lub zgłoszenia)	TAK		
<b>6.</b>	Świadectwo CE (podać nr certyfikatu) załączyć kopię świadectwa	TAK		
<b>7.</b>	Serwis autoryzowany	TAK		
<b>II. Parametry ogólne</b>				
<b>8.</b>	Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie	TAK		
<b>9.</b>	Szkolenie personelu.	TAK		
<b>10.</b>	Monitor funkcji życiowych pacjenta, stacjonarno – transportowy, z uchwytem do przenoszenia	TAK		
<b>11.</b>	Dodatkowy uchwyt/mocowanie monitora z uchwytem zaciskowym z regulacją	TAK		
<b>12.</b>	Waga monitora razem z akumulatorami max. 4 kg	TAK		
<b>13.</b>	Funkcja przewodnika obsługi dostępna bezpośrednio na ekranie monitora, która przy pomocy obrazków i opisów pomaga prawidłowo umiejscowić czujniki pomiarowe na pacjenta.			

Lp	PARAMETR/WARUNEK	Wymogi graniczne TAK/NIE	Odpowiedź oferenta TAK/NIE	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
<b>III. Ekran</b>				
14.	Kolorowy, pojedynczy ekran TFT o przekątnej min. 10", rozdzielczość min. 800x600	TAK		
15.	Jednoczesna prezentacja min. 4 krzywych na ekranie	TAK		
16.	Możliwość wyświetlania dużych pól z wartościami numerycznymi mierzonych parametrów. Wartości numeryczne wyświetlane bez krzywych dynamicznych – nie dotyczy krzywej EKG, która musi być stale widoczna na ekranie	TAK		
<b>IV. Obsługa</b>				
17.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK		
18.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez ekran dotykowy bez użycia pokrętła	TAK		
<b>V. Zasilanie</b>				
19.	Monitory zasilane elektrycznie 230 VAC/50 Hz ±10%	TAK		
20.	Zasilanie z wbudowanego akumulatora na min. 180 minut pracy	TAK		
<b>VI. Alarmy</b>				
21.	Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych	TAK		
22.	Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika.	TAK		
23.	Możliwość automatycznego ustawienia granic alarmowych	TAK		
24.	Możliwość ustawienia eskalacji alarmów dla saturacji tj. po przekroczeniu ustawionych kryteriów alarm zmienia się z „ostrzeżenia” na krytyczny			

Lp	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	Wymogi graniczne <b>TAK/NIE</b>	<i>Odpowiedź oferenta</i> <b>TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b> <i>(podać zakresy lub opisać)</i>
<b>VIII. Zapamiętywanie danych</b>				
25.	Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 120 godzin	TAK		
26.	Funkcja „holterowska” min. 1 krzywej EKG z co najmniej 120 godzin	TAK		
27.	Synchronizacja czasowa pomiędzy trendami: tabelarycznymi, graficznymi i funkcja holterowską Tj. zaznaczone zdarzenie na jednym z rodzajów trendów jest automatycznie zaznaczone przy przejściu na pozostałe bez konieczności wyszukiwania na skali czasu	TAK		
<b>IX. Mierzone parametry.</b>				
28.	<b>Pomiar EKG</b> Monitorowanie z kabla 3 lub min. 5 żyłowego Zakres częstości akcji serca: min. 15-300 ud/min. Detekcja stymulatora serca Analiza arytmii - rozpoznawanie min. 22 różnych rodzajów klas arytmii Analiza odcinka ST z min. 2 odprowadzeń przy monitorowaniu kablem min. 5 żyłowym. Zakres pomiarowy ST min. od -25 do (+)25 mm.	TAK		
29.	<b>Analiza arytmii</b> Rozpoznawanie min. 22 rodzajów zaburzeń w monitorze. Możliwość ustawienia rozpoznawania arytmii w zależności od preferencji użytkownika w zakresie podstawowym min. 11 klas lub rozszerzonym min. 22 klasy	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>30.</b>	<b>Oddech</b> Pomiar oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę. Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min. Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 40 sekund. Możliwość wyboru	TAK		
<b>31.</b>	<b>Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi</b> Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczna. Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 0 – 8 godzin. Pomiar ręczny i pomiar ciągły. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Zakres pomiarowy min: 20 – 270 mmHg	TAK		
<b>32.</b>	Funkcja automatycznego wyzwolenia pomiaru NIBP w przypadku wykrycia przez monitor przekroczenia granic ciśnienia skurczowego	TAK		
<b>33.</b>	Tryb Stazy Żylnej	TAK		
<b>34.</b>	<b>Pomiaru saturacji</b> Pomiar SpO <sub>2</sub> , z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO <sub>2</sub> oraz tętna. Zakres pomiarowy SpO <sub>2</sub> min: 1 – 100% Zakres pomiarowy pulsu min.: 30 – 300 ud./min.	TAK		
<b>35.</b>	Możliwość wyboru czułości pomiędzy normalną a maksymalną	TAK		
<b>36.</b>	<b>Pomiar temperatury</b> Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) lub centralnej (wewnętrznej). Zakres pomiarowy min.: 0 – 45°C.	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
37.	Możliwość rozbudowy o pomiar nieinwazyjnego pomiaru rzutu minutowego serca	TAK		
<b>X. Wyposażenie</b>				
38.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kabel EKG dla dorosłych x 1 szt.</li> <li>- EKG, przewody pacjenta 3 żyłowe x 1 szt.</li> <li>- zestaw min. 150 jednorazowych elektrod do pomiaru EKG x 1 szt.</li> <li>- wężyk łączący mankiet z monitorem, dla dorosłych x 1</li> <li>- mankiet dla dorosłych, standardowy x 1 szt.</li> <li>- mankiet dla dorosłych, duży x 1 szt.</li> <li>- wodoszczelny czujnik na palec typu klips dla dorosłych do pomiaru SpO<sub>2</sub> x 1 szt.</li> <li>- wózek jezdny pod monitor x 1szt.</li> </ul>	TAK		
<b>XI. Gwarancja</b>				
39.	Gwarancja na kardiomonitorzy 24miesiące	TAK		
40.	Bezpłatne przeglądy w trakcie gwarancji	TAK		

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty

Miejscowość i data .....

.....  
 podpis uprawnionego Przedstawiciela Wykonawcy



**Poz. 2 MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH – 2 szt.**

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>1.</b>	<b>Oferent / Producent</b>	<i>Podać</i>		
<b>2.</b>	<b>Model / Typ</b>	<i>Podać</i>		
<b>3.</b>	Kraj pochodzenia	<i>Podać</i>		
<b>4.</b>	Rok produkcji	2014		
<b>I. Certyfikaty jakości</b>				
<b>5.</b>	Certyfikat lub zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (podać nr certyfikatu lub zgłoszenia)	TAK		
<b>6.</b>	Świadectwo CE (podać nr certyfikatu) załączyć kopię świadectwa	TAK		
<b>7.</b>	Serwis autoryzowany	TAK		
<b>II. Parametry ogólne</b>				
<b>8.</b>	Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie	TAK		
<b>9.</b>	Szkolenie personelu.	TAK		
<b>10.</b>	Monitor o konstrukcji modułowej z wymiennymi modułami możliwość rozbudowy monitora o dodatkowe funkcje w postaci wymiennych modułów	TAK		
<b>11.</b>	Waga monitora z akumulatorem max. 10 kg.	TAK		
<b>12.</b>	Możliwość rozbudowy o zdalny, bezprzewodowy sterownik monitorów, pozwalający na obsługę monitorów z odległości kilku metrów	TAK		
<b>13.</b>	Chłodzenie konwekcyjne (bez użycia wentylatorów)	TAK		
<b>14.</b>	Tryb „Stand by”	TAK		
<b>15.</b>	Funkcja „stoper”	TAK		
<b>III. Ekran</b>				
<b>16.</b>	Ekran kolorowy, pojedynczy z aktywną matrycą TFT. Przekątna ekranu min. 15".	TAK		

Lp	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	Wymogi graniczne <b>TAK/NIE</b>	Odpowiedź oferenta <b>TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b> (podać zakresy lub opisać)
17.	Prezentacja min. 15 krzywych dynamicznych na ekranie bez użycia funkcji wyświetlania 12 odpr. EKG. Możliwość wybierania kolorów przez użytkownika.	TAK		
18.	Rozdzielczość ekranu : min. 1024 x 768 dpi	TAK		
<b>IV. Obsługa</b>				
19.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK		
20.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez ekran dotykowy (bez użycia pokrętle).	TAK		
<b>V. Zasilanie</b>				
21.	Monitory zasilane elektrycznie 230 VAC/50 Hz ±10%	TAK		
22.	Zasilanie z wbudowanego akumulatora min. 60 minut pracy.	TAK		
<b>VI. Praca w sieci</b>				
23.	Monitor z funkcją pracy w sieci LAN.  Komunikacja pomiędzy monitorami: podgląd krzywych oraz danych cyfrowych z poszczególnych stanowisk.  Komunikacja pomiędzy monitorami bez użycia specjalnych serwerów i centrali z możliwością podglądu wszystkich stanowisk	TAK		
24.	Wydruki na drukarce laserowej podłączonej do sieci monitorowania dostępne w monitorze lub centrali	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
25.	Możliwość rozbudowy o przesyłanie danych do sieci informatycznej szpitala poprzez protokół HL7	TAK		
<b>VII. Alarmy</b>				
26.	Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych	TAK		
27.	Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika.	TAK		
28.	Min. 3 stopniowy system zawieszenia alarmów. Alarmy techniczne z podaniem przyczyny alarmu.	TAK		
29.	Historia alarmów min. 400 przypadków wraz z min. 4 krzywymi.	TAK		
30.	Możliwość ustawienia eskalacji alarmów dla saturacji tj. po przekroczeniu ustawionych kryteriów alarm zmienia się z „ostrzeżenia” na krytyczny	TAK		
31.	Automatyczne ustawianie granic alarmowych	TAK		
<b>VIII. Zapamiętywanie danych</b>				
32.	Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 godzin	TAK		
33.	Jednoczasowa prezentacja min. 6 parametrów w trendzie graficznym.	TAK		
34.	Funkcja „holterowska” min. 4 różnych krzywych dynamicznych z ostatnich min. 24 godzin. Długość wyświetlanej krzywej min. 60sek	TAK		
35.	Funkcja wyświetlania krótkich odcinków trendów obok odpowiadających im krzywych dynamicznych.	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>36.</b>	Synchronizacja czasowa pomiędzy trendami: tabelarycznymi, graficznymi i funkcja holterowską Tj. zaznaczone zdarzenie na jednym z rodzajów trendów jest automatycznie zaznaczone przy przejściu na pozostałe bez konieczności wyszukiwania na skali czasu	TAK		
<b>IX. Mierzone parametry.</b>				
<b>37.</b>	<p>EKG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Możliwość ciągłej rejestracji i równoczesowej prezentacji na ekranie monitora 12 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVL, aVR, aVF, V1-V6) po podłączeniu kabla 10 odprowadzeniowego.</li> <li>- Monitor wyposażony w funkcję analizy 12 odprowadzeniowego EKG z opisem wraz z tworzeniem raportów</li> <li>- Automatyczna zmiana monitorowanego odprowadzenia w razie uszkodzenia lub odłączenia.</li> <li>- Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 15-300 ud/min.</li> <li>- Zakres alarmów min.: 15-300 ud./min</li> </ul> <p>Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach</p>	TAK		
<b>38.</b>	Wybór rodzaju wykrywanego QRS dla noworodków, dzieci i dorosłych	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>39.</b>	<p>Analiza odcinka ST            Ciągła analiza odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym, jednocześnie (krzywe oraz wartości odcinka ST) z min. 12 odprowadzeń. Trendy ST z min. 24 godzin.            Zmiana punktów pomiarowych odcinka ST.            Min. zakres pomiarowy: -25 ÷ (+)25 mm.            Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach</p>	TAK		
<b>40.</b>	<p><b>Analiza arytmii</b>            Rozpoznawanie min. 22 rodzajów zaburzeń w monitorze.            Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach</p>	TAK		
<b>41.</b>	<p><b>Oddech</b>            Pomiar oddechu metodą impedancyjną.            Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę.            Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach            Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min.            Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 40 sekund.</p>	TAK		

Lp	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	Wymogi graniczne <b>TAK/NIE</b>	Odpowiedź oferenta <b>TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b> (podać zakresy lub opisać)
42.	<b>Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi</b> Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczna. Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 0 – 8 godzin. Pomiar ręczny i pomiar ciągły. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Zakres pomiarowy min: 20 – 270 mmHg Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach	TAK		
43.	<b>Funkcja automatycznego wyzwolenia pomiaru NIBP w przypadku wykrycia przez monitor przekroczenia granic alarmowych ciśnienia skurczowego</b>	TAK		
44.	<b>Pomiaru saturacji</b> Pomiar SpO <sub>2</sub> , z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO <sub>2</sub> oraz tętna. Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach Zakres pomiarowy SpO <sub>2</sub> min: 1 – 100% Zakres pomiarowy pulsu min.: 30 – 300 ud./min. Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach	TAK		
45.	<b>Pomiar temperatury</b> Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej). Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur. Zakres pomiarowy min.: 0 – 45°C. Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach	TAK		

Lp	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	Wymogi graniczne <b>TAK/NIE</b>	Odpowiedź oferenta <b>TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b> (podać zakresy lub opisać)
46.	<b>Inwazyjny pomiar ciśnienia krwi - pomiar w 1 monitorze</b> Pomiar ciśnienia: tętniczego, OCŻ, PA, RA, LA. Możliwość podłączenia czujnika do ICP. Prezentacja krzywych dynamicznych ciśnienia na ekranie monitora. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej dla ciśnień: tętniczego, PA lub wartości średniej dla ciśnień: OCŻ, RA, LA, ICP. Alarmy dla każdej wartości ciśnienia. Min. zakres pomiarowy: - 40 - (+) 300 mmHg. Wyświetlanie wartości PPV lub SPV. Pomiar możliwy na każdym stanowisku	TAK		
47.	<b>Pomiar kapnografii – pomiar w 1 monitorze</b> Pomiar w strumieniu głównym dla pacjentów zaintubowanych. Pomiar stężenia dwutlenku węgla w gazach wydechowych Prezentacja cyfrowa. Prezentacja krzywej kapnograficznej. etCO <sub>2</sub> : min. 0 – 98 mmHg.. Oddech: min. 3 – 120 odd./min. Pomiar możliwy na każdym stanowisku.	TAK		
48.	Możliwość rozbudowy o oprogramowanie wspomagające terapię sepsy poprzez narzędzia do wizualizacji EGDT w postaci wykresów z obszarami docelowymi lub protokołu badań przesiewowych w kierunku ciężkiej posocznicy i monitorowaniu jej terapii	TAK		
49.	Możliwość rozbudowy o pomiar ciągłego nieinwazyjnego rzutu minutowego serca	TAK		
50.	Możliwość rozbudowy o ciągły rzut minutowy serca oparty na analizie zmian ciśnienia krwi. Pomiar możliwy z jednego dostępu naczyniowego, nie wymagający kalibracji. Odczyt i rejestracja danych (w tym CCO) bezpośrednio w oferowanym monitorze Rozbudowa bez udziału serwisu.	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>51.</b>	Możliwość rozbudowy monitora o wyświetlanie danych z respiratorów stacjonarnych. Podać obsługiwane urządzenia	TAK		
<b>52.</b>	Możliwość rozbudowy pomiar EEG. Monitorowanie min.2 kanałów EEG jednocześnie z użyciem elektrod podskórnych, miseczkowych i możliwością dowolnego rozmieszczenia elektrod na głowie pacjenta. Pomiar i prezentacja co najmniej : SEF, MDF, TP, CSA, PPF %Delta, % Theta, % Alfa, %Beta	TAK		
<b>X. Wyposażenie</b>				
<b>53.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kabel EKG dla dorosłych x 2 szt.</li> <li>- EKG, przewody pacjenta 3 żyłowe x 2 szt.</li> <li>- zestaw min. 150 jednorazowych elektrod do pomiaru EKG x 2 szt.</li> <li>- wężyk łączący mankiet z monitorem, dla dorosłych x 2</li> <li>- mankiet dla dorosłych, standardowy x 2szt.</li> <li>- mankiet dla dorosłych (duży rozmiar) x 2szt.</li> <li>- czujnik do pomiaru saturacji wodoszczelny na palec typu klips dla dorosłych x 2 szt.</li> <li>- przewód do podłączenia czujnika saturacji x 2 szt.</li> <li>- niezbędne okablowanie/moduł do podłączenia do przetworników jednorazowych firmy Edwards służących do pomiaru IBP x 1</li> <li>- czujnik pomiarowy do CO<sub>2</sub> x 1,</li> <li>- jednorazowe adaptory lub linie do pomiaru kapnografii dla pacjentów zaintubowanych w strumieniu głównym (Dorośli/Dzieci) x 50szt.</li> </ul>	TAK		
<b>XI. Gwarancja</b>				
<b>51.</b>	Gwarancja na kardiomonytory 24 miesiące z wyłączeniem akcesoriów	TAK		
<b>52.</b>	Bezpłatne przeglądy w trakcie gwarancji	TAK		



TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi  
**spowoduje odrzucenie oferty**

Miejscowość i data .....

.....  
podpis uprawnionego Przedstawiciela Wykonawcy

**Poz. 3 Zestaw monitorowania****MONITORY FUNKCJI ŻYCIOWYCH 1 – szt.**

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>1.</b>	<b>Oferent / Producent</b>	<i>Podać</i>		
<b>2</b>	<b>Model / Typ</b>	Podać		
<b>3</b>	Kraj pochodzenia	Podać		
<b>4</b>	Rok produkcji	2014, podać		
<b>I. Certyfikaty jakości</b>				
<b>5</b>	Certyfikat lub zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (podać nr certyfikatu lub zgłoszenia)	TAK		
<b>6</b>	Świadectwo CE (podać nr certyfikatu) załączyć kopię świadectwa	TAK		
<b>7</b>	Serwis autoryzowany	TAK		
<b>II. Parametry ogólne</b>				
<b>8</b>	Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie	TAK		
<b>9</b>	Szkolenie personelu.	TAK		
<b>10</b>	Monitor o konstrukcji modułowej z wymiennymi modułami możliwość rozbudowy monitora o dodatkowe funkcje w postaci wymiennych modułów	TAK		
<b>11</b>	Waga monitora z akumulatorem max. 8 kg. Monitor wyposażony w rączkę do przenoszenia	TAK		
<b>12</b>	Możliwość rozbudowy o zdalny, bezprzewodowy sterownik monitorów, pozwalający na obsługę monitorów z odległości kilku metrów.	TAK		
<b>13</b>	Chłodzenie konwekcyjne (bez użycia wentylatorów)	TAK		

Lp	PARAMETR/WARUNEK	Wymogi graniczne TAK/NIE	Odpowiedź oferenta TAK/NIE	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
<b>III. Ekran</b>				
14	Ekran kolorowy, pojedynczy z aktywną matrycą TFT. Przekątna ekranu min. 10".	TAK		
15	Prezentacja min. 15 krzywych dynamicznych na ekranie bez użycia funkcji wyświetlania 12 odpr. EKG. Możliwość wybierania kolorów przez użytkownika.	TAK		
16	Rozdzielczość ekranu : min. 800x600 dpi	TAK		
<b>IV. Obsługa</b>				
17	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK		
18	Komunikacja z użytkownikiem poprzez ekran dotykowy (bez użycia pokrętle).	TAK		
<b>V. Zasilanie</b>				
19	Monitory zasilane elektrycznie 230 VAC/50 Hz ±10%	TAK		
20	Zasilanie z wbudowanego akumulatora min. 90 minut pracy.	TAK		
<b>VI. Praca w sieci</b>				
21	<p>Monitor z funkcją pracy w sieci LAN.</p> <p>Komunikacja pomiędzy monitorami: podgląd krzywych oraz danych cyfrowych z poszczególnych stanowisk.</p> <p>Komunikacja pomiędzy monitorami bez użycia specjalnych serwerów i centrali z możliwością podglądu wszystkich stanowisk</p>	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>22</b>	Wydruki na drukarce laserowej podłączonej do sieci monitorowania dostępne w monitorze lub centrali	TAK		
<b>23</b>	Możliwość rozbudowy o przesyłanie danych do sieci informatycznej szpitala poprzez protokół HL7	TAK		
<b>VII. Alarmy</b>				
<b>24</b>	Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych	TAK		
<b>25</b>	Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika.	TAK		
<b>26</b>	Min. 3 stopniowy system zawieszenia alarmów. Alarmy techniczne z podaniem przyczyny alarmu.	TAK		
<b>27</b>	Historia alarmów min. 400 przypadków wraz z min. 4 krzywymi.	TAK		
<b>VIII. Zapamiętywanie danych</b>				
<b>28</b>	Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 godzin	TAK		
<b>29</b>	Jednoczasowa prezentacja min. 6 parametrów w trendzie graficznym.	TAK		
<b>30</b>	Funkcja „holterowska” min. 4 różnych krzywych dynamicznych z ostatnich min. 24 godzin. Długość wyświetlanej krzywej min. 60sek	TAK		
<b>31</b>	Funkcja wyświetlania krótkich odcinków trendów obok odpowiadających im krzywych dynamicznych.	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>32</b>	Możliwość rozbudowy o przenoszenie danych pacjenta bezpośrednio w module pomiarowym : min. 24 godzinna pamięć: trendów tabelarycznych i graficznych wszystkich mierzonych parametrów, funkcja „holterowska” min. 5 krzywych, historia alarmów, ustawienia monitora, dane demograficzne	TAK		
<b>33</b>	Synchronizacja czasowa pomiędzy trendami: tabelarycznymi, graficznymi i funkcja holterowską Tj. zaznaczone zdarzenie na jednym z rodzajów trendów jest automatycznie zaznaczone przy przejściu na pozostałe bez konieczności wyszukiwania na skali czasu	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>IX. Mierzone parametry.</b>				
<b>34</b>	<b>EKG</b> - Możliwość ciągłej rejestracji i równoczesowej prezentacji na ekranie monitora 12 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVL, aVR, aVF, V1-V6) po podłączeniu kabla 10 odprowadzeniowego. - Możliwość tworzenia raportów 12 odprowadzeniowego EKG z opisem. - Automatyczna zmiana monitorowanego odprowadzenia w razie uszkodzenia lub odłączenia. - Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 15-300 ud/min. - Zakres alarmów min.: 15-300 ud./min  Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>35</b>	<p>Analiza odcinka ST            Ciągła analiza odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym, jednocześnie (krzywe oraz wartości odcinka ST) z min. 12 odprowadzeń. Trendy ST z min. 24 godzin.</p> <p>Zmiana punktów pomiarowych odcinka ST.</p> <p>Min. zakres pomiarowy: -25 ÷ (+)25 mm.</p> <p>Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach</p>	TAK		
<b>36</b>	<p><b>Analiza arytmii</b>            Rozpoznawanie min. 22 rodzajów zaburzeń w monitorze.            Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach</p>	TAK		
<b>37</b>	<p><b>Oddech</b>            Pomiar oddechu metodą impedancyjną.            Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę.            Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach            Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min.            Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 40 sekund.</p>	TAK		

<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>38</b>	<b>Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi</b> Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczna. Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 0 – 8 godzin. Pomiar ręczny i pomiar ciągły. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Zakres pomiarowy min: 20 – 270 mmHg Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach	TAK		
<b>39</b>	<b>Funkcja automatycznego wyzwolenia pomiaru NIBP podczas pomiaru okresowego w przypadku nagłej zmiany ciśnienia krwi</b>	TAK		
<b>40</b>	<b>Pomiaru saturacji</b> Pomiar SpO <sub>2</sub> , z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO <sub>2</sub> oraz tętna. Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach Zakres pomiarowy SpO <sub>2</sub> min: 1 – 100% Zakres pomiarowy pulsu min.: 30 – 300 ud./min. Pomiar we wszystkich oferowanych monitorach	TAK		
<b>41</b>	<b>Pomiar temperatury</b> Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej). Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur. Zakres pomiarowy min.: 0 – 45°C. Pomiar możliwy we wszystkich oferowanych monitorach	TAK		
<b>42</b>	<b>Możliwość rozbudowy monitora o wyświetlanie danych z respiratorów stacjonarnych. Podać obsługiwane urządzenia</b>	TAK		



<b>Lp</b>	<b>PARAMETR/WARUNEK</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Odpowiedź oferenta TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)</b>
<b>43</b>	Możliwość rozbudowy o ciągły pomiar rzutu minutowego serca. Pomiar oparty na analizie zmian ciśnienia krwi. pomiar z jednego dostępu naczyniowego, pomiar i zapis trendów min. następujących parametrów :CCO,CCI,SVV,SV,SVI,SVR,SVRI	TAK		
<b>44</b>	Możliwość rozbudowy pomiar EEG Pomiar następujących parametrów : SEF, MDF, TP, %Delta, %Theta, %Alfa, %Beta	TAK		
<b>45</b>	Możliwość rozbudowy o pomiar transmisji nerwowo-mięśniowej dowolnie sterowany - z wykorzystaniem stymulacji serią poczwórnej TOF, - z wykorzystaniem pojedynczej stymulacji	TAK		
<b>46</b>	Wszystkie akcesoria kompatybilne z posiadanymi monitorami na oddziale przez zamawiającego BSM 6000.	TAK		
<b>X. Wyposażenie</b>				
<b>47</b>	- Kabel EKG dla dorosłych – 1 szt./monitor - EKG, przewody pacjenta 3 żyłowe – 1 szt. /monitor - zestaw min. 150 jednorazowych elektrod do pomiaru EKG- 1szt./monitor - wężyk łączący mankiet z monitorem, dla dorosłych x 1szt./monitor - mankiet dla dorosłych, standardowy x 1szt./monitor - mankiet dla dorosłych, duży x 1szt./monitor - wodoszczelny czujnik do pomiaru saturacji na palec typu klips dla dorosłych x 1 szt.	TAK		
<b>XI. Gwarancja</b>				
<b>48</b>	Gwarancja na kardiomonytory 24 miesiące z wyłączeniem akcesoriów	TAK		
<b>49.</b>	Bezpłatne przeglądy w trakcie gwarancji	TAK		

**Centrala monitorująca – 1 szt.****Zestawienie parametrów wymaganych – oferowanych.**

<i>Lp.</i>	<i>PARAMETR/WARUNEK</i>	Wymogi graniczne <b>TAK/NIE</b>	<i>Odpowiedź oferenta</i> <b>TAK/NIE</b>	<i>Parametry oferowane</i> (podać zakresy lub opisać)
<b>1.</b>	<b>Oferent / Producent</b>	<i>Podać</i>		
<b>2.</b>	<b>Model / Typ</b>	<i>Podać</i>		
<b>3.</b>	Kraj pochodzenia	<i>Podać</i>		
<b>4.</b>	Rok produkcji	2014		
<b>Parametry ogólne</b>				
<b>5.</b>	Monitorowanie min. 8 stanowisk pacjenta. Wyposażona w pojedynczy ekran typu LCD-TFT, kolorowy, min. 24". Rozdzielczość wyświetlania min. 1280x1024.	TAK		
<b>6.</b>	Ilość jednocześnie wyświetlanych przebiegów dynamicznych (krzywych) z jednego monitora przyłóżkowego: min. 2 krzywe. Identyfikacja łóżka, na którym wystąpił alarm na ekranie centrali.	TAK		
<b>7.</b>	Podgląd dowolnego pełnego ekranu monitora z sieci.	TAK		
<b>8.</b>	Trendy graficzne i tabelaryczne z min. 72 h.	TAK		
<b>9.</b>	Archiwizacja z min 72 godzin, min 4 krzywych dynamicznych (nie tylko EKG) z każdego stanowiska	TAK		
<b>10.</b>	Komunikacja z użytkownikiem poprzez "mysz" i klawiaturę – oprogramowanie w języku polskim.	TAK		
<b>11.</b>	Wielostopniowe alarmy monitorowanych parametrów min. 3 stopnie	TAK		
<b>12.</b>	Historia alarmów: min. 150	TAK		
<b>13.</b>	Sieć monitorowania LAN do komunikacji z monitorami stacjonarnymi	TAK		
<b>14.</b>	Przesyłanie alarmów z monitorów przyłóżkowych do centrali oraz pomiędzy monitorami.	TAK		

15.	Możliwość przesyłania danych pomiędzy monitorami a centralą oraz pomiędzy monitorami również w razie wyłączenia centrali.	TAK		
16.	Interaktywna komunikacja centrali z monitorami. Możliwość regulacji granic alarmów z centrali w monitorach przyłóżkowych.	TAK		
17.	Możliwość ręcznego uruchomienia pomiaru NIBP w monitorze z monitora centralnego.	TAK		
18.	Drukarka laserowa format A4. Wydruki danych cyfrowych oraz krzywych dynamicznych z centrali oraz monitorów przyłóżkowych - stanów alarmowych oraz na życzenie użytkownika. Wydruki z monitorów przyłóżkowych zapewnione w razie uszkodzenia monitora centralnego.	TAK		
19.	Podłączenie i konfiguracja posiadanych przez zamawiającego na oddziale monitorów serii Bsm 6000	TAK		
20.	Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie	TAK		

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty

Miejscowość i data .....

.....  
podpis uprawnionego Przedstawiciela Wykonawcy



**Zadanie nr 8**

Zestawienie parametrów technicznych

**Krzesełko kardiologiczne- 2 szt.**

Producent: .....

Oferowany model /typ.....

Rok produkcji 2014

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1.	Wykonane z wytrzymałego materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących	TAK	
2.	Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach	TAK	
3.	Wyposażone w górny uchwyt teleskopowo regulowany w min. 3 pozycjach	TAK	
4.	Wyposażone w demontowalne siedzisko	TAK	
5.	Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego winylu, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję	TAK	
6.	Składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie transportu	TAK	
7.	Wyposażone w 4 kółka transportowe z czego 2 obrotowe	Tak	
8.	Wyposażone w min. 2 kółka o średnicy min 150 mm, umożliwiające wygodne przemieszczanie krzeselka z pacjentem po nierównym podłożu	TAK/podać	
9.	Wyposażone w min 4 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie	TAK/podać	
10.	Wyposażone w podnózek	TAK	
11.	Wysokość górnej ramy oparcia w rozłożonym krzeselku mierzona od podłogi - min. 1130 mm, max. 1540 mm. - zapewniająca komfort dla pacjenta	TAK/podać	
12.	Waga max. 12 kg	TAK	
13.	Dopuszczalne obciążenie minimum 180 kg	TAK/podać	
14.	Deklaracja zgodności- dołączyć	TAK	
15.	Gwarancja min. 24 m-ce	TAK/podać	

Miejscowość i data .....

.....

Pieczętka i podpis









.....  
(pieczęć wykonawcy)

## OŚWIADCZENIE

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę sprzętu medycznego z podziałem na zadania

Ja (nazwisko i imię) .....

Reprezentując firmę (nazwa firmy) .....

**Oświadczam, iż:**

Zaofiarowany przez nas przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010 (Dz.U z 2010 , Nr 107 poz. 679 ) o wyrobach medycznych. Ponadto oświadczamy, że jesteśmy w posiadaniu aktualnych dokumentów dopuszczających zaofiarowany przedmiot zamówienia do obrotu i używania oraz udostępniemy je na każde żądanie Zamawiającego w terminie 3 dni od daty otrzymania wezwania.

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczęć i podpis osoby(osób)  
Uprawnionej(ych) do reprezentowania  
Wykonawcy