



**SZPITAL NEUROPSYCHIATRYCZNY**  
im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego  
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2  
KRS 000004020, REGON 431019046, NIP 946-21-60-056  
Nr konta: 08 8025 0007 0710 1863 2000 0010

www.sznoz.lublin.pl; Telefax: 81 744 10 79; Telefony: Centrala 81 744 30 61; Dyrektor 81 744 09 66;  
Z-ca Dyr. ds. Adm.-Tech. 81 72 86 404; Z-ca Dyr. ds. Lecz. 81 72 86 403; Z-ca Dyr. ds. Piel. 81 72 86 377; Izba Przyjęć 81 744 14 55

Lublin, dnia 3 kwietnia 2020 roku

**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
**SZNSPZOZ.N-ZP-3731-23/20/AP**

**Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia do realizacji opieki psychiatrycznej w warunkach szpitalnych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, wymagających hospitalizacji, jednocześnie podejrzanych o zakażenie lub zakażonych wirusem SARS -CoV-2, w związku z wpisaniem Szpitala do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie  
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin  
Tel. 81/ 7286439  
e-mail: przetargi@sznoz.lublin.pl

**II. TRYB POSTĘPOWANIA**

Postępowanie prowadzone na podstawie:

- 1) przepisów art. 6 Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374), oraz
- 2) ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 568), oraz
- 3) art. 46 c ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 ze zm.), oraz
- 4) Regulaminu udzielania zamówień na towary, usługi i roboty budowlane niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego.

2. Postępowanie jest finansowane ze środków EFRR projektu pozakonkursowego nr RPLU.13.01.00-06-0097/17 pt. „Poprawa efektywności działalności wojewódzkich podmiotów leczniczych w obszarach potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego poprzez niezbędne, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prace remontowo – budowlane, w tym zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, a także wyposażenia w sprzęt medyczny”, Działanie 13.1 Infrastruktura Ochrony Zdrowia (tryb pozakonkursowy) Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

**III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia:

Zadanie 1- Respirator stacjonarny -5 szt;

Zadanie 2- Respirator przenośny, transportowy – 3 szt;

Zadanie 3- Łóżka reanimacyjne z dostępem do respiratorów – 4 szt;

Zadanie 4- Pompy infuzyjne dwutorowe – 20 szt;

Zadanie 5- Aparaty Ambu wielokrotnego użytku z zestawem do intubacji (laryngoskop) – 8 szt;

Zadanie 6- System Holtera EKG z 5 rejestratorami – 1 szt;

Zadanie 7- Aparat EKG – 8 szt;

Zadanie 8- Defibrylator AEG – 5 szt;

Zadanie 9- Holter ciśnienia tętniczego – 10 szt;  
Zadanie 10- Kardiomonitor – 10 szt;  
Zadanie 11- Elektryczny podnośnik jezdny – 10 szt;  
Zadanie 12- Łóżka z materacami dla otyłych – 10 szt;

Zadanie 13- Wózki dla osób otyłych – 15 szt;  
Zadanie 14- Ssak medyczny– 15 szt;  
Zadanie 15- Aparat USG przenośny – 1 szt.  
Zadanie 16- Aparat USG przewoźny – 1 szt;  
Zadanie 17- Aparat RTG jezdny – 1 szt;  
Zadanie 18- Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń – 1 szt;  
Zadanie 19- Urządzenie do zamgławiania pojazdów – 2 szt;  
Zadanie 20- Zmywarka z wyparaczem do naczyń – 1 szt;  
Zadanie 21- Myjnia-dezynfektor – 1 szt;  
Zadanie 22- Maszyny do sprzątania – 5 szt;

których szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określony został w załączniku nr 2 do zapytania ofertowego.

Zamawiający dopuszcza skadanie ofert częściowych na poszczególne zadania.

CPV:33100000-1 Urządzenia medyczne  
33111000-1 Aparatura rentgenowska  
33112200-0 Aparatura ultrasonograficzna  
33192120-9 Łóżka szpitalne  
33123210-3 Urządzenia do monitorowania czynności serca  
33182100-0 Defibrylatory  
33121500-9 Elektrokaradiogram  
33157400-9 Medyczna aparatura oddechowa  
33157810-6 Urządzenia do terapii tlenowej  
33141623-3 Zestawy pierwszej pomocy  
33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne  
33191000-5 Urządzenia sterylizujące, dezynfekcyjne i higieniczne

Zapłata za dostarczony towar nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie 7 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Zamawiającego.

#### **IV.TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA I MIEJSCE REALIZACJI**

Termin wykonania dostawy jest kryterium ocenianym. Maksymalny termin dostawy 30 dni od dnia podpisania umowy.

Miejsce wykonania dostawy: Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin

Uwaga: W przypadku wystąpienia po stronie Wykonawcy opóźnienia w dostawie asortymentu, w szczególności nieuzasadnionego, Zamawiający ma prawo do anulowania złożonego Wykonawcy zamówienia i dokonania zakupu u innego podmiotu.

#### **V.KRYTERIUM WYBORU OFERTY:**

I.Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie kryterium:

**Cena - 60%**

**Termin realizacji - 40%**

Ad. Cena

*C min*

$$Pc = \frac{\text{-----}}{C or} \times 100 \times Wk$$

gdzie:

- Pc** – ilość punktów jakie otrzyma oferta rozpatrywana w kryterium „Cena”;
- C min** – najniższa cena brutto spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert;
- C or** – cena brutto oferty rozpatrywanej;
- Wk** – waga kryterium (60%).

#### Ad. Termin realizacji

$$Tr = \frac{Tr min}{Tr or} \times 100 \times Wk$$

gdzie:

- Tr** – ilość punktów jakie otrzyma oferta rozpatrywana w kryterium „Termin realizacji”;
- Tr min** – najkrótszy termin realizacji spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert;
- Tr or** – termin realizacji oferty rozpatrywanej;
- Wk** – waga kryterium (40%).

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

3. Cena oferty to cena brutto.

4. Wykonawca oblicza cenę oferty w następujący sposób:

- a. Ilość towaru x cena jednostkowa netto = wartość netto;
- b. Następnie mnoży wartość netto x %VAT = wartość podatku VAT;
- c. Wartość podatku VAT + wartość netto = wartość brutto (cena oferty brutto).

5. Przy wyliczaniu wartości cen poszczególnych elementów należy ograniczyć się do dwóch miejsc po przecinku na każdym etapie wyliczania ceny;

## VI. PRZYGOTOWANIE OFERTY

Oferta powinna składać się z następujących dokumentów:

- a) Wypełnionego i podpisanego formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.
- b) Wypełnionego i podpisanego formularza Opis Przedmiotu zamówienia stanowiącego załącznik nr 2 do zapytania ofertowego
- c) aktualnego odpisu z właściwego rejestru albo aktualnego wyciągu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej.
- d) dokumentu potwierdzającego, że osoby podpisujące ofertę są upoważnione do podejmowania zobowiązań w imieniu firmy składającej ofertę, o ile nie wynikają one z przepisów prawa lub innych dokumentów (np. pełnomocnictwo w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie).
- e) Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego i wyposażenia, w zakresie na jaki składana jest oferta.

## VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

**Zamawiający dopuszcza składania ofert w wersji papierowej lub elektronicznej.**

### Oferta w wersji papierowej:

Ofertę zawierającą dokumenty wyszczególnione w pkt VI. należy złożyć za pośrednictwem operatora pocztowego, kuriera lub osobiście w Kancelarii Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin do dnia **9 kwietnia 2020r. do godz. 12:00** w kopercie oznaczonej dopiskiem: „Oferta – „Dostawę sprzętu medycznego i wyposażenia”, otwarcie ofert: **9 kwietnia 2020r. godz. 12:15** w Dziale Zamówień Publicznych – I piętro (pokój 214)

Oferta w wersji elektronicznej:

1. Ofertę zawierającą dokumenty wyszczególnione w pkt VI. należy złożyć za pośrednictwem Platformy Zakupowej Zamawiającego (<https://platformazakupowa.pl/pn/snzoj>) w terminie do dnia **9 kwietnia 2020r. do godz. 12:00**

Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi za pośrednictwem Platformy Zakupowej Zamawiającego (<https://platformazakupowa.pl/pn/snzoj>) w dniu **9 kwietnia 2020r. godzina 12:15** w siedzibie Zamawiającego przy ul. Abramowickiej 2, 20-442 Lublin w Dziale Zamówień Publicznych – I piętro (pokój 214)

**2. WSZYSTKIE DOKUMENTY WSKAZANE W ROZDZIALE VII** Wykonawca podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, wystawionym przez dostawcę kwalifikowanej usługi zaufania, będącego podmiotem świadczącym usługi certyfikacyjne -podpis elektroniczny, spełniające wymogi bezpieczeństwa określone w ustawie z dn. 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (tj. Dz. U. z 2019 poz. 162).

3. Wykonawca przystępując do niniejszego zapytania ofertowego, akceptuje warunki korzystania z Platformy Zakupowej, określone w Regulaminie zamieszczonym na stronie internetowej pod adresem <https://platformazakupowa.pl/strona/1-regulamin> w zakładce „Regulamin” oraz uznaje go za wiążący.

4. Zamawiający informuje, że instrukcje korzystania z Platformy Zakupowej dotyczące w szczególności logowania, pobrania dokumentacji, składania ofert oraz innych czynności podejmowanych w niniejszym postępowaniu przy użyciu Platformy Zakupowej znajdują się w zakładce „Instrukcje dla Wykonawców” na stronie internetowej pod adresem <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>

5. W niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia komunikacja między Zamawiającym a wykonawcami w szczególności składanie oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz przekazywanie informacji odbywa się elektronicznie za pośrednictwem <https://platformazakupowa.pl> i formularza **Wyślij wiadomość** dostępnego na stronie dotyczącej danego postępowania.

6. Komunikacja poprzez **Wyślij wiadomość** umożliwia dodanie do treści wysyłanej wiadomości plików lub spakowanego katalogu (załączników). Występuje limit objętość plików lub spakowanego katalogu w zakresie całej wiadomości do 1 GB przy maksymalnej ilości 20 plików lub spakowanych katalogów.

7. Dokumenty elektroniczne, oświadczenia lub elektroniczne kopie dokumentów lub oświadczeń składane są przez wykonawcę za pośrednictwem przycisku **Wyślij wiadomość** jako załączniki".

8. Za datę przekazania składanych dokumentów, oświadczeń, wniosków (innych niż wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu), zawiadomień, zapytań oraz przekazywanie informacji uznaje się kliknięcie przycisku **Wyślij wiadomość** po których pojawi się komunikat, że wiadomość została wysłana do zamawiającego.

9. W sytuacjach awaryjnych np. w przypadku nie działania [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) zamawiający może również komunikować się z wykonawcami za pomocą innych form komunikacji: e-mail: [przetargi@snzoj.lublin.pl](mailto:przetargi@snzoj.lublin.pl).

10. Zamawiający w zakresie:

a) pytań technicznych związanych z działaniem systemu prosi o kontakt z Centrum Wsparcia Klienta [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) pod numer 22 101 02 02, [cwk@platformazakupowa.pl](mailto:cwk@platformazakupowa.pl)

b) wymagań technicznych i organizacyjnych, które zostały opisane w Regulaminie [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl), będącym uzupełnieniem niniejszej Instrukcji.

Uwaga. Zamawiający otworzy w pierwszej kolejności oferty złożone w formie elektronicznej, a następnie w formie papierowej.

## VIII. INFORMACJE DODATKOWE

1. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, jako najkorzystniejsza będzie zobowiązany do podpisania umowy na warunkach przedstawionych w załączniku nr 3 (projekt umowy) do zapytania ofertowego. W przypadku uchylenia się

Wykonawcy od podpisania umowy, Zamawiający jest uprawniony do unieważnienia postępowania lub wyboru kolejnej oferty zgodnie z kryterium najniższej ceny.

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany warunków niniejszego postępowania oraz unieważnienia postępowania bez podania przyczyn.

3. Oferty niezgodne z wymaganiami Zamawiającego zostaną odrzucone, z zastrzeżeniem pkt 4.

4. Jeżeli Wykonawca nie złożył wymaganych przez Zamawiającego oświadczeń, dokumentów lub dokumentów potwierdzających, że osoba, która podpisała ofertę była do tego upoważniona, Zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień oferta nie spełnia wymagań Zamawiającego.

5. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może przed upływem terminu składania ofert zmienić treść zapytania ofertowego. Dokonaną zmianę zamawiający udostępnia na stronie internetowej <https://platformazakupowa.pl/pn/snzoz>.

6. Termin związania ofertą – 30 dni od dnia otwarcia ofert.

7. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z Wykonawcami jest: Agnieszka Piotrowska: e-mail: [przetargi@snzoz.lublin.pl](mailto:przetargi@snzoz.lublin.pl)

## IX. ZAŁĄCZNIKI

nr 1 - Formularz oferty

nr 2 – Opis przedmiotu zamówienia

nr 3 - Projekt umowy;

nr 4 - Klauzule informacyjne;

Marzanna Snyder

*Marzanna Snyder*

Beata Grudzień

*Beata Grudzień*

Agnieszka Piotrowska

*Agnieszka Piotrowska*

Akceptuję

Ewa Cwirzeń

*Ewa Cwirzeń*

DYREKTOR  
Szpitala Neuro psychiatrycznego  
Samodzielnego Publicznego ZOZ  
*Piotr Dreher*  
dr n. med. Piotr Dreher



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego  
FORMULARZ OFERTY

**1. Zamawiający:** Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin

**2. WYKONAWCA:**

NINIEJSZA OFERTA ZOSTAJE ZŁOŻONA PRZEZ:

Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	
Adres(y) Wykonawcy(ów)	
Adres e-mail (na który zostanie przesłana korespondencja)	

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż wymieniony powyżej)

.....

**3. Nazwa nadana zamówieniu przez Zamawiającego:** Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia do realizacji opieki psychiatrycznej w warunkach szpitalnych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, wymagających hospitalizacji, jednocześnie podejrzanych o zakażenie lub zakażonych wirusem SARS -CoV-2, w związku z wpisaniem Szpitala do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

**4. oferujemy realizację zamówienia w zakresie:**

**Zadanie 1- Respirator stacjonarny -5 szt;**

w cenie brutto -.....w tym.....% VAT

(słownie cena brutto .....

.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 2- Respirator przenośny, transportowy – 3 szt;**

w cenie brutto -.....w tym.....% VAT

(słownie cena brutto .....

.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 3- Łóżka reanimacyjne z dostępem do respiratorów– 4 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 4- Pompy infuzyjne dwutorowe – 20 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 5- Aparaty Ambu wielokrotnego użytku z zestawem do intubacji (laryngoskop)– 8 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 6- System Holtera EKG z 5 rejestratorami – 1 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 7- Aparat EKG – 8 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 8- Defibrylator AEG – 5 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 9- Holter ciśnienia tętniczego – 10 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 10- Kardiomonitor – 10 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.



**Zadanie 11- Elektryczny podnośnik jezdny – 10 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 12- Łóżka z materacami dla otyłych – 10 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 13- Wózki dla osób otyłych – 15 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 14- Ssak medyczny– 15 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 15- Aparat USG przenośny – 1 szt.**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 16- Aparat USG przewoźny – 1 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 17- Aparat RTG jezdny – 1 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 18- Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń – 1 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 19- Urządzenie do zamglawiania pojazdów – 2 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 20- Zmywarka z wyparzaczem do naczyń – 1 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 21- Myjnia-dezynfektor – 1 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

**Zadanie 22- Maszyny do sprzątania – 5 szt;**

w cenie brutto - .....w tym.....% VAT  
(słownie cena brutto .....  
.....)

cena netto.....zł

cena netto za 1 szt. ....

Kryterium: Termin wykonania dostawy: ..... dni od dnia podpisania umowy. Maksymalny termin 30 dni od dnia podpisania umowy.

8. Wszelkie pisma uważa się za skutecznie doręczone w przypadku: wysłania Wykonawcy e-mailem

na adres .....

9. Osobą odpowiedzialną za współpracę z Zamawiającym w ramach realizacji Umowy z niniejszego postępowania, w tym podpisanie protokołu odbioru jest Pan/Pani .....  
tel. ...., e-mail: .....

Reklamacje będą przyjmowane od Zamawiającego drogą elektroniczną na adres e-mail: .....

10. Oświadczamy, że:

1) w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach przedstawionych w załączniku nr 3 (Projekt umowy) do zapytania ofertowego

2) żądane w ofercie wynagrodzenie zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia,

3) wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu (jeżeli dotyczy).\*

4) właściwym dla niego jest następujący urząd skarbowy ..... i zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego w przypadku jego zmiany.

5) wybór naszej oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień Publicznych / nie będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego\* W przypadku, gdy wybór oferty prowadzi do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego wskazujemy:

- nazwę towaru (rodzaj) lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania .....

- ich wartość bez kwoty podatku.....

*\*niepotrzebne skreślić*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczętka osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy )

<sup>1)</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).



**ZADANIE 1**

Respirator stacjonarny – 5 szt.

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wymiary: 336 mm x 330 mm x 345 mm +/-10% 664 mm x 600 mm x 1370 mm(z wózkiem) +/-10%</li> <li>• waga: około 9,5 kg, około 31,0 kg (z wózkiem)</li> <li>• wyświetlacz 12,1 z regulowaną jasnością</li> <li>• wentylacja dla trzech typów pacjenta(dorosły, pediatryczny, noworodek (opcjonalnie) )</li> <li>• tryby wentylacji inwazyjnej: VCV, PCV, VSIMV, PSIMV, CPAP / PSV, PRVC, V + SIMV, BPAP, APRV, Wentylacja bezdechu</li> <li>• nieinwazyjny tryb wentylacji: PCV, PSIMV, CPAP / PSV, BPAP, APRV</li> <li>• Kontrolowane parametry: O2%, VT, f, fSIMV, Zakres I:E, Tinsp, Tslope, Thigh, Tlow, Tpauza, Δpinsp, Δpsupp, Phigh, Plow, PEEP, przepływ, ciśnienie, Exp%</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>

Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opeji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 2**

**Respirator przenośny, transportowy – 3 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wymiary 29x25x11 cm +/-10%</li> <li>• waga max do 4kg</li> <li>• temp. pracy od -10 do +40 stopni Celsjusza</li> <li>• wyświetlacz dotykowy 8,4cala,z opcją blokady ekranu</li> <li>• wyposażony we własne źródło powietrza medycznego</li> <li>• monitorowane parametry: Psczyt, Pmean, Pplat, PEEP, VTi, VTe, MVe, RR, TI/Ttot, I:E, FiO2, %Przeciek, etCO2; Krzywe: F(t), P(t), V(t), Co2</li> <li>• tryby wentylacji: VCV,ACMV, PCV, APCMV, SIMV, PSV, Duo-Levels, CPAP</li> <li>• Parametry nastawiane: Objętość oddechowa 20do2000mL, Przepływ VCV stały, opadający, Pins 5 do 60 cmH2O, Ppsv 5 do 60 cmH2O, PEEP 0 do 20 cmH2O, Częstość oddechowa 1 do 60 odd./min, Trigger 0,5 do 10L/min lub wyłączony, Maksymalny przepływ 230L/min, Ti/Ttot 10 do 50%; I:E 1:1 do 1:9, Tins, 0,3 do 5s, Narastanie 50 do 120 cmH2O, FiO2 21 do 100%</li> <li>• ustalenie parametrów wentylacji na podstawie IBW</li> <li>• 100% O2 przez 2 minuty</li> <li>• przełącznik Dzień/Noc</li> <li>• urządzenie wyposażone w dźwiękowe i wizualne alarmy(4 poziomy alarmów pacjenta, alarmy techniczne, alarmy regulowane przez użytkownika)</li> <li>• zasilanie akumulatorowe wystarczające na 5godzin</li> </ul>		

INNE WYMAGANIA		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		Nie dotyczy
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		Nie dotyczy
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		Nie dotyczy
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		Nie dotyczy

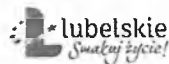
**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)





### ZADANIE 3

**Łóżka reanimacyjne z dostępem do respiratorów– 4 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czterosekcyjne łóżko do intensywnej opieki medycznej z materacem</li> <li>• elektryczna regulacja: podparcia pleców, podparcia ud, wysokości łóżka, przechyłów Trendelenburga/ anty-Trendelenburga</li> <li>• Łóżko spełniające normę IEC60601-2-52. 8 paneli sterujących (po 4 po każdej stronie łóżka) w tym 2 panele kontrolne pacjenta znajdujące się po wewnętrznej stronie barierek zabezpieczających przy wezglowiu.</li> <li>• Główny panel kontrolny dla pielęgniarki, z możliwością blokady poszczególnych funkcji łóżka, znajdujący się po zewnętrznej stronie barierek zabezpieczających na wysokości sekcji uda.</li> <li>• System ważenia pacjenta z funkcją wykrywania ruchów pacjenta.</li> <li>• Funkcja Bio-Contour – równoczesna regulacja oparcia i uniesienia nóg celem uzyskania komfortowej pozycji pacjenta.</li> <li>• Możliwość regulacji łóżka w trzech</li> </ul>		

<p>długościach: 224-235-247cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezpieczne obciążenie robocze łóżka - 250 kg.</li> <li>• Cztery niezależnie opuszczane barierki boczne (po dwie z każdej strony łóżka).</li> <li>• Wyprofilowane panele platformy materaca redukujące nacisk na ciało pacjenta.</li> <li>• Oświetlenie pod łóżkiem.</li> <li>• 4 pojedyncze koła zwrotne o średnicy 125mm.</li> <li>• Możliwość blokowania jednego koła do jazdy na wprost.</li> <li>• Pojedyncze pedały sterujące od strony nóg.</li> <li>• Odbojniki w narożnikach łóżka.</li> <li>• Wieszaki do montowania woreczków drenażowych znajdujące się pod segmentem siedzenia po obu stronach łóżka.</li> <li>• Zasilanie bateryjne po odłączeniu od głównego źródła zasilania zapewniające pełną funkcjonalność łóżka w czasie transportu pacjenta na łóżku</li> <li>• Dodatkowe wyposażenie: system antyzgniecienny zapobiegający zgnieceniu przedmiotów znajdującym się pod leżem, obustronnie pedały nożne do regulacji wysokości leża bez użycia rąk, półka na pościel, dodatkowa szyna DIN do zawieszania cięższych przedmiotów,</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>

Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
 (podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
 do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 4**

Pompy infuzyjne dwutorowe – 20 szt.

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych TAK / NIE*	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pompa infuzyjna dwustrzykawkowa z klawiaturą numeryczną (zamawiający nie dopuszcza pomp jednostrzykawkowych łączonych w zestawy, oznakowanie CE)</li> <li>• Możliwość stosowanie strzykawk o różnych pojemnościach (minimum 5 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml)</li> <li>• Możliwość stosowania strzykawk różnych producentów krajowych i zagranicznych (min. 5)</li> <li>• Automatyczne rozpoznawanie strzykawk</li> <li>• Zakres szybkości dozowania (minimum co 0,1ml/h -0,1-2000 ml/h dla strzykawk 50/60 ml -0,1-1200 ml/h dla strzykawk 30ml ml -0,1-1000 ml/h dla strzykawk 20 ml -0,1-600 ml/h dla strzykawk 10 ml -0,1-400 ml/h dla strzykawk 5 ml</li> <li>• Programowana szybkość podaży w jednostkach (min. ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, ug/kg/h, mg/kg/min., µg/kg/min)</li> <li>• Dokładność szybkości dozowania +(-2%)</li> <li>• regulowana szybkość dozowania dawki</li> </ul>		

<p>uderzeniowej do 2000 ml co 0,1 dla strzykawkę 50/60 ml</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• programowane ciśnienie okluzji w zakresie (min. 300-900 mmHg co 75 mmHg)</li> <li>• możliwość poglądu lub zmiany paramentów w trakcie infuzji</li> <li>• możliwość zablokowania przycisków klawiatury</li> <li>• możliwość programowania nazwy oddziału</li> <li>• wewnętrzna lista leków min. 30 nazw z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika</li> <li>• możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (min. 16 profili)</li> <li>• możliwość programowania prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu</li> <li>• funkcji Stand-By programowana</li> <li>• funkcji KVO programowalna w zakresie min. 0-5 ml/h co 0,1 ml/h</li> <li>• historia infuzji min. 1800 zdarzeń</li> <li>• system kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta wizualny i dźwiękowy</li> <li>• wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim</li> <li>• uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka, stacji dokujących</li> <li>• zasilanie sieciowe 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny)</li> <li>• klasa ochronności min I, CF, odporność na defibrylację</li> </ul>		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• zasilanie wewnętrzne akumulatorowe min. 12 h , przy przepływie 5 ml na godzinę i 4 h przy przepływie 100 ml/h</li> <li>• automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego</li> <li>• waga - 4,2 kg (+/-10%)</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 5**

**Aparaty Ambu wielokrotnego użytku z zestawem do intubacji (laryngoskop)– 8 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worek samorozprężalny dla dorosłych (40 cmH2O) – kompletny</li> <li>• Worek samorozprężalny silikonowy przeznaczony do przeprowadzania oddechu zastępczego w trakcie udzielania pomocy i przeprowadzania tlenoterapii.</li> <li>• Zestaw do intubacji składa się z następujących elementów:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rękojeść bateryjna wielorazowa LED (z baterią 2x C), chromowana, średnia, rozmiar 160 mm</li> <li>– Łyżka Macintosh metalowa `3` rozmiar 135 mm.</li> <li>– Łyżka Macintosh metalowa `4` rozmiar 155 mm.</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego,		

bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego





**ZADANIE 6**

System Holtera EKG z 5 rejestratorami – 1 szt.

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych TAK / NIE*	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Współpraca z rejestratorami 7-kanalowymi, 12-kanalowymi i 3 kanałowymi</li> <li>• Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń.</li> <li>• Narzędzie graficzne do ręcznego rozdzielania morfologii</li> <li>• Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analiza HRV wraz z trendami HRV</li> <li>- Analiza obniżenia i nachylenia odcinka ST</li> <li>- Analiza QT i QTc</li> <li>- Analiza PQ</li> <li>- Analiza fizycznej aktywności fizycznej pacjenta</li> <li>- Detekcja i zaawansowana analiza kardiostymulatorów</li> </ul> </li> <li>• Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg i stronicowym</li> <li>• Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta.</li> <li>• Komunikacja z komputerem poprzez kabel mini USB, karty SD i bezprzewodowa</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menu programu i raporty w języku polskim</li> <li>• Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu</li> <li>• Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem</li> <li>• Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące • w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania</li> <li>• Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych</li> <li>• Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność</li> <li>• Możliwość zmiany szaty graficznej w programie</li> <li>• Możliwość zmiany ilości, rozmiaru i położenia wyświetlanych okien w programie</li> <li>• Tabela arytmii uporządkowana względem ważności.</li> <li>• Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów.</li> <li>• Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami. Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami.</li> <li>• Trendy oraz podział czasowy rytmu podstawowego i wzorów arytmii.</li> <li>• Analiza fizycznej aktywności pacjenta przy pomocy czujnika w rejestratorze</li> <li>• Analiza czasowa statystyk aktywności pacjenta w podziale godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność</li> <li>• Trend aktywności pacjenta</li> <li>• Moduł analizy odcinka PQ</li> </ul>		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podgląd wartości granicznych PQ.</li> <li>• Analiza czasowa wartości PQ w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta.</li> <li>• Podział czasu na zdarzenia PQ i alarmy.</li> <li>• Obrazowanie zespołów QRS w formie Relief i Waterfall</li> <li>• Detekcja impulsów stymulatora. Rozróżnienie pomiędzy stymulację przedsionkową, komorową, dwujamową, pobudzeń zsumowanych i rzekomo zsumowanych.</li> <li>• Histogram odstępów pomiędzy impulsów stymulatora do najbliższego pobudzenia. Badanie ilości impulsów przedsionkowych i komorowych. Badanie czasu aktywacji komór po impulsie. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranych odstępami i-R</li> <li>• Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniem a impulsem stymulatora. Badanie bazowego rytmu stymulatora. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranych odstępami R-i.</li> <li>• Histogram odstępów pomiędzy impulsami stymulatora.</li> <li>• Czas trwania zdarzeń PCM oraz alarmów w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność.</li> <li>• Trendy oraz podział czasu na zdarzenia PCM oraz alarmy.</li> <li>• Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniami w analizie HRV</li> <li>• Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta.</li> <li>• vTrendy wartości HRV</li> <li>• Podgląd i nawigacja do wartości</li> </ul>		
--	--	--

<p>granicznych ST</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG.</li> <li>• Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta.</li> <li>• Wykres oraz podział czasu na podstawowe wartości badania/zdarzenia.</li> <li>• Analiza czasowa wartości nachylenia ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta.</li> <li>• Trendy i podział czasu nachylenia ST.</li> <li>• Podgląd i nawigacja do wartości granicznych QT.</li> <li>• Interaktywny histogram odstępów QT.</li> <li>• Interaktywny histogram skorygowanych odstępów QTc.</li> <li>• Analiza czasowa wartości QT/QTc w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta.</li> <li>• Wykres wartości/zdarzeń QT/QTc.</li> <li>• Oprogramowanie stanowi jeden z modułów platformy medycznej, która zawiera holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, ergospirometrię, komputerowe EKG i komputerową spirometrię</li> <li>• Moduł analizy Poincare – zawierający wykresy Poincare</li> </ul> <p><b>Rejestrator 3-kanalowy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapis danych w trybie i 3-kanalowym z 5 odprowadzeń</li> <li>• Czujnik aktywności fizycznej pacjenta</li> <li>• Możliwość uruchomienia badania</li> </ul>		
---	--	--

<p>bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta</li> <li>• Częstotliwość próbkowania min. 2000Hz przy rozdzielczości zapisu min. 24 bity.</li> <li>• Funkcja wykrywania rozrusznika 100uS przy próbkowaniu min. 40000Hz</li> <li>• Czas ciągłego zapisu min. do 48 h</li> <li>• Zapis danych na karcie pamięci typu SD</li> <li>• Detekcja pracy stymulatora</li> <li>• Wyświetlacz LCD w rejestratorze z podglądem sygnału EKG</li> <li>• Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD i bezprzewodowa</li> <li>• Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon)</li> <li>• Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA</li> <li>• Waga rejestratora z bateriami max. 140g</li> <li>• Maksymalne rozmiary rejestratora: 102 x 62 x 24 mm</li> <li>• W zestawie: futerał z trzema paskami, 4 akumulatory z ładowarką, 2 karty pamięci SD min. 2GB,</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego,		

bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....

(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 7**

**Aparat EKG – 8 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparat 12-kanalowy</li> <li>• Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą)</li> <li>• Wymiar ekranu 5,7” ; 118 x 89 mm</li> <li>• Rozdzielczość ekranu (punkty 640 x 480)</li> <li>• Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna ekran dotykowy</li> <li>• Interfejs RS232, USB, opcjonalnie LAN i WI-FI</li> <li>• Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą</li> <li>• Wymiary (mm) - 330x270x74</li> <li>• Zasilanie sieciowo-akumulatorowe</li> <li>• Waga 3,2 kg (z wbudowanym akumulatorem)</li> <li>• Zasilanie 115V/230V, 50Hz</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szerokość papieru 112 mm</li> <li>• Rodzaj papieru - rolka/ A4 po podłączeniu drukarki pod USB</li> <li>• Rodzaj wydruku - termiczny / zewnętrzna drukarka atramentowa lub laserowa</li> <li>• Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50</li> <li>• Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona</li> <li>• Ilość kanałów: 3, 4, 6, 12</li> <li>• Ilość odprowadzeń – 12</li> <li>• Ilość wyświetlanych odprowadzeń 3,6,12</li> <li>• Ilość drukowanych odprowadzeń – 3,4,6,12, 3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 6x2+1, 6x2+2</li> <li>• Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchro</li> <li>• Detekcja kardiostymulatorów</li> <li>• Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20</li> <li>• Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60</li> <li>• Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35</li> <li>• Filtr izolinii (Hz): 0,125(1,5s); 0,25(0,6s); 0,5(0,3s); 1,5(0,1s), splines</li> <li>• Filtr autoadaptacyjny</li> <li>• Sygnał dźwiękowy tętna</li> <li>• Baza danych min. 250 zapisów EKG w pamięci aparatu</li> <li>• Profil automatyczny</li> <li>• Profil manualny</li> </ul>		
---	--	--



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Możliwość ustawienia nieograniczonej ilości własnych profili użytkownika</li> <li>• Tryb LONG (do wykrywania arytmii), długi zapis 1/2 odprowadzenia (minuty) - 10/10</li> <li>• Minimum 10 profili LONG</li> <li>• Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej HP</li> <li>• Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu</li> <li>• Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu</li> <li>• Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta</li> <li>• Możliwość wpisania do wydruku danych lekarza lub ośrodka zdrowia</li> <li>• Możliwość rozbudowy o analizę i interpretację (analiza liczbowa, interpretacja słowna, uśrednianie krzywych EKG, 10 sek. tętna)</li> <li>• Oprogramowanie do komputerowego EKG</li> <li>• Współpraca na dzień składania oferty z kompleksową platformą kardiologiczną, w której można wykonać zarówno badania EKG, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, holter EKG, holter RR i ergospirometrię.</li> <li>• Możliwość rozbudowy o zestaw do prowadzenia prób wysiłkowych</li> <li>• Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</li> <li>• Częstotliwość próbkowania: 2000 Hz</li> <li>• Możliwość rozbudowy o wewnętrzny moduł spirometryczny (pełna spirometria wdechowo-wydechowa, 49 parametrów)</li> <li>• Częstotliwość wzorcowa – 0,05 Hz-170 Hz</li> </ul>		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozdzielczość cyfrowa - 3,9 <math>\mu</math>V</li> <li>• Przetwarzanie analogowo-cyfrowe A/d 13 bitów</li> <li>• Detekcja kardiostymulatora 100 <math>\mu</math>s/40000 Hz</li> <li>• Zakres dynamiki 15,9 mV</li> <li>• Polaryzacja napięcia <math>\pm</math> 400 mV</li> <li>• Max. zgodność napięcia <math>\pm</math> 5 V</li> <li>• Impedancja wejściowa &gt; 20 MOhm tłumienie sygnału współbieżnego &gt; 98 dB</li> <li>• Normy bezpieczeństwa iEC 601-1 , iEC 601-2-25, iEC 601-1-2, iEC 601-1-4, isO 14971</li> <li>• Wydajność akumulatora do 90 min</li> <li>• Czas ładowania akumulatora max 4-6 godzin (przy całkowitym rozładowaniu)</li> <li>• Klasa bezpieczeństwa ii wg iEC 536</li> <li>• Dedykowany stolik do aparatu</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczętka osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



### ZADANIE 8

**Defibrylator AEG – 5 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych TAK / NIE*	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tryb pracy: automatyczny</li> <li>• Rodzaj impulsu: dwufazowy odcięty</li> <li>• Energia impulsu zgodna z wytycznymi AHA 2010</li> <li>• Możliwość użycia dla dorosłych i dzieci</li> <li>• Sekwencja wyładowań dla dorosłych: 150J – 150J – 200J</li> <li>• Sekwencja wyładowań dla dzieci: 50J – 50J – 50J</li> <li>• Czas analizy EKG max. 10s</li> <li>• Czas ładowania do 150J max. 10 s</li> <li>• Wymiary: max. 9,5cm x 27cm x 24cm</li> <li>• Kompensacja impedancji ciała pacjenta w zakresie min. 25 – 100 ohm</li> <li>• Waga (wraz z baterią): max. 1,8kg</li> <li>• Detekcja ruchu pacjenta</li> <li>• Detekcja kardiostymulatorów</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunikaty głosowe w języku polskim</li> <li>• Zapis danych i głosu na kartach SD- 60 pacjentów</li> <li>• Transfer danych z defibrylatora do PC poprzez kabel USB</li> <li>• Możliwość wyposażenia w oprogramowanie PC do archiwizacji danych z przeprowadzonych defibrylacji</li> <li>• Zasilanie za pomocą baterii LiMnO2 o pojemności 3Ah o żywotności 5 lata</li> <li>• Ilość wyładowań min. 200</li> <li>• Plan auto-testów: co tydzień, co miesiąc oraz przy każdym starcie</li> <li>• Zakres kontroli automatycznej: akumulator, wewnętrzna elektronika, oprogramowanie</li> <li>• Warunki pracy w zakresie 0°÷ 50° C</li> <li>• Warunki przechowywania w zakresie - 20°÷ +60° C</li> <li>• Szttywne opakowanie do przechowania i przenoszenia defibrylatora</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

\* **Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.  
W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



**ZADANIE 9**

**Holter ciśnienia tętniczego – 10 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów stanowiące jeden z modułów platformy kardiologicznej gromadzącej wyniki z holtera EKG i holtera ciśnieniowego z możliwością rozbudowy o moduł ekg spoczynkowego, spirometrii i badań wysiłkowych i ergospirometrii</li> <li>• Możliwość podziału okresu badań na podokresy i ich programowanie</li> <li>• Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów</li> <li>• Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jak i dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu</li> <li>• Menu i raporty w języku polskim</li> <li>• Możliwość wprowadzenia i edycji norm</li> <li>• Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów</li> <li>• Możliwość wprowadzenia uwag do</li> </ul>		

<p>poszczególnych pomiarów</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Możliwość konfiguracji i pełnej edycji raportu</li> <li>• Możliwość zaprogramowania minimum 600 pomiarów w trakcie jednego badania</li> <li>• Zabezpieczenie dostępu do oprogramowania hasłem i kluczem sprzętowym</li> <li>• Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny (światłowodowy) USB.</li> <li>• Rejestrator holterowski ciśnienia tętniczego krwi</li> <li>• Metoda pomiaru oscylometryczna</li> <li>• Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego</li> <li>• Czas ciągłego zapisu min. do 51 godz.</li> <li>• Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta</li> <li>• Pomiar na żądanie</li> <li>• Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą</li> <li>• Przycisk informacji o pobraniu leku</li> <li>• Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA</li> <li>• Możliwość zastosowania różnych średnic rękawów min. 3 rodzaje (mały, duży, standard)</li> <li>• Wyświetlacz LCD w rejestratorze</li> <li>• Wyświetlenie informacji o stanie naładowania baterii</li> <li>• Waga bez akumulatorów max.190g</li> <li>• Maksymalne rozmiary rejestratora: 100 x 70 x 30 mm</li> </ul>		
--	--	--



• W zestawie z każdym rejestratorem futerał z paskiem, 1 mankiet z materiału z możliwością dezynfekcji		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....

(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



**ZADANIE 10**

**Kardiomonitor – 10 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompaktowy i przenośny kardiomonitor</li> <li>• Mocny uchwyt i twarda obudowa ułatwiająca przenoszenie</li> <li>• Ekran LCD 10,4” o wysokiej rozdzielczości (800 x 600 pikseli) z maksymalnie 10 krzywymi na ekranie</li> <li>• Wklęsła czcionka wyświetlanych parametrów w celu lepszej wizualizacji</li> <li>• Min. 6 ekranów wirtualnych umożliwiających wyświetlanie parametrów i krzywych w różnych konfiguracjach</li> <li>• Funkcja obrazowania mini trendów</li> <li>• Wyliczanie dawki leków dla pacjenta</li> <li>• Zapis danych tabelarycznych i trendów graficznych do 7 dni</li> <li>• Możliwość wpisywania danych demograficznych pacjenta</li> <li>• Zmiana kolorów wyświetlanych krzywych</li> <li>• Niska waga, nie większa niż 7 kg łącznie z jednym akumulatorem</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Małe wymiary max. 290 x 175 x 280 mm</li> <li>• Menu obsługi urządzenia w języku polskim.</li> <li>• Aktualizacja i serwisowanie przez kartę SD (max. 2GB)</li> <li>• Możliwość podłączenia do centralnej stacji nadzoru pacjentów przy wykorzystaniu sieci LAN i/lub sieci bezprzewodowej</li> <li>• Wydajny akumulator litowo-jonowy z możliwością pracy do 2 godzin</li> <li>• Możliwość analizy 3 kanałów EKG przy pomocy kabla 3 - odprowadzeniowego, lub 7 kanałów z kabla 5 odprowadzeniowego</li> <li>• Możliwość pełnej analizy do 7 kanałów EKG z analizą odcinka ST</li> <li>• Możliwość rozbudowy do 12-kanałowego EKG z analizą odcinka ST</li> <li>• Wykrywanie min. 13 rodzajów arytmii t.j. TAC, BRD, PVC, VTAC, ASY, BGM, TGM, VENT, VFIB, CPT, TPT, MIB, R/T</li> <li>• Detekcja kardiostymulatorów i wykrywanie arytmii kardiostymulatorów tj. PNF, PNC</li> <li>• Zapis przykładowych fragmentów EKG</li> <li>• Analiza HRV</li> <li>• Zakres pomiaru tętna: min. 0-300 bpm (+/- , 2 bpm)</li> <li>• Saturacja SpO2 kompatybilna z czujnikami dla dorosłych, dzieci i noworodków.</li> <li>• Zakres pomiaru SpO2: 0 - 100%.</li> <li>• Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi (NIBP) obejmujący pomiary NIBP Statystyka co 5-15min, NIBP Żylne Statystyka w zakresie 50 - 200 mmHg oraz</li> </ul>		
---	--	--

<p>NIBP Maks. Poziom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zakres pomiarowy NIBP: dla dorosłych min. 0 - 300 mmHg, dla noworodków min. 0 - 150 mmHg</li> <li>• Oddech, zakres pomiaru 0-200 oddechów / minutę</li> <li>• Powiększony wykres zmian HR, SpO2 oraz Oddechu</li> <li>• Pomiar APG (Accelerated Plethysmogram)</li> <li>• Możliwość pomiaru Temperatury w 2 kanałach w trybie ciągłym, pomiar rektalny i skórny.</li> <li>• Zakres pomiarowy 0-50C.</li> <li>• Możliwość inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (IBP) w 2 kanałach.</li> <li>• Zakres pomiarowy -50 - 350 mmHg.</li> <li>• Możliwość rozbudowy pomiar kapnografii EtCO2 do wyboru : microstream, mainsteam, sidestream.</li> <li>• Możliwość rozbudowy o pomiar ICO przy pomocy cewnika Swan-Ganz metodą termodilucji wykorzystującą cewnik tętnicy płucnej</li> <li>• Dedykowany mobilny stolik</li> </ul>		
---	--	--

**INNE WYMAGANIA**

Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

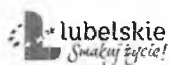
*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



**ZADANIE 11**

**Elektryczny podnośnik jezdny – 10 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podnośnik kąpielowo-transportowy do 175kg</li> <li>• możliwość podnoszenia pacjentów z łóżka, wózka lub podłogi</li> <li>• trzy rodzaje nosideł, w minimum 4 rozmiarach</li> <li>• możliwość łatwego składania urządzenia do transportu</li> <li>• zakres pozycji ramienia 766-1840mm</li> <li>• długość podstawy 1290mm</li> <li>• możliwość regulacji dystansu między nogami podstawy w zakresie 680-1225mm</li> <li>• wysokość podstawy 111mm+/-10%</li> <li>• waga urządzenia 42kg+/-10%</li> <li>• podnośnik wyposażony w przycisk awaryjny</li> <li>• kółka z możliwością blokady</li> <li>• akumulator zapewniający 40 podniesień na jedno ładowanie</li> </ul>		

<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 12**

**Łóżka z materacami dla otyłych – 10 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czterosekcyjne łóżko z materacem do opieki medycznej</li> <li>• elektryczna regulacja: podparcia pleców, podparcia ud, wysokości łóżka, przechyłów Trendelenburga/ anty-Trendelenburga.</li> <li>• Łóżko spełniające normę IEC60601-2-52.</li> <li>• Dwa panele kontrole na przewodach.</li> <li>• Główny panel kontrolny pielęgniarki (z możliwością blokady funkcji) znajdujący się przy nogach łóżka, panel kontrolny pacjenta z boku łóżka (regulacja funkcji Bio-Contour, w przypadku łóżka z oparciem pleców przeziernym dla RTG regulacja funkcji Autokontour).</li> <li>• Funkcja Bio-Contour – równoczesna regulacja oparcia i uniesienia nóg celem uzyskania komfortowej pozycji pacjenta - w przypadku łóżek z panelem oparcia pleców przeziernym dla RTG, funkcja Auto-Contour.</li> <li>• Możliwość regulacji łóżka w trzech długościach: 219-230-242cm (dla łóżka z panelem wezłowania na podstawie 224-235-247cm).</li> <li>• Bezpieczne obciążenie robocze łóżka: min. 250 kg.</li> <li>• Wyprofilowane panele platformy materaca redukujące nacisk na ciało pacjenta</li> </ul>		



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cztery pojedyncze koła zwrotne o średnicy 125mm.</li> <li>• Możliwość blokowania jednego koła do jazdy na wprost.</li> <li>• Pojedyncze pedały sterujące od strony nóg.</li> <li>• Wieszaki do montowania woreczków drenazowych znajdujące się pod segmentem siedzenia po obu stronach łóżka.</li> <li>• Zasilanie bateryjne po odłączeniu od głównego źródła zasilania zapewniające pełną funkcjonalność łóżka w czasie transportu pacjenta na łóżku</li> <li>• Bariery boczne składane metalowe</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....

(podpis i pieczętka osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 13**

Wózki dla osób otyłych – 15 szt.

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wózek aluminiowy dedykowany dla osób ważących do 175 kg.</li> <li>• wyposażony w barierkę łączącą rączki do pchania</li> <li>• spełnia wysokie europejskie normy jakościowe dotyczące tego rodzaju sprzętu: TUV, CERAH</li> <li>• certyfikowany pod względem CRASH TESTU i spełnia normę ISO 7176-19.</li> <li>• posiada:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 wysokości siedziska od podłoża,</li> <li>- 2 głębokości siedziska,</li> <li>- 3 wysokości podparcia pod łokieć,</li> <li>- 3 głębokości podparcia pod łokieć,</li> <li>- 5 poziomów nachylenia siedziska.</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia		

protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczętka osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



**ZADANIE 14**

**Ssak medyczny– 15 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia: .....**  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma: .....**  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: ..... (nie wcześniejszy niż 2019)**

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• klasa zabezpieczenia IIa, (typ CF);</li> <li>• podciśnienie max. nie mniejsze niż 75 kPa;</li> <li>• wydajność ssania co najmniej 18 l/min;</li> <li>• membranowy regulator podciśnienia z zabezpieczeniem przed przypadkowym przestawieniem podciśnienia;</li> <li>• wielostopniowe zabezpieczenie przed przelaniem pompy;</li> <li>• przystosowany do pracy ciągłej;</li> <li>• pompa bezolejowa, tłokowa, niskoobrotowa, nie wymagająca konserwacji;</li> <li>• waga do 3,5 kg;</li> <li>• wyposażony w uchwyt do przenoszenia;</li> <li>• możliwość zawieszenia na szynie;</li> <li>• z uchwytem bocznym do zawieszenia zbiornika lub pojemnika na cewniki;</li> <li>• zbiornik o poj. nie mniejszej niż 1,5 l, wielorazowy, wykonany z poliwęglanu, nietłukący, z podziałką, do wkładów jednorazowych, z blokadą zabezpieczającą wysuwanie się zbiornika z uchwytu w czasie wymiany wkładu;</li> <li>• wkłady jednorazowe kompatybilne z w/w zbiornikami;</li> <li>• filtry antybakteryjne z zabezpieczeniem przed</li> </ul>		

przelaniem;  • dren silikonowy autoklawowalny do pacjenta z łącznikiem do cewników o długości co najmniej 2 m;  • uchwyt na dren;  • zasilanie sieciowo- bateryjne z czasem podtrzymania ssania przez okres co najmniej 30 minut.		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

\* **Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
 (podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
 do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 15**

**Aparat USG przenośny – 1 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• waga 4,8 kg+/-10%</li> <li>• możliwość zainstalowania na wózku jezdnym</li> <li>• w zestawie z monitorem LCD (LED)</li> <li>• wyposażony w bezprzewodowe głowice</li> <li>• odległość od głowicy do konsoli w trakcie pracy do 3 metrów</li> <li>• szerokopasmowa głowica liniowa o paśmie częstotliwości 5 – 13 MHz</li> <li>• szerokopasmowa głowica konweksowa o paśmie podstawowym 2 - 5 MHz</li> <li>• opcja obsługi za pomocą elementów sterujących umiejscowionych na głowicach</li> <li>• czas pracy głowicy na baterii – 90min</li> <li>• czas pełnego naładowania akumulatora 1h 15min</li> <li>• integracja z systemem archiwizacji</li> <li>• możliwość przechowywania badań na wbudowanej pamięci flash</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• praca w trybach B, Color Doppler oraz Power.</li> <li>• możliwość następujących rodzajów badań: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badania jamy brzusznej</li> <li>• Badania naczyniowe</li> <li>• Badania mięśniowo-szkieletowe</li> <li>• Badania nerwów</li> <li>• Badania małych narządów</li> <li>• Badania nerek</li> <li>• Badania ginekologiczne</li> <li>• Badania położnicze</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 16**

**Aparat USG przenośny – 1 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cyfrowy system formowania wiązki</li> <li>• w dwa równoważne porty głowic obrazowych</li> <li>• głowica liniowa; zakres częstotliwości 5-12MHz</li> <li>• głowica convex; zakres częstotliwości 2-5 MHz</li> <li>• wyposażony w technologię pozwalającą na pracę na kilku częstotliwościach jednocześnie</li> <li>• funkcja obrazowania trapezoidalnego</li> <li>• tryby obrazowania: Obraz B, kolorowy Doppler, Power Doppler, kierunkowy Power Doppler, spektralny Doppler pulsacyjny, tryb M, tryb anatomiczny M</li> <li>• urządzenie wyposażone w 4 niezależne koła skrętne z możliwością blokowania każdego z nich</li> <li>• system archiwizacji i zarządzania obrazami</li> <li>• kolorowy monitor FullHD LED.</li> </ul>		



<ul style="list-style-type: none"> <li>• możliwością podłączenia głowic: liniowych, Convex, MicroConvex, Endo Phased Array</li> <li>• opcja rozbudowy urządzenia o dodatkowe funkcje, np: pakiet pomiarów kardiologicznych, lokalizacja igły przy wykonywaniu biopsji, montaż przełącznika nożnego, podgrzewacz żeluz regulacją temperatury</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 17**

Aparat RTG jezdny – 1 szt.

Model/typ oferowanego urządzenia: .....  
(wypełnia Wykonawca)

Producent/firma: .....  
(wypełnia Wykonawca)

Rok produkcji: ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych TAK / NIE*	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<p><b>Generator RTG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generator wysokiej częstotliwości <math>\geq 40</math> kHz</li> <li>• Moc nominalna generatora <math>\geq 32</math> kW [IEC 60601-1)</li> <li>• Maksymalny pobór prądu [A] <math>\leq 16</math></li> <li>• Zasilanie z gniazda o napięciu 230 V</li> <li>• Zakres dostępnych wartości napięć generatora <math>\geq 40 - 125</math> kV</li> <li>• Zakres dostępnych wartości prądowych generatora <math>\geq 50 - 400</math> mA</li> <li>• Zakres dostępnych wartości mAs <math>\geq 0,2 - 110</math> mAs</li> <li>• Zakres dostępnych wartości czasu ekspozycji <math>\geq 0,001 - 2,0</math> s</li> </ul> <p><b>Lampa i kolimator</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lampa z anodą wirującą <math>\geq 2700</math> obr/min</li> <li>• Dwa ogniska lampy</li> <li>• Nominalny wymiar małego ogniska <math>\leq 0,6</math> mm (IEC 60363)</li> <li>• Nominalny wymiar dużego ogniska <math>\leq 1,3</math></li> </ul>		

<p>mm (IEC 60363)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominalna moc anodowa na małym ognisku <math>\geq 10</math> kW (IEC60613)</li> <li>• Nominalna moc anodowa na dużym ognisku <math>\geq 32</math> kW (IEC60613)</li> <li>• Pojemność termiczna anody <math>\geq 100</math> kHU</li> <li>• Maksymalne ciągłe rozpraszanie ciepła anody <math>\geq 300</math> W</li> <li>• Zabezpieczenie lampy RTG przed przegrzaniem</li> <li>• Kolimacja ręczna z wewnętrznym źródłem światła, wielowarstwowa, pole kwadratowe o pokryciu w zakresie od 0 cm x 0 cm do 43 x 43 cm</li> <li>• Oświetlenie pola operacyjnego o intensywności <math>\geq 160</math> Lux</li> <li>• Pomiar odległości ogniska</li> <li>• Kolimator z minimum dwoma liniami lasera do ustawienia odległości SID 100 cm</li> <li>• Filtracja własna kolimatora dla 75 kV [ekwiwalent mm Al]</li> <li>• Dodatkowa filtracja wewnętrzna kolimatora.</li> <li>• Filtry wbudowane/ zintegrowane z kolimatorem.</li> <li>• Minimum trzy rodzaje filtrów: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 mm Al+0,1 mm Cu;</li> <li>- 1 mm Al+0,2 mm Cu;</li> <li>- 2 mm Al</li> </ul> </li> <li>• Obrót kolimatora <math>\geq \pm 90^\circ</math></li> </ul> <p><b>Kolumna/ramię aparatu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamulec nożny ruchu wzdłużnego aparatu</li> <li>• Hamulec nożny z funkcją blokady kół do jazdy na wprost</li> </ul>		
--	--	--

- System jezdny składający się z czterech kół jezdnych
- Szerokość aparatu  $\leq 65$  cm
- Wymiary transportowe aparatu  $\leq 150/65/150$  cm [wys\*szer\*długość]
- Masa aparatu z detektorem  $\leq 175$  kg
- Minimalna odległość ogniska od podłogi (oś Z)  $\leq 50$  cm
- Maksymalna odległość ogniska od podłogi (oś Z)  $\geq 205$  cm
- Obrót monobloku dookoła osi ramienia (obrót  $\alpha$ )  $\geq 180^\circ$
- Obrót monobloku dookoła własnej osi (obrót  $\gamma$ )  $\geq 150^\circ$
- Maksymalny poziomy wysięg ramienia lampy (odległość od płaszczyzny przedniej aparatu do osi ogniska lampy)  $\geq 105$  cm

### **Wyposażenie dodatkowe, inne cechy/funkcje**

- Zintegrowany zdalny przycisk wyzwania ekspozycji na kablu o długości  $\geq 6$  m
- Cyfrowy panel detekcyjny w systemie bezprzewodowej komunikacji wifi, współpracujący z oferowanym aparatem RTG, o poniższych parametrach - 1 sztuka:
  - wielkość detektora  $46 \times 46$  cm ( $\pm 1,0$  cm)
  - rozmiar pola aktywnego  $\geq 43 \times 43$  cm ( $\pm 1,0$  cm)
  - maksymalna wielkość pojedynczego piksela  $150 \mu\text{m} \pm 10 \mu\text{m}$
  - przetwornik A/C  $\geq 16$  bitów
  - masa detektora z baterią  $\leq 3,6$  kg
  - zakres energetyczny 40-150 kV
  - zestaw min. 2 akumulatorów/baterii
  - dedykowana ładowarka ładująca jednocześnie min. 2 akumulatory

### **Stacja akwizycyjna z**

**oprogramowaniem do sterowania  
aparatem i obróbki zdjęć**

- Dedykowany komputer do obsługi aparatu
- Monitor LCD kolorowy, dotykowy, przekątna ekranu  $\geq 19''$
- Konsola umożliwiająca podgląd obrazu po wykonaniu zdjęcia
- Konsola przygotowana do obsługi oferowanego z aparatem RTG detektora cyfrowego
- Panel sterowania detektorem cyfrowym i obróbki obrazu zintegrowany z generatorem i konsolą do obróbki zdjęć (predefiniowane parametry ekspozycji wybranej na panelu sterowania ciągiem obrazowym przekazywane na generator aparatu, parametry wykonanej ekspozycji zwracane do tagów DICOM zarejestrowanego obrazu).
- Konsola ze wskaźnikami:
  - naładowania baterii detektora;
  - siły sygnału bezprzewodowego połączenia;
  - informującym o aktualnie wybranym detektorze.
- Dodatkowa konsola wbudowana w aparat, umożliwiająca co najmniej ustawienie parametrów ekspozycji i wykonanie badania w przypadku awarii detektora cyfrowego lub monitora, np. na kasecie analogowej z filmem lub kasecie CR
- Interfejs oprogramowania medycznego, sterowania aparatem i obróbki obrazu w całości w języku polskim (wraz z pomocą kontekstową)
- Wybór i konfiguracja programów anatomicznych
- Wybór parametrów pracy generatora
- Po wykonaniu zdjęcia dane ekspozycyjne z generatora jak kV oraz mAs są automatycznie (bez udziału technika)

<p>zapamiętywane w nagłówku obrazu w formacie DICOM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nagrywarka CD i / lub DVD</li> <li>• Import danych pacjenta systemu RIS poprzez DICOM Worklist. Obsługa standardu kodowania min. Latin 2 lub UTF-8 umożliwiającą wyświetlanie polskich znaków diakrytycznych (ą,ć,ż,ę, itd.)</li> <li>• Obsługa protokołów DICOM: DICOM Send, DICOM Print, DICOM Storage Commitment, DICOM Worklist / MPPS</li> <li>• Funkcje obróbki obrazów, min: obrót obrazów, lustrzane odbicie, powiększenie (zoom), funkcje ustawiania okna optycznego (zmiana jasności i kontrastu), wyświetlanie znaczników, dodawanie komentarzy</li> <li>• Oprogramowanie do optymalizacji kontrastu obrazu</li> <li>• Analiza zdjęć odrzuconych</li> <li>• Podanie sumarycznej dawki pacjenta otrzymanej podczas całego badania (w przypadku kilku projekcji). System powinien podawać dawkę DAP dla każdej ekspozycji oraz łącznie dla całego badania</li> <li>• Dedykowane oprogramowanie pediatryczne z podziałem na kategorie wiekowe i wagowe (min. po 4 grupy)</li> <li>• Oprogramowanie do wizualizacji rur intubacyjnych</li> <li>• Oprogramowanie wirtualnej kratki przeciwrozproszeniowej umożliwiające wykonywanie badań bezkratkowych</li> <li>• Możliwość współpracy z usługą Active Directory (usługą katalogową systemu Windows polegającą na jednoczesnej lokalizacji uprawnień użytkowników, obiektów w sieci i ich udostępniania)</li> <li>• Możliwość ręcznego wprowadzenia SID</li> </ul>		
--	--	--

<p>(odległości ogniska lampy od detektora) oraz OID (odległość detektora od pacjenta) dla skalkulowania ERMF (Estimated Radiographic Magnification Factor – współczynnik powiększenia) i w efekcie- możliwość pomiarów na obrazie w jednostkach rzeczywistych bez dodatkowych kalibracji</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multisesyjność – możliwość otwarcia co najmniej 15 sesji z różnymi badaniami w tym samym czasie</li> <li>• Możliwość otwarcia zamkniętego badania i dodania nowego obrazu z dodatkowej ekspozycji</li> <li>• Dostęp do stacji tylko po uprzednim zalogowaniu się przez technika</li> <li>• Funkcjonalność automatycznego dopasowywania parametrów obróbki obrazu niezależnie od badanej części ciała i rodzaju projekcji</li> <li>• Automatyczne przysyłanie nienaświetlonych fragmentów obrazu</li> <li>• Oprogramowanie umożliwiające usuwanie obrazu kratki stałej</li> <li>• Generowanie histogramu dla obrazu i jego wyświetlenie</li> <li>• Kalibracja liniowa i kołowa pozwalająca na wykonywanie pomiarów w wielkościach rzeczywistych</li> <li>• Wykonywanie pomiarów – pomiar odległości, pomiar kąta, automatyczny pomiar różnicy długości nóg, pomiary skoliozy, automatyczne wyznaczanie połowy oznaczonej długości</li> <li>• Nanoszenia adnotacji – min. Predefiniowane teksty, linie, strzałki, kształty podstawowe (okrąg, prostokąt, wielobok)</li> <li>• Oprogramowanie stacji do wykonywanie</li> </ul>		
---	--	--

badań nagłych (bez rejestracji jakichkolwiek danych pacjenta) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dedykowane oprogramowanie optymalizujące obrazowanie kręgosłupa lędźwiowego u otyłych pacjentów</li> <li>• Dedykowane oprogramowanie optymalizujące obrazowanie jamy brzusznej u otyłych pacjentów</li> <li>• Możliwość aktywizacji trybu pełnoekranowego</li> <li>• Jednoczesne wyświetlanie dwóch obrazów pacjenta (split screen)</li> <li>• Automatyczna lokalna archiwizacja obrazów badań na płytach CD/DVD we wskazanym folderze (lokalnym, sieciowym, na zewnętrznym dysku) oraz w usługach gromadzenia danych w chmurze (np. Dropbox, Google Drive)</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.

W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.

....., dnia.....

.....

(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego





**ZADANIE 18**

Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń – 1 szt.

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urządzenie do dekontaminacji pomieszczeń roztworem nadtlenu wodoru</li> <li>• Urządzenie bezpieczne i łatwe w obsłudze</li> <li>• Rozprasza środek dezynfekujący w postaci suchej mgły (5-8µm)</li> <li>• Wydajność do 300 m3</li> <li>• Wbudowany generator ozonu</li> <li>• Do pracy urządzenia należy używać jednocześnie 2 pojemniki środka chemicznego.</li> <li>• Standardowy dostęp Ethernet &amp; WiFi (komputer, tablet i smartfon można połączyć z urządzeniem TwinCruiser)</li> <li>• Wbudowany czujnik temperatury i wilgotności</li> <li>• Wbudowany czujnik ruchu</li> <li>• Wymiary: wysokość 110 cm x szerokość 42 cm x głębokość 46 cm +/-10%</li> <li>• Waga netto: 45 kg +/-10%</li> </ul>		

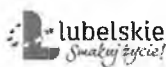
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wyposażony w 2 duże koła, amortyzowane dla użytku Szpitalnego</li> <li>• Zasilanie: 230V 50 Hz</li> <li>• Używane w połączeniu z nadtlakiem wodoru (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) lub peroxide (O<sub>3</sub>+H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>)</li> <li>• Zgodne z normami: NFT-72-281 oraz NF EN 14348</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

- 1) W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.
- 2) W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 19**

Urządzenie do zamglawiania pojazdów – 2 szt.

Model/typ oferowanego urządzenia: .....  
(wypełnia Wykonawca)

Producent/firma: .....  
(wypełnia Wykonawca)

Rok produkcji: ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dezynfekcja za pomocą rozpylonej mgły</li> <li>• możliwość używania roztworów o pH 0-12</li> <li>• silnik wykonany z aluminium (odporny na korozję)</li> <li>• 6 litrowy zbiornik na środki chemiczne</li> <li>• zakres zużycia środka chemicznego od 30l/h do 60l/h</li> <li>• moc silnika co najmniej 1250W</li> <li>• zasięg działania urządzenia do 8 metrów</li> <li>• czas pracy urządzenia na pełnym zbiorniku 5-10 min</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>

Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....

(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 20**

**Zmywarka z wyparaczem do naczyń – 1 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmywarka z funkcją wyparzania, wykonana ze stali nierdzewnej, sterowana elektromechanicznie.</li> <li>Wymiary maksymalne WxSxG: 840x570x670mm</li> <li>Przystosowana do mycia talerzy, szkła, tac i pojemników GN 1/1</li> <li>• maksymalna wysokość mytego naczynia 320 mm</li> <li>• cykl mycia 120 s lub 180 s</li> <li>• wydajność koszy na godzinę - 30/h; 24/h</li> <li>• kontrolki temperatury pracy bojlera i komory</li> <li>• 2 pary ramion myjąco-płuczających (góra/dół)</li> <li>• zużycie wody 2,5 l/cykl</li> <li>• moc grzałki komory - 2 kW</li> <li>• moc grzałki bojlera - 3 kW lub 4,5 kW</li> <li>• kosz 500x500 mm</li> <li>• uniwersalny system zasilania umożliwiający</li> </ul>		

konfigurację napięcia zasilającego 230 lub 400V		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

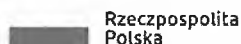
**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 21**

**Myjnia-dezynfektor – 1 szt.**

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Model wolnostojący, niewymagający opróżniania basenów ani kaczek;</li> <li>• Minimalna pojemność komory: • jeden basen z przykrywką + jedna kaczka, • trzy kaczki, • możliwość mycia basenów standardowych podłużnych o długości 55 cm oraz małych misek;</li> <li>• Konstrukcja komory ze stali kwasoodpornej klasy wg PN EN 1.4401 lub lepszej gatunkowo;</li> <li>• Obudowa ze stali nierdzewnej klasy wg PN 1.4301 lub lepszej gatunkowo;</li> <li>• Konstrukcja wewnętrzna komory bez ostrych krawędzi, narożników i spoin (komora wykonana jako głęboko tłoczony monolit z nachylonym sufitem ułatwiającym spływanie cieczy);</li> <li>• Komora izolowana termicznie i akustycznie materiałem o grubości minimum 1 cm;</li> <li>• Maksymalny dopuszczalny poziom hałasu 50 dB (<math>\pm</math> 5dB);</li> <li>• System natryskowy komory wyposażony</li> </ul>		

<p>w minimum 12 dysz ciśnieniowych (<math>\pm 2</math> dysze) (w tym minimum 5 obrotowych);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drzwi uchylne otwierane i zamykane ręcznie (z wyłączeniem załadunku od góry);</li> <li>• Uszczelka drzwiowa labiryntowa wykonana w postaci kanału ze stali kwasoodpornej nie wymagająca przeglądów i wymiany oraz odporna na uszkodzenia mechaniczne;</li> <li>• Blokada drzwi przez cały czas trwania cyklu (drzwi mogą być otwarte dopiero po zakończeniu wszystkich faz procesu mycia i dezynfekcji);</li> <li>• Regulacja dezynfekcji termicznej w zakresie do 93° C włącznie (z możliwością uzyskania dezynfekcji termicznej AO=600);</li> <li>• Wszystkie programy mycia zakończone fazą dezynfekcji termicznej;</li> <li>• Czas programów mycia i dezynfekcji 5-10 minut;</li> <li>• Zużycie wody w programach maksymalnie do 40 l/ cykl;</li> <li>• Wyposażona w uniwersalny kosz załadowniczy umożliwiający umieszczenie w myjni różnego rodzaju i różnej ilości sprzętu wymienionego w pkt 2. Możliwość wysunięcia kosza z uchwytów i zamiany na kosz innego typu bez użycia narzędzi;</li> <li>• Konstrukcja kosza załadowniczego powodująca opróżnianie załadunku z nieczystości przy zamykaniu drzwi komory;</li> <li>• Sterownik mikroprocesorowy;</li> <li>• Na wyświetlaczu prezentowane są informacje o stanie urządzenia, temperaturze w komorze, mycia, błędach procesu;</li> <li>• Elektroniczny system kontroli temperatury w komorze w oparciu o czujnik</li> </ul>		
--	--	--



<p>temperatury;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wbudowana wytwornica pary o mocy minimum 3,0 kW wyposażona w elektroniczny czujnik temperatury oraz czujnik poziomu wody;</li> <li>• Automatyczna dezynfekcja termiczna parą wszystkich rur i dysz;</li> <li>• Pompa dozująca płynny środek myjąco – odkamieniający;</li> <li>• Wydajność pompy myjącej minimum 400 l /min;</li> <li>• Konstrukcja i wykonanie urządzenia zgodne z PN EN 15883-1/3 potwierdzone deklaracją zgodności oraz certyfikatem;</li> <li>• Zgodność z dyrektywą 93/42/EEC potwierdzona deklaracją zgodności CE lub certyfikatem CE;</li> <li>• Wymiary urządzenia maksymalne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• szerokość od 50 cm do 60 cm,</li> <li>• głębokość od 45 cm do 60 cm,</li> <li>• wysokość do 178 cm;</li> </ul> </li> <li>• Odpływ kanalizacyjny w myjni do 100 mm. Myjnia wyposażona w rurę odpływową;</li> <li>• Myjnia wyposażona w przyłącze wody ciepłej i zimnej;</li> <li>• Przyłącze elektryczne 230 V; 50 Hz oraz 400 V; 50 Hz zgodnie ze standardem polskim;</li> </ul>		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Sprzęt medyczny fabrycznie nowy		<b>Nie dotyczy</b>
Sprzęt medyczny oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego,		

bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego sprzętu medycznego		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....

(podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)



**ZADANIE 22**

Maszyny do sprzątania – 5 szt.

**Model/typ oferowanego urządzenia:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Producent/firma:** .....  
(wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji:** ..... (nie wcześniejszy niż 2019)

Opis przedmiotu zamówienia wymagania minimalne	Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych <b>TAK / NIE*</b>	W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maszyna szorująco osuszająca posadzkę,</li> <li>• 5 godzin pracy na bateriach 120Ah,</li> <li>• 500mm szerokość czyszczenia, ilość szczotek x 1,</li> <li>• 815mm szerokość ssawy, emisja dźwięku 58 dB,</li> <li>• zbiornik wody czystej brudnej 55 litrów,</li> <li>• moc silnika szczotki 550W,</li> <li>• moc silnika ssania 330W, wydajność 1950m<sup>2</sup>,</li> <li>• nacisk szczotki 30 kg, wymiary 1216 x 502 x 975 mm,</li> <li>• waga bez akumulatorów 89kg, AFS- anty foam system,</li> <li>• licznik motogodzin, dioda o braku wody czystej jak i przepełnionym zbiorniku wody brudnej</li> <li>• Zakładanie oraz zdejmowanie szczotki uchwytu pada automatycznie,</li> <li>• gumy typu czterostronnego zmiana bez użycia</li> </ul>		

narzędzi.		
<b>INNE WYMAGANIA</b>		
Wyposażenie fabrycznie nowe		<b>Nie dotyczy</b>
Wyposażenie oznakowany znakiem CE		<b>Nie dotyczy</b>
Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego sprzętu medycznego w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza on-line		<b>Nie dotyczy</b>
Gwarancja min. 24 miesiące liczona od dnia protokolarnego odbioru sprzętu medycznego, bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji		
Folder/ ulotka/ materiały informacyjne dot. oferowanego wyposażenia		<b>Nie dotyczy</b>

**\* Uwaga!**

*W powyższej tabeli kolumnę nr 2 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 2 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy nie będzie spełniać wymagań Zamawiającego.*

....., dnia.....

.....  
(podpis i pieczętka osoby / osób uprawnionych  
do występowania w imieniu Wykonawcy)



**U M O W A Nr.....**

Zawarta w dniu ..... pomiędzy:

Szpitałem Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej z siedzibą przy ul. Abramowickiej 2 w Lublinie, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Lublin- Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydziale Gospodarczym KRS pod nr 0000004020, NIP: 946-21-60-056, REGON: 431019046 zwanym dalej: „Zamawiającym”

reprezentowanym przez:

.....

a

..... zwanym  
dalej “Wykonawcą” reprezentowanym przez:

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest dostawa ..... (zwanego dalej: „towarem”) do Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. M. Kaczyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie przy ul. Abramowickiej 2.

2. Szczegółowy asortyment i ilość zamawianych towarów określa Opis przedmiotu zamówienia - załącznik numer 2 do zapytania ofertowego, stanowiący integralną część niniejszej umowy.

**§ 2**

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć towar będący przedmiotem umowy do Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie przy ul. Abramowickiej 2 w formie dostawy na następujących warunkach:

1) we własnym zakresie i na swój koszt,

2) w asortymencie i ilości określonej w załączniku nr 2 zaproszenia ofertowego wraz z wymaganymi dokumentami (tj. instrukcją obsługi w języku polskim, kartą gwarancyjną oraz Dokumentacją Techniczno-Ruchową, informacjami niezbędnymi do wypełnienia dokumentu paszportu technicznego towaru). Dokumenty winny być sporządzone w języku polskim, a w przypadku dokumentów obcojęzycznych dostarczone wraz z tłumaczeniem na język polski.

3) w terminie ..... **dni od podpisania umowy**, w godz. od 7: 00 do 14:00;

4) wraz z zainstalowaniem we wskazanych przez Zamawiającego pomieszczeniach, uruchomieniem i wykonaniem testów sprawności dostarczonego towaru, jak również wyposażenie go (jeśli występuje taka konieczność) w przyłącza do istniejącej instalacji oraz gniazda niezbędne do prawidłowej pracy.

5) przeprowadzenie instruktażu personelu (medycznego i technicznego) towaru z zakresu prawidłowej obsługi i zasad eksploatacji, konserwacji, podstawowej diagnostyki (w sytuacji wystąpienia awarii) oraz przeglądów dostarczonego sprzętu.

6) montaż towaru obejmujący: -wniesienie i rozpakowanie

7) zapewnić pierwszy rozruch towaru przy udziale przedstawiciela Zamawiającego.

8) zapewnić bezpłatny serwis towaru w trakcie trwania gwarancji a w przypadku naprawy gwarancyjnej - zapewnienie towaru o takich samych parametrach.

2. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia towaru:

1) pełnowartościowego, nowego, wyprodukowanego zgodnie z obowiązującymi normami i standardami, posiadającego wymagane zezwolenia dopuszczające do obrotu na terenie Polski,

- 2) pierwszej klasy,
- 3) odpowiadającego parametrom ilościowym i jakościowym określonym przez Zamawiającego.
3. Potwierdzeniem zrealizowania przez Wykonawcę całego zakresu objętego umową będzie protokół odbioru podpisany przez upoważnionych przedstawicieli stron. Najpóźniej w dniu odbioru Wykonawca przekaże Zamawiającemu wszelkie dokumenty, o których mowa w **§ 2 ust 1 pkt 2**.
4. Po zainstalowaniu i uruchomieniu, towar musi być w pełni gotowy do pracy bez ponoszenia przez Zamawiającego żadnych dodatkowych kosztów z tego tytułu. Wszelkie koszty związane z transportem i montażem, a także uruchomieniem, próbami, sprawdzeniem i czynnościami związanymi z dopuszczeniem urządzenia/sprzętu medycznego do eksploatacji oraz przeprowadzonym instruktazem ponosi Wykonawca. Ww. czynności muszą być wkalkulowane w cenę ofertową.

### § 3

1. Jakikolwiek zdarzenia utrudniające Wykonawcy wykonanie zamówienia nie zwalniają go z obowiązku dostawy towaru w terminie, o którym mowa w § 2 ust 1 pkt 3).
2. Wykonawca ma obowiązek niezwłocznie powiadomić Zamawiającego o wszelkich okolicznościach uniemożliwiających dostawę towaru Zamawiającemu.
3. W wypadku określonym w ust. 2 oraz w przypadku niewykonania zamówienia przez Wykonawcę w ustalonym terminie, Zamawiający ma prawo zlecić wykonanie umowy u dowolnie wybranego przez siebie sprzedawcy na koszt i ryzyko Wykonawcy. Uprawnienie Zamawiającego jest niezależne od możliwości żądania przez Zamawiającego zapłaty kar umownych określonych w § 9 niniejszej umowy.

### § 4

1. Strony ustalają maksymalne wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy w kwocie netto .....zł (słownie:.....), brutto (słownie:.....).
2. Podstawę do wystawienia faktury VAT stanowi protokół odbioru towaru.
3. Zapłata za dostarczony towar nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy nr ..... w terminie 7 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Zamawiającego.
4. Datą zapłaty jest dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
5. W przypadku gdy w treści umowy jest mowa o wynagrodzeniu należy przez to rozumieć wynagrodzenie w wysokości brutto.
6. Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego i organu założycielskiego Zamawiającego zbywać wierzycelności wynikających z niniejszej umowy, obciążać ich, ani dokonywać innych czynności mających na celu lub prowadzących do zmiany po stronie wierzyciela.

### § 5

1. O wszystkich stwierdzonych wadach Zamawiający zawiadomi Wykonawcę na piśmie lub mailem, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od stwierdzenia wady.
2. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego wad przedmiotu umowy w okresie gwarancji, złoży on pisemną reklamację za pośrednictwem poczty elektronicznej do Wykonawcy w terminie 24 godzin od dnia stwierdzenia wady. Reklamacje Zamawiającego będą załatwiane przez Wykonawcę, nie później niż w terminie 5 dni od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
3. W przypadku wystąpienia wady fabrycznej w okresie gwarancji, której nie można usunąć by doprowadzić towar do pełnej funkcjonalności jak przed wystąpieniem wady, Wykonawca zobowiązany jest do wymiany dostarczonego towaru na nowy, wolny od wad. Dostarczenie towaru nastąpi na koszt i ryzyko Wykonawcy.
4. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego wad jakościowych i ilościowych w wykonaniu przedmiotu niniejszej umowy podlegają one reklamacji. Po ujawnieniu takiego braku lub wad Zamawiający

sporządza protokół zawiadamiając jednocześnie Wykonawcę, który zobowiązany jest – w terminie 5 dni od dnia otrzymania reklamacji - do uzupełnienia braków lub wymiany towaru na nowy, pełnowartościowy

5. W przypadku niedostarczenia towaru w terminie o którym mowa w § 5 ust 4 lub dostarczenia towaru, który podlega zwrotowi ze względu na niespełnianie warunków jakościowych określonych w niniejszej umowie, Zamawiający może dokonać zakupu reklamowanego towaru u dowolnie wybranego przez siebie sprzedawcy na koszt i ryzyko Wykonawcy. Uprawnienie to jest niezależne od możliwości żądania przez Zamawiającego zapłaty kar umownych określonych w § 9 ust 2 niniejszej umowy.

6. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego:

- a) dostarczenia przez Wykonawcę towaru niezgodnego z umową,
- b) dostarczenia przez Wykonawcę towaru używanego, powystawowego, uszkodzonego lub w jakikolwiek inny sposób niepełnowartościowego

Zamawiającemu przysługuje prawo odmowy przyjęcia towaru oraz pozostawienia go do dyspozycji Wykonawcy. W takim przypadku Zamawiającemu przysługuje roszczenie o dostarczenie i montaż towaru pełnowartościowego lub w przypadku odmowy przez Wykonawcę dostawy towaru Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy oraz naliczenia kary umownej, o której mowa w § 9 ust 2 pkt 4.

## § 6

1. Wykonawca udziela gwarancji na towary objęte przedmiotem umowy, na okres .....miesiące od daty podpisania protokołu odbioru „bez zastrzeżeń”.
2. W okresie gwarancji Wykonawca jest zobowiązany do usunięcia wad lub wymiany towaru na nowy wolny od wad, zgodnie z wyborem Zamawiającego, w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. W przypadku uchybienia przez Wykonawcę obowiązkom o których mowa w ust. 2 Zamawiający uprawniony jest do usunięcia wad na koszt i ryzyko Wykonawcy. Uprawnienie to jest niezależne od możliwości żądania przez Zamawiającego zapłaty kar umownych określonych w § 9 ust 2 pkt 1 niniejszej umowy.
4. Wszelkie koszty związane z wykonywaniem obowiązków gwarancyjnych ponosi Wykonawca.
5. W przypadku awarii towaru w okresie gwarancji, termin gwarancji ulega przedłużeniu o czas niesprawności towaru.
6. Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres minimum 10 lat liczonego od daty podpisania protokołu odbioru końcowego, z zastrzeżeniem § 5 ust.4.
7. Wykonawca zobowiązany jest do świadczenia serwisu towaru przez okres gwarancji. Odpowiedź oraz reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym w ciągu 24 godzin. W przypadku zgłoszenia awarii w dni ustawowo wolne od pracy, odpowiedź serwisu na zgłoszenie musi nastąpić pierwszego dnia roboczego po dniu / dniach ustawowo wolnych od pracy.

## § 7

1. Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w przypadku:
  - a) niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez Wykonawcę,
  - b) złożenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub otwarcia likwidacji Wykonawcy,
  - c) istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Oświadczenie o odstąpieniu powinno nastąpić w formie pisemnej, pod rygorem nieważności i zawierać uzasadnienie faktyczne.
3. Odstąpienie od umowy jest możliwe w terminie 30 dni od dnia powzięcia przez Zamawiającego wiadomości o przesłankach stanowiących podstawę do odstąpienia.

## § 8

1. Wszelkie pisma związane z realizacją niniejszej umowy uważa się za skutecznie doręczone w przypadku:

- 1) doręczenia osobistego;
- 2) wysłania listem poleconym na adres strony wskazany w umowie;
- 3) wysłania Zamawiającemu faksem na nr .....
- 4) wysłania Wykonawcy faksem na nr .....

2. Osobami uprawnionymi do kontaktów dotyczących niniejszej umowy, w tym podpisania protokołu odbioru:

-w imieniu Wykonawcy, są:

a) .....

-w imieniu Zamawiającego, są:

a) .....

b).....

3. Dla ważności wymienionych czynności konieczny jest podpis jednej z osób wymienionych w imieniu Zamawiającego.

## § 9

1. Strony postanawiają, że formę odszkodowania stanowią kary umowne.

2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:

- 1) za opóźnienie w dostawie i montażu określonego w umowie towaru w wysokości 0,5% wartości netto towaru nie dostarczonego w terminie, za każdy dzień opóźnienia,
- 2) za opóźnienie w załatwieniu reklamacji w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 4, w wysokości 0,5% wartości netto towaru, którego dotyczyła reklamacja, za każdy dzień opóźnienia,
- 3) za dostarczenie niezgodnego ze specyfikacją w załączniku nr 2 do niniejszej umowy towaru, w wysokości 3% wynagrodzenia umownego netto za dany towar niezgodny z umową,
- 4) w wysokości 20 % wartości wynagrodzenia netto określonego w § 4 ust. 1 umowy - w razie odstąpienia od umowy przez Wykonawcę lub przez Zamawiającego wskutek okoliczności za które odpowiada Wykonawca.

3. W przypadku, gdy poniesiona przez Zamawiającego szkoda przewyższy wysokość kar umownych, naliczonych zgodnie z ust. 2, Zamawiający będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych.

## § 10

1. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany postanowień umowy w przypadku:

- a) zaistnienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy (np. technicznych, gospodarczych itp. ),
- b) zmiany obowiązujących przepisów, jeżeli konieczne będzie dostosowanie treści umowy do aktualnego stanu prawnego,
- c) wystąpienia zdarzeń siły wyższej, jako zdarzenia zewnętrznego niemożliwego do przewidzenia i niemożliwego do zapobieżenia jego skutkom; przez siłę wyższą Strony Umowy rozumieją następujące zdarzenia: wojna, działania wojenne, rewolucja, przewrót wojskowy, wojna domowa, klęski żywiołowe, takie jak: huragany, powódzie, trzęsienie ziemi, bunt, niepokoje, strajki, okupacje budowy przez osoby inne niż pracownicy Wykonawcy i jego podwykonawców.
- d) zmianę terminu wykonania umowy lub jej części lub czasowe zawieszenie wykonania umowy lub



jej części – w przypadku pojawienia się przejściowych problemów z wykonaniem umowy, np. zakłócenia w łańcuchu dostaw, braku wystarczającej liczby pracowników;  
e) zmianę ilości zamawianego towaru określonego w załączniku nr 1 i 2 do umowy poprzez zmniejszenie ilości zamawianego towaru, o czym zamawiający poinformuje w dniu podpisania umowy.

2. Inicjatorem zmian może być zarówno Zamawiający jak i Wykonawca poprzez pisemne wystąpienie w okresie obowiązywania umowy zawierające uzasadnienie proponowanych zmian.

3. Wyklucza się takie zmiany umowy, które byłyby niekorzystne dla Zamawiającego, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

4. Zmiana danych teleadresowych stron wymaga niezwłocznego pisemnego powiadomienia drugiej strony umowy i nie stanowi zmiany umowy. W przypadku braku powiadomienia wszelkie pisma wysłane na adres i numer faksu wskazane w niniejszej umowie uznaje się za skutecznie doręczone.

## § 11.

1. Zamawiający powierza Wykonawcy przetwarzanie danych osobowych dotyczących:

- a) pracowników, takie jak: imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail, funkcja,
- b) osób biorących udział w realizacji Umowy takie jak: imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail, funkcja.

2. Wykonawca zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego w dalszej części „Rozporządzeniem”).

3. Wykonawca zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

4. Wykonawca oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi Rozporządzenia.

5. Powierzone przez Zamawiającego dane osobowe będą przetwarzane przez Wykonawcę wyłącznie w celu realizacji Przedmiotu umowy.

6. Wykonawca zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia.

7. Wykonawca zobowiązuje się dolożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.

8. Wykonawca zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.

9. Wykonawca zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy, (o której mowa w art. 28 ust 3 pkt b Rozporządzenia) przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania

danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich u Wykonawcy, jak i po jego ustaniu.

10. Wykonawca po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem usunie/zwróci Zamawiającemu wszelkie dane osobowe (oraz usunie wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych).

11. Wykonawca po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Zamawiającemu w ciągu 24 h.

12. Zamawiający zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli, czy środki zastosowane przez Wykonawcę przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy.

13. Wykonawca zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Zamawiającego dłuższym niż 7 dni.

14. Wykonawca udostępnia Zamawiającemu wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.

15. Wykonawca przestrzega warunków korzystania z usług innego podmiotu przetwarzającego, o których mowa w art. 28 ust. 2 i 4 Rozporządzenia.

16. Wykonawca w miarę możliwości pomaga Zamawiającemu poprzez odpowiednie środki techniczne i organizacyjne wywiązać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania jej praw określonych w rozdziale III Rozporządzenia.

17. Wykonawca uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomaga Zamawiającemu wywiązać się z obowiązków określonych w art. 32–36 Rozporządzenia.

18. Wykonawca odpowiada za szkody, jakie powstaną wobec Zamawiającemu lub osób trzecich na skutek niezgodnego z Umową przetwarzania danych osobowych lub ich ujawnienia bądź utraty.

19. Zamawiający wyraża ogólną zgodę na powierzenie danych osobowych objętych niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom Wykonawcy jedynie w celu wykonania umowy. Wykonawca jest zobowiązany powiadomić Zamawiającego o wszelkich zamierzonych zmianach dotyczących dodania lub zastąpienia innych podmiotów przetwarzających, dając tym samym Zamawiającemu możliwość wyrażenia sprzeciwu wobec takich zmian.

## § 12

Postępowanie jest finansowane ze środków EFRR projektu pozakonkursowego nr RPLU.13.01.00-06-0097/17 pt. „*Poprawa efektywności działalności wojewódzkich podmiotów leczniczych w obszarach potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego poprzez niezbędne, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prace remontowo – budowlane, w tym zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, a także wyposażenia w sprzęt medyczny*”, Działanie 13.1 Infrastruktura Ochrony Zdrowia (tryb pozakonkursowy) Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

## § 13

Wszelkie spory wynikłe z realizacji niniejszej umowy rozpatrywane będą przez właściwy rzeczowo

Sąd w Lublinie.

## § 14

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**

Załącznikami do umowy są:

- 1) Formularz Oferty Zał. nr 1
- 2) Opis przedmiotu zamówienia Zał. nr 2
- 3) Protokół odbioru Zał. nr 3



Zał. nr 3 do umowy nr.....  
Lublin, dnia .....

## PROTOKÓŁ ODBIORU TOWARU/WYKONANIA USŁUGI\*

..... przekazał / wykonał  
(nazwa Wykonawcy)

dla Szpitala Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie

z tytułu: umowy nr.....  
poniżej wyspecyfikowane towary/ usługi:

L.P.	NAZWA TOWARU/USŁUGI	IŁOSC
1		
<b>Potwierdzam odbiór bez zastrzeżeń*</b>		
<b>Potwierdzam odbiór z zastrzeżeniami*:</b>		
<b>Uwagi:</b>		

\*niepotrzebne skreślić

Osoba odbierająca po stronie Szpitala	Osoba przekazująca towar po stronie Wykonawcy
Czytelny podpis	Czytelny podpis



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



### OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

▪ administratorem Pani/Pana danych osobowych jest  
**Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie**

**20-442 Lublin, ul. Abramowicka 2, woj. lubelskie**, zwanym w dalszej treści zamawiającym.

▪ inspektorem ochrony danych osobowych u zamawiającego jest Pan **Piotr Zawrotniak**,  
**kontakt: [iodo@snzoz.lublin.pl](mailto:iodo@snzoz.lublin.pl), telefon 81/ 7286380**

▪ Dane osobowe przetwarzane będą w celu (celach) niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, polegających na:

- a) przeprowadzeniu postępowania i udzieleniu zamówienia poprzez zawarcie umowy,
- b) realizacji zawartej umowy;
- c) obsługi wynagrodzenia i innych świadczeń;
- d) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- e) sprawozdawczych, statystycznych, archiwalnych oraz innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

▪ Kategoria przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe - imię, nazwisko, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu/faksu, służbowy adres email, a także dane identyfikujące wykonawcę biorącego udział w prowadzonym postępowaniu, tj. nazwę wykonawcy, siedzibę i adres wykonawcy, REGON, NIP, PESEL, adres zamieszkania, adres strony internetowej - jeżeli dane te zostały przez Oferenta podane w związku z prowadzonym postępowaniem (w szczególności w formularzu ofertowym lub innych dokumentach składających się na ofertę).

Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit. b, c, f rozporządzenia.

- Odbiorcami danych osobowych będą podmioty:
- 1) upoważnione na podstawie decyzji administracyjnych, orzeczeń sądowych, tytułów wykonawczych;
  - 2) którym przekazanie danych osobowych następuje na podstawie wniosku lub zgody;
  - 3) którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych;
  - 4) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa (w szczególności w sytuacji skorzystania ze środków ochrony prawnej przez jakiegokolwiek Oferenta biorącego udział w postępowaniu).

Odbiorcami danych osobowych będą również osoby lub podmioty, którym

- udostępniona zostanie dokumentacja postępowania.
- Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana lub postępowanie zostało zakończone bez zawarcia umowy, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np.: z uwagi na obowiązki archiwizacyjne, dochodzenie roszczeń lub inny obowiązek wymagany przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
  - Osoba, od której zbierane są jej dane osobowe ma prawo do:
    - 1) dostępu do swoich danych osobowych;
    - 2) sprostowania swoich danych osobowych;
    - 3) usunięcia swoich danych osobowych;
    - 4) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
    - 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych swoich danych osobowych;
    - 6) przenoszenia swoich danych osobowych;
    - 7) wniesienia skargi do organu nadzorczego.
  - Podstawą przetwarzania danych jest prowadzenie postępowania lub wykonywanie umowy a także wymogi ustawowe.
  - Podanie danych osobowych, o których mowa w niniejszych postanowieniach, jest wymagane do przeprowadzenia postępowania. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi zawarcie/realizację umowy na rzecz Zamawiającego.
  - Dane osobowe nie będą: profilowane