****

**Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektroniczne)**

**EZP/12/19**

**WYKAZ/OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**UWAGA DOTYCZY VATU**

**STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄZUJE Z TYTUŁU WEWNATRZWSPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIAZEK PODATKOWY CIĄŻY NA ZAMAWIAJĄCYM ( METODA ODROTNEGO OBCIAZENIA – REVERSE CHARGE**

**Zadanie nr 1**

**Wadium - 510,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** |
| 1. | Przenośny giętki bronchofiberoskop z kanałem roboczym min 2.6 | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxx | xxxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena zadania netto ( bez VAT) :…………………………………………………………..…….

Słownie : ……………………………………………………………………………….……….........

Cena zadania brutto (z VAT ) …….......………....................................................................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**ZESTAWIENIE WARUMKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Pełna nazwa , model (podać): ....................................................................

Producent (podać): ........................................................................................................

Rok produkcji (podać): ...................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Warunek konieczny** | **Wykonawca poda wymagane dane**  **oraz potwierdza (pod tabelą), że spełnia poniższe wymagania** |
| 1. | Endoskop wyposażony w LED-owe źródło światła bezpośrednio podłączonego do endoskopu, pozwalające na przenoszenie endoskopu | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 2. | Średnica kanału roboczego 2,6 mm | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 3. | Kąt widzenia 900 | **TAK** | xxxxxxxxxxxxx |
| 4. | Kierunek widzenia 00 | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 5. | Głębia ostrości 3-50 mm | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 6. | Średnica zewnętrzna końcówki 5,1 mm | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 7. | Średnica zewnętrzna sondy 5,2 mm | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 8. | Zakres zginania końcówki góra 1800, dół 1300 | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 9. | Długość robocza 600 mm | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 10. | Długość całkowita 855 mm | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 11. | Wyposażony w ręczny manometryczny tester szczelności | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** | | |
| 12. | Autoryzowany przez producenta serwis w Polsce | **TAK**  Wykonawca poda adres na wezwanie Zamawiającego przed podpisaniem umowy. | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 13. | Gwarancja minimum 24 miesiące  W trakcie obowiązywania gwarancji Wykonawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy użyciu własnych narzędzi i materiałów 1 raz na 12 miesięcy | **Min 24 miesiące** | = 24 miesiące -**0 pkt**.  >24 miesięcy - **10 pkt**  Podać……….. |
| 14. | Czas dostawy max do 17 .05.2019 roku od momentu otrzymania zamówienia.. | **Max do**  **17.05.2019 roku** | * Termin dostawy 17.05.2019 roku -0 pkt * Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. - 15 pkt. * Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku – **30 pkt**   Podać……….. |
| 15. | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2018 rok | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD) – wersja papierowa dla użytkownika – wersja elektroniczna dla Sekcji Aparatury Medycznej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 17 | Karta gwarancyjna wraz z dokumentem określającym częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych przez Producenta | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 18 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 19 | W okresie gwarancji Wykonawca usunie usterkę w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). W przypadku awarii wymagającej wymiany części w okresie trwania gwarancji Wykonawca jest zobowiązany usunąć usterkę w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 20 | W okresie gwarancji w przypadku awarii, których usuwanie będzie trwało dłużej niż 5 dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii Wykonawca zobowiązany jest udostępnić nieodpłatnie Zamawiającemu urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 21 | W przypadku 3-krotnej (z przyczyn niezależnych od Użytkownika) naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wchodzącego w skład przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element, podzespół na nowy wolny od wad. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 22 | Maksymalna liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany przedmiotu zamówienia na nowy - nie może przekroczyć 5 napraw istotnych dla funkcjonowania przedmiotu zamówienia części lub podzespołu. Wykonawca wymieni przedmiot umowy na nowy w przypadku awarii po piątej naprawie gwarancyjnej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 24 | Wykonawca 12 miesięcznej gwarancji na części instalowane w ostatnim roku gwarancji. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 25 | Stały autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski przez minimum 5 lat po okresie gwarancyjnym | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 26 | O terminie dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca zawiadomi Zamawiającego z  trzydniowym wyprzedzeniem | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 27 | „Protokół dostawy ” i „ Protokół Instalacji i szkolenia” będzie stanowił podstawę do wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę . | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |

Oferta niezgodna z treścią SIWZ zostanie odrzucona.

W przypadku nie podania w ofercie wymaganych danych koniecznych do oceny kryterium, oferta zostanie odrzucona z uwagi na brak możliwości wezwania do uzupełnienia.

Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę „ wykaz przedmiotu zamówienia” obejmujący urządzenie, zgodny z załączonym do specyfikacji istotnych warunków zamówienia (załącznik nr 1, tabela) należy załączyć do oferty.

**Potwierdzam, że zaproponowany aparat spełnia wszystkie warunki wymagane przez Zamawiającego, wymienione w powyższej tabeli.**

……………………………………

**Podpis Wykonawcy**





**Zadanie nr 2**

**Wadium – 1.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  ***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP*** | **Wartość bez podatku VAT**  ***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** |
| 1. | Giętki bronchofiberoskop z możliwością podłączenia do toru wizyjnego kanał roboczy 2.8 kompatybilny z posiadanym sprzętem | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxx | xxxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena zadania netto ( bez VAT) :…………………………………………………………..…….

Słownie : ……………………………………………………………………………….……….........

Cena zadania brutto (z VAT ) …….......………....................................................................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**ZESTAWIENIE WARUMKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Pełna nazwa model (podać): ....................................................................

Producent (podać): ........................................................................................................

Rok produkcji (podać): ...................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Warunek konieczny** | | **Wykonawca poda wymagane dane**  **oraz potwierdza (pod tabelą), że spełnia poniższe wymagania** |
| 1. | Kompatybilny procesorem i źródłem światła Evis Exera III serii 190 | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 2. | Średnica kanału roboczego min. 2.8 | **Min 2.8** | | >2.8 – 5 pkt.  = 2.8 – 0 pkt.  Podać……………. |
| 3. | Średnica zewnętrzna tuby wziernikowej – max. 6,0 mm | **Max 6,0 mm** | | <6,0 – 5 pkt.  = 6.0 – 0 pkt.  Podać……………. |
| 4. | Minimalne wychylenie końcówki wziernikowej góra/dół min. 1800/min. 1300 | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 5. | Długość robocza sondy wziernikowej min. 600 mm | **Min 600 mm** | | >600 mm – 5 pkt.  = 600 mm – 0 pkt.  Podać……………. |
| 6. | Kąt widzenia min. 1200 | **min. 1200** | | >1200 – 5 pkt.  = 1200- 0 pkt  Podać……………. |
| 7. | Głębia ostrości 3-100 mm | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxx |
| 8. | Funkcja NBI | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 9. | Obsługa trybu pracy w wąskim paśmie światła, uruchamiana poprzez filtr optyczny, umieszczony w źródle światła | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 10 | Aparat całkowicie szczelny, bez konieczności stosowania dodatkowych zatyczek podczas procesów mycia i dezynfekcji | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxx |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** | | | |
| 11. | Autoryzowany przez producenta serwis w Polsce | **TAK**  Wykonawca poda adres na wezwanie Zamawiającego przed podpisaniem umowy | | xxxxxxxxxxxxx |
| 12. | Gwarancja minimum 24 miesiące  W trakcie obowiązywania gwarancji Dostawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy użyciu własnych narzędzi i materiałów 1 raz na 12 miesięcy | **Min 24 miesiące** | | = 24 miesiące -0 pkt.  >24 miesięcy - 5 pkt.  Podać……….. |
| 13. | Czas dostawy max do 17 .05.2019 roku od momentu otrzymania zamówienia.. | **Max do**  **17.05.2019 roku** | | * Termin dostawy 17.05.2019 roku – 0 pkt. * Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. - 10 pkt. * Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku –15 pkt.   Podać……….. |
| 14. | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2018 rok | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxxxx. |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD) – wersja papierowa dla użytkownika – wersja elektroniczna dla Sekcji Aparatury Medycznej | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 16 | Karta gwarancyjna wraz z dokumentem określającym częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych przez Producenta | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 17 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 18 | W okresie gwarancji Wykonawca usunie usterkę w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). W przypadku awarii wymagającej wymiany części w okresie trwania gwarancji Wykonawca jest zobowiązany usunąć usterkę w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 19 | W okresie gwarancji W przypadku awarii, których usuwanie będzie trwało dłużej niż 5 dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii Wykonawca zobowiązany jest udostępnić nieodpłatnie Zamawiającemu urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 20 | W przypadku 3-krotnej (z przyczyn niezależnych od Użytkownika) naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wchodzącego w skład przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element, podzespół na nowy wolny od wad. | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 21 | Maksymalna liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany przedmiotu zamówienia na nowy - nie może przekroczyć 5 napraw istotnych dla funkcjonowania przedmiotu zamówienia części lub podzespołu. Wykonawca wymieni przedmiot umowy na nowy w przypadku awarii po piątej naprawie gwarancyjnej | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 22 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia. | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 23 | Wykonawca 12 miesięcznej gwarancji na części instalowane w ostatnim roku gwarancji. | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 24 | Stały autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski przez minimum 5 lat po okresie gwarancyjnym | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 25 | O terminie dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca zawiadomi Zamawiającego z  trzydniowym wyprzedzeniem | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 26 | „Protokół dostawy ” i „ Protokół Instalacji i szkolenia” będzie stanowił podstawę do wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę . | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Oferta niezgodna z treścią SIWZ zostanie odrzucona.

W przypadku nie podania w ofercie wymaganych danych koniecznych do oceny kryterium, oferta zostanie odrzucona z uwagi na brak możliwości wezwania do uzupełnienia.

Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę „ wykaz przedmiotu zamówienia” obejmujący urządzenie, zgodny z załączonym do specyfikacji istotnych warunków zamówienia (załącznik nr 1, tabela) należy załączyć do oferty.

**Potwierdzam, że zaproponowany aparat spełnia wszystkie warunki wymagane przez Zamawiającego, wymienione w powyższej tabeli.**

……………………………………

**Podpis Wykonawcy**



#### 

**Zadanie nr 3**

**Wadium -1.110,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** |
| 1. | Giętki bronchofiberoskop z możliwością podłączenia do toru wizyjnego kanał roboczy 3.2 kompatybilny z posiadanym sprzętem | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxx | xxxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena zadania netto ( bez VAT) :…………………………………………………………..…….

Słownie : ……………………………………………………………………………….……….........

Cena zadania brutto (z VAT ) …….......………....................................................................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**ZESTAWIENIE WARUMKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Pełna nazwa model (podać): ....................................................................

Producent (podać): ........................................................................................................

Rok produkcji (podać): ...................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Warunek konieczny** | | **Wykonawca poda wymagane dane**  **oraz potwierdza (pod tabelą), że spełnia poniższe wymagania** |
| 1. | Kompatybilny procesorem i źródłem światła Evis Exera III serii 190 | | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxx |
| 2. | Średnica kanału roboczego min. 3.2 | | **Min** 3.2 | | >3.2 – 5 pkt.  = 3.2 – 0 pkt.  Podać ………. |
| 3. | Średnica zewnętrzna tuby wziernikowej – max. 6,0 mm | | **max. 6,0 mm** | | <6,0 – 5 pkt.  = 6.0 – 0 pkt.  Podać …………… |
| 4. | Minimalne wychylenie końcówki wziernikowej góra/dół min. 1800/min. 1300 | | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxx |
| 5. | Długość robocza sondy wziernikowej min. 600 mm | | **min. 600 mm** | | >600 mm – 5 pkt.  = 600 mm – 0 pkt.  Podać …………… |
| 6. | Kąt widzenia min. 1200 | | **min. 1200** | | >1200 – 5 pkt.  = 1200- 0 pkt  Podać …………… |
| 7. | Głębia ostrości 3-100 mm | | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 8. | Obsługa trybu pracy w wąskim paśmie światła, uruchamiana poprzez filtr optyczny, umieszczony w źródle światła | | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 9. | Aparat całkowicie szczelny, bez konieczności stosowania dodatkowych zatyczek podczas procesów mycia i dezynfekcji | | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 10. | Autoryzowany przez producenta serwis w Polsce | | **TAK**  **Wykonawca poda adres na wezwanie Zamawiającego przed podpisaniem umowy** | | xxxxxxxxxxxxx |
| 8 | Gwarancja minimum 24 miesiące  W trakcie obowiązywania gwarancji Dostawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy użyciu własnych narzędzi i materiałów 1 raz na 12 miesięcy | | **Min 24 miesiące** | | = 24 miesiące -0 pkt.  >24 miesięcy - 5 pkt.  Podać……….. |
| 9. | Czas dostawy max do 17 .05.2019 roku od momentu otrzymania zamówienia.. | | **Max do**  **17.05.2019 roku** | | * Termin dostawy 17.05.2019 roku – 0 pkt. * Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. - 10 pkt. * Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku –15 pkt.   Podać……….. |
| 10. | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2018 rok | | **TAK** | | xxxxxxxxxxxxxx |
| 11 | | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD) – wersja papierowa dla użytkownika – wersja elektroniczna dla Sekcji Aparatury Medycznej | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 12 | | Karta gwarancyjna wraz z dokumentem określającym częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych przez Producenta | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 13 | | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 14 | | W okresie gwarancji Wykonawca usunie usterkę w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). W przypadku awarii wymagającej wymiany części w okresie trwania gwarancji Wykonawca jest zobowiązany usunąć usterkę w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 15 | | W okresie gwarancji W przypadku awarii, których usuwanie będzie trwało dłużej niż 5 dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii Wykonawca zobowiązany jest udostępnić nieodpłatnie Zamawiającemu urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| .16 | | W przypadku 3-krotnej (z przyczyn niezależnych od Użytkownika) naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wchodzącego w skład przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element, podzespół na nowy wolny od wad. | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 17 | | Maksymalna liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany przedmiotu zamówienia na nowy - nie może przekroczyć 5 napraw istotnych dla funkcjonowania przedmiotu zamówienia części lub podzespołu. Wykonawca wymieni przedmiot umowy na nowy w przypadku awarii po piątej naprawie gwarancyjnej | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 18 | | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia. | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 19 | | Wykonawca 12 miesięcznej gwarancji na części instalowane w ostatnim roku gwarancji. | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 20 | | Stały autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski przez minimum 5 lat po okresie gwarancyjnym | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 21 | | O terminie dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca zawiadomi Zamawiającego z  trzydniowym wyprzedzeniem | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 22 | | „Protokół dostawy ” i „ Protokół Instalacji i szkolenia” będzie stanowił podstawę do wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę . | | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxx |

Oferta niezgodna z treścią SIWZ zostanie odrzucona.

W przypadku nie podania w ofercie wymaganych danych koniecznych do oceny kryterium, oferta zostanie odrzucona z uwagi na brak możliwości wezwania do uzupełnienia.

Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę „ wykaz przedmiotu zamówienia” obejmujący urządzenie, zgodny z załączonym do specyfikacji istotnych warunków zamówienia (załącznik nr 1, tabela) należy załączyć do oferty.

**Potwierdzam, że zaproponowany aparat spełnia wszystkie warunki wymagane przez Zamawiającego, wymienione w powyższej tabeli.**

……………………………………

**Podpis Wykonawcy**





**Zadanie nr 4**

**Wadium – 660,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** |
| 1. | Zestaw do sztywnej bronchoskopii | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxx | xxxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena zadania netto ( bez VAT) :…………………………………………………………..…….

Słownie : ……………………………………………………………………………….……….........

Cena zadania brutto (z VAT ) …….......………....................................................................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**ZESTAWIENIE WARUMKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Pełna nazwa model (podać): ....................................................................

Producent (podać): ........................................................................................................

Rok produkcji (podać): ...................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Warunek konieczny** | **Wykonawca poda wymagane dane**  **oraz potwierdza (pod tabelą), że spełnia poniższe wymagania** |
| 1. | Sztywny bronchoskop operacyjny, rozmiar 11mm, długość 43cm, z przyłączem do oświetlania proksymalnego, z możliwością aplikowania stentów. Koniec dystalny bronchoskopu sztywnego sfazowany pod kątem 450 | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 2. | Pryzmat oświetlający proksymalnie, autoklawowalny. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 3. | Nasadka zamykająca z okienkiem szklanym, do zastosowania z bronchoskopami sztywnymi. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 4. | Nasadka zamykająca z uszczelką gumową do bronchoskopów sztywnych, do współpracy z optyką. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 5. | Nasadka do wprowadzenia cewników, do zastępowania z bronchoskopami sztywnymi. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 6. | Adapter do podłączenia respiracji, krótki. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 7. | Optyka laparoskopowa, śr. 5.5 mm, dł. 50 cm, kąt patrzenia 00., wyposażona w system soczewek wałeczkowych, autoklawowalna. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxx |
| 8. | Optyka laparoskopowa, śr. 5.5 mm, dł. 50 cm, kąt patrzenia 300., wyposażona w system soczewek wałeczkowych, autoklawowalna. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 9 | Optyka laparoskopowa, śr. 5.5 mm, dł. 50 cm, kąt patrzenia 900., wyposażona w system soczewek wałeczkowych, autoklawowalna. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxx |
| 10 | Kleszcze biopsyjne optyczne, miseczki okrągłe. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 11 | Kleszcze optyczne, typu krokodylki, do twardych ciał obcych. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxx |
|  | **Źródło światła LED** | | |
| 12 | Źródło światła wykorzystujące technologię oświetleniową LED | **TAK** | xxxxxxxxxxxxx |
| 13 | Temperatura barwowa w zakresie 6300 - 6400K | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 14 | Żywotność diody LED min. 29 000 godzin | **min. 29 000 godzin** | >29000 – 20 pkt  =29000 – 0 pkt.  Podać………….. |
| 15 | Ustawianie poziomu natężenia światła poprzez przyciski membranowe na panelu przednim źródła światła | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 16 | Dedykowany przycisk funkcji standby | **TAK** | xxxxxxxxxxxxx |
| 17 | Wskaźnik graficzny lub numeryczny umieszczony na panelu przednim źródła światła wskazujący ustawiony poziom natężenia światła | **TAK** | xxxxxxxxxxx |
| 18 | Źródło światła wyposażone w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację w systemie zintegrowanej sali operacyjnej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 19 | Światłowód kompatybilny z bronchoskopem sztywnym, z podwójnym złączem. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** | | |
| 20 | Autoryzowany przez producenta serwis w Polsce | **TAK**  **Wykonawca poda adres na wezwanie Zamawiającego przed podpisaniem umowy** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 21 | Gwarancja minimum 24 miesiące  W trakcie obowiązywania gwarancji Dostawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy użyciu własnych narzędzi i materiałów 1 raz na 12 miesięcy | **Min 24 miesiące** | = 24 miesiące -0 pkt.  >24 miesięcy - 5 pkt.  Podać……….. |
| 22 | Czas dostawy max do 17 .05.2019 roku od momentu otrzymania zamówienia.. | **Max do**  **17.05.2019 roku** | * Termin dostawy 17.05.2019 roku – 0 pkt. * Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. - 10 pkt. * Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku –15 pkt.   Podać……….. |
| 23 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2018 rok | **TAK** | xxxxxxxxxxx |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD) – wersja papierowa dla użytkownika – wersja elektroniczna dla Sekcji Aparatury Medycznej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 25 | Karta gwarancyjna wraz z dokumentem określającym częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych przez Producenta | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxx |
| 26 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 27 | W okresie gwarancji Wykonawca usunie usterkę w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). W przypadku awarii wymagającej wymiany części w okresie trwania gwarancji Wykonawca jest zobowiązany usunąć usterkę w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 28 | W okresie gwarancji W przypadku awarii, których usuwanie będzie trwało dłużej niż 5 dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii Wykonawca zobowiązany jest udostępnić nieodpłatnie Zamawiającemu urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| .29 | W przypadku 3-krotnej (z przyczyn niezależnych od Użytkownika) naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wchodzącego w skład przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element, podzespół na nowy wolny od wad. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 30 | Maksymalna liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany przedmiotu zamówienia na nowy - nie może przekroczyć 5 napraw istotnych dla funkcjonowania przedmiotu zamówienia części lub podzespołu. Wykonawca wymieni przedmiot umowy na nowy w przypadku awarii po piątej naprawie gwarancyjnej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 31 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 32 | Wykonawca 12 miesięcznej gwarancji na części instalowane w ostatnim roku gwarancji. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 33 | Stały autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski przez minimum 5 lat po okresie gwarancyjnym | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 34 | O terminie dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca zawiadomi Zamawiającego z  trzydniowym wyprzedzeniem | **TAK** | Xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 35 | „Protokół dostawy ” i „ Protokół Instalacji i szkolenia” będzie stanowił podstawę do wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę . | **TAK** | XXXXXXXXXXXXXX |

Oferta niezgodna z treścią SIWZ zostanie odrzucona.

W przypadku nie podania w ofercie wymaganych danych koniecznych do oceny kryterium, oferta zostanie odrzucona z uwagi na brak możliwości wezwania do uzupełnienia.

Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę „ wykaz przedmiotu zamówienia” obejmujący urządzenie, zgodny z załączonym do specyfikacji istotnych warunków zamówienia (załącznik nr 1, tabela) należy załączyć do oferty.

**Potwierdzam, że zaproponowany aparat spełnia wszystkie warunki wymagane przez Zamawiającego, wymienione w powyższej tabeli.**

……………………………………

**Podpis Wykonawcy**





**Zadanie nr 5**

**Wadium – 550,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  ***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP*** | **Wartość bez podatku VAT**  ***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** |
| 1. | Aparat USG przenośny | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxx | xxxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena zadania netto ( bez VAT) :…………………………………………………………..…….

Słownie : ……………………………………………………………………………….……….........

Cena zadania brutto (z VAT ) …….......………....................................................................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**ZESTAWIENIE WARUMKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Pełna nazwa model (podać): ....................................................................

Producent (podać): ........................................................................................................

Rok produkcji (podać): ...................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Warunek konieczny** | **Wykonawca poda wymagane dane**  **oraz potwierdza (pod tabelą), że spełnia poniższe wymagania** |
| 1. | Aparat przenośny na podstawie jezdnej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 2. | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 3. | Waga aparatu (wraz z akumulatorem) max. 6 kg | **Max 6 kg** | <6 kg – 10 pkt.  =6 kg – 0 pkt.  Podać …………. |
| 4. | Wyposażony w głowicę liniową | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 5. | Monitor o rozdzielczości min. 1024x768 pikseli | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 6. | Przekątna monitora min. 15” | **min. 15”** | >15” – 5 pkt.  = 15” – 0 pkt.  Podać …………. |
| 7. | Możliwość pracy w trybie M-mode 2-D | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 8 | Możliwość regulacji dynamiki obrazu w zakresie min. 40-90 dB | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 9. | Wózek do aparatu z regulacją wysokości i uchwytami do głowic oraz półką na printer | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
|  | **ARCHIWIZACJA** | | |
| 10. | Archiwizacja raportów z badań, obrazów i pętli obrazowych na wewnętrznymi dysku twardym o pojemności min. 120 GB | **min. 120 GB** | >120 GB – 5 pkt.  = 120 GB – 0 pkt.  Podać …………. |
| 11. | Możliwość zapisu obrazów i pętli obrazowych na zewnętrznych nośnikach typu PenDrive w formatach jpg, avi. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 12. | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze (wszystkie 3 opcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku) | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
|  | **TRYBY OBRAZOWANIA** | | |
| 13. | Tryb obrazowania 2D | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 14. | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 15. | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D za pomocą jednego przycisku w zależności od treści obrazu | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 16. | Doppler pulsacyjny | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 17. | Ciągły oraz kolor doppler | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 18. | Zakres regulacji korekcji kąta +/- 0 - 850 | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 19. | Automatyczna regulacja położenia linii bazowej i skali prędkości przy użyciu jednego przycisku | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 20. | Możliwość regulacji położenia linii bazowej i korekcji kąta na zatrzymanym obrazie i na obrazach z archiwum | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 21. | Możliwość wyłączenia bramki kolorowego dopplera z obrazów z archiwum | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
|  | **GŁOWICE** | | |
| 22. | Głowica liniowa | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 23. | Obrazowanie harmoniczne | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 24. | Obrazowanie trapezowe | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 25. | Obrazowanie w trybie kolor doppler | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 26. | Obrazowanie w trybie pw-doppler | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 27. | Obrazowanie w trybie triplex (2D/kolor doppler/pw-doppler) w czasie rzeczywistym | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 28. | Obrazowanie wielokierunkowe (compunding) | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 29. | Ilość elementów min. 192 | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
|  | **OPROGRAMOWANIE POMIAROWE** | | |
| 30. | Przeznaczony do badań:   * abdominalnych * płytko położonych narządów * kardiologicznych * pediatrycznych * położniczo-ginekologicznych * naczyniowych | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
|  | **WYMAGANIA W ZAKRESIE INFORMATYKI** | | |  | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 31. | Zdalna administracja (jeżeli będzie konieczna) w ramach serwisu realizowana będzie z wybranego adresu/grupy adresów IP, które należy podać najpóźniej w dniu podpisania umowy. Połączenia muszą być szyfrowane (np. w standardzie ssh, ipsec). Każdorazowe nawiązanie połączenia zdalnego, musi wiązać się z wysłaniem wiadomości e-mail informującej o tym fakcie na adres [remoteaccess@skpp.edu.pl](mailto:remoteaccess@skpp.edu.pl). | **Podać czy konieczna** | * TAK * NIE   zaznaczyć |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** | | |
| 32. | Możliwość rozbudowy o obrazowanie 3D | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 33. | Możliwość rozbudowy o badania panoramiczne | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 34. | Możliwość rozbudowy o automatyczny pomiar IMT z zaznaczonego przez użytkownika obszaru | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 35. | Możliwość rozbudowy o anatomiczny M-mode | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 36. | Autoryzowany przez producenta serwis w Polsce | **TAK**  **Wykonawca poda adres na wezwanie Zamawiającego przed podpisaniem umowy** | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 37. | Gwarancja minimum 24 miesiące  W trakcie obowiązywania gwarancji Dostawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy użyciu własnych narzędzi i materiałów 1 raz na 12 miesięcy | **Min 24 miesiące** | = 24 miesiące -0 pkt.  >24 miesięcy - 5 pkt.  Podać……….. |
| 38. | Czas dostawy max do 17 .05.2019 roku od momentu otrzymania zamówienia.. | **Max do**  **17.05.2019 roku** | * Termin dostawy 17.05.2019 roku – 0 pkt. * Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. - 10 pkt. * Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku –15 pkt.   Podać……….. |
| 39. | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2018 rok | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 40 | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD) – wersja papierowa dla użytkownika – wersja elektroniczna dla Sekcji Aparatury Medycznej | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 41 | Karta gwarancyjna wraz z dokumentem określającym częstotliwość i zakres przeglądów technicznych przedmiotu zamówienia zalecanych przez Producenta | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 42 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 43 | W okresie gwarancji Wykonawca usunie usterkę w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). W przypadku awarii wymagającej wymiany części w okresie trwania gwarancji Wykonawca jest zobowiązany usunąć usterkę w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia reklamacji na piśmie (faksem, mailem). | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 44 | W okresie gwarancji W przypadku awarii, których usuwanie będzie trwało dłużej niż 5 dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii Wykonawca zobowiązany jest udostępnić nieodpłatnie Zamawiającemu urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| .45 | W przypadku 3-krotnej (z przyczyn niezależnych od Użytkownika) naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wchodzącego w skład przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element, podzespół na nowy wolny od wad. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 46 | Maksymalna liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany przedmiotu zamówienia na nowy - nie może przekroczyć 5 napraw istotnych dla funkcjonowania przedmiotu zamówienia części lub podzespołu. Wykonawca wymieni przedmiot umowy na nowy w przypadku awarii po piątej naprawie gwarancyjnej | **TAK** | Xxxxxxxxxxxxxxx |
| 47 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia. | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 48 | Wykonawca 12 miesięcznej gwarancji na części instalowane w ostatnim roku gwarancji. | **TAK** | Xxxxxxxxxxxxxxx |
| 49 | Stały autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski przez minimum 5 lat po okresie gwarancyjnym | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxx |
| 50 | O terminie dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca zawiadomi Zamawiającego z  trzydniowym wyprzedzeniem | **TAK** | xxxxxxxxxxxxxxx |
| 51. | „Protokół dostawy ” i „ Protokół Instalacji i szkolenia” będzie stanowił podstawę do wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę . | **TAK** | XXXXXXXXXXXXXX |

Oferta niezgodna z treścią SIWZ zostanie odrzucona.

W przypadku nie podania w ofercie wymaganych danych koniecznych do oceny kryterium, oferta zostanie odrzucona z uwagi na brak możliwości wezwania do uzupełnienia.

Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

Wypełniony i podpisany przez Wykonawcę „ wykaz przedmiotu zamówienia” obejmujący urządzenie, zgodny z załączonym do specyfikacji istotnych warunków zamówienia (załącznik nr 1, tabela) należy załączyć do oferty.

**Potwierdzam, że zaproponowany aparat spełnia wszystkie warunki wymagane przez Zamawiającego, wymienione w powyższej tabeli.**

……………………………………

**Podpis Wykonawcy**

****

****

**Załącznik nr 2A,**

**EZP/12/19 – (do oferty w wersji elektronicznej)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego

61-848 Poznań, ul. Długa ½

Dział Zamówień Publicznych

**FORMULARZ OFERTOWY**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **zakup (dostawa) sprzętu (urządzeń) medycznych , dla Pracowni Diagnostyki**

**Inwazyjnej Układu Oddechowego ul. Szamarzewskiego 82/84,**

Termin wykonania zamówienia: **max do 17 maja 2019 roku.**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

**adres e-mail** - ***niezbędny do porozumiewania się w przypadku awarii, tj braku kontaktu drogą elektroniczną za pomocą platformy zakupowej***

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać w załączniku nr 1 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena Zadania nr …….bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ....................................................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie..........................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5. Termin – kryterium oceny ofert.**

**5.1.Termin dostawy: max do 17 maja (podać poniżej)**

* Termin dostawy 17.05.2019 roku
* Termin dostawy od 16.05.2019 roku do 08.05.2019 r. ……………(podać)
* Termin dostawy poniżej 08 maja 2019 roku…………(podać)

Wykonawca, z uwagi na kryterium oceny ofert „termin dostawy” poda powyżej proponowany termin dostawy.

**Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu maksymalnego, tj. 17.05.2019r.**

**5.2. Termin gwarancji min 24 miesiące, zaznaczyć poniżej**

* Okres gwarancji **24 miesiące**
* Okres gwarancji **powyżej 24 miesięcy**

Wykonawca, z uwagi na kryterium oceny ofert „termin gwarancji” zaznaczy proponowany termin.

**Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu minimalnego, tj 24 miesiące.**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

7. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

8. Lista załączników:………………..

**Itd.**

**………………………. ……………………………………**

**Data Podpisy i pieczątka Wykonawcy**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca**

****

****

**Załącznik nr 4**

**EZP/12/19**

**Wykonawca dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**………………………..**

data

**Dotyczy postępowania na:**

**zakup (dostawa) sprzętu (urządzeń) medycznych , dla Pracowni Diagnostyki Inwazyjnej Układu Oddechowego ul. Szamarzewskiego 82/84,**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\***(Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

………………….

Podpis i pieczątka Wykonawcy

*\*zaznaczyć właściwe*

****

#### Załącznik nr 5

**EZP/12/19**

**Dotyczy postępowania na : zakup (dostawa) sprzętu (urządzeń) medycznych, dla Pracowni Diagnostyki Inwazyjnej Układu Oddechowego ul. Szamarzewskiego 82/84.**

W przypadku gdy Wykonawca ma siedzibę firmy poza granicami Polski, Zamawiający wprowadzi do umowy następujące zapisy:

1. W przypadku dostaw wewnątrzwspólnotowych w celu wypełnienia deklaracji INTRASTAT (system statystyki obrotów handlowych państw członkowskich Unii Europejskiej) przez Zamawiającego Wykonawca dostarczy Zamawiającemu fakturę VAT wraz z następującymi danymi dotyczącymi każdej pozycji faktury osobno:

a) ośmiocyfrowy kod towaru zgodnie z kodem określonym w Scalonej Nomenklaturze (CN),stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 256 z dnia 7 września 1987r., str. 1 i n.), zmienionego rozporządzeniem Komisji nr 2344/2003 z dnia 30 grudnia 2003r. zmieniającym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 346 z dnia 31.12.2003r., str. 38 i n.) albo – w przypadkach szczególnych – kod towarowy określony w części II ust. 2 i ust. 6 Instrukcji;

b) opis towaru ( należy podać zwyczajową nazwę handlową danego towaru w sposób umożliwiający jego identyfikację-opis musi umożliwić klasyfikację towaru według kodu Scalonej Nomenklatury (CN). Jeżeli zwyczajowa nazwa handlowa nie pozwala na jednoznaczne określenie, jakiego rodzaju jest dany towar i do której pozycji CN należy go przypisać, nazwę tę należy uzupełnić o informacje dotyczące rodzaju materiału, sposobu obróbki, celu wykorzystania lub innych kryteriów służących do kwalifikacji towaru według kodu CN;

c)masa netto ( w pełnych kilogramach ) - masa netto to masa towaru bez opakowania. W przypadku, gdy masa towaru wynosi mniej niż 0,50 kilograma, należy wpisać "0". Jeżeli masa wynosi 0,50 kilograma lub więcej, lecz mniej niż 1 kilogram, należy wpisać"1". Dla mas większych od 1 kilograma wartości po przecinku należy zaokrąglać według zasad matematycznych. Wypełnienie tego pola nie jest wymagane dla kodów towarowych, określonych w aneksie "H" do Instrukcji;

d)ilość w uzupełniającej jednostce miary – należy podać ilość towaru w liczbach całkowitych, wyrażoną w jednostce miary wskazanej dla danej pozycji towarowej w obowiązującej wersji Scalonej Nomenklatury (CN), jeżeli dla danego kodu towarowego przewiduje ona dodatkową jednostkę miary (w przeciwnym razie pola tego nie należy wypełniać). Wartości po przecinku należy zaokrąglać zgodnie z zasadami matematycznymi, np. w przypadku, gdy ilość towaru podanego w litrach wynosi mniej niż 0,5 litra, należy wpisać "0". Jeżeli ilość towaru wynosi 0,5 litra lub więcej, należy wpisać "1".

2. W przypadku braku danych, o których mowa w pkt. 2 na fakturze i braku pisemnego uzupełnienia przez Wykonawcę tych danych Wykonawca wyraża zgodę na zapłatę grzywny według taryfikatora urzędu Celnego za niezłożenie deklaracji INTRASTAT – PRZYWÓZ w terminie.

3. W przypadku, gdy spoza obszaru Unii Europejskiej dostawa towaru nie ma charakteru dostawy wewnątrzwspólnotowej i nie objęta jest koniecznością sporządzania przez Zamawiającego deklaracji INTRASTAT pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

4. W przypadkach określonych nowelizacją ustawy o VAT z dnia 11.03.2004, gdy nie dochodzi do wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów ze względu na brak dostawy spoza granic RP a dostawcą jest podmiot ( Wykonawca) nie posiadający siedziby na terytorium RP pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

****

**Załącznik nr 6**

**EZP/12/19**

***Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (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 */nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*
* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie……………………………………………………………………………;

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

****

**Załącznik nr 7 (Wykonawca dołączy do oferty w formie elektronicznej)**

**EZP/12/19**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) 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)