**Załącznik nr 1**

**Pakiet nr 1 Pompa infuzyjna strzykawkowa ze stojakiem uniwersalnym na kółkach
 - 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE**
 |
|  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
|  | Pompa infuzyjna strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Możliwość współpracy ze strzykawkami o objętości 2ml, 3ml, 5ml, 10ml, 20ml, 30ml, 50ml | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 4. | Głowica napędowa wykonana z materiału odpornego na uderzenia.  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 5. | Zasilanie AC 230V 50Hz | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Możliwość zasilania prądem niskiego napięcia poprzez zasilacz zewnętrzny  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 7 godz. przy przepływie 25ml/godz. (powyżej 7 godz. - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **8.** | Masa pompy max. 1,5kg | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 9.  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 10. | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej i poziomej z użyciem jednego uchwytu. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 11. | Odłączalny uchwyt mocujący | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 12. | Odłączalny uchwyt do przenoszenia pompy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Zatrzaskowy sposób łączenia pompy z uchwytem mocującym  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Zakres prędkości infuzji min. 0,1ml do 999ml/godz. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16.  | Zakres zwiększania prędkości infuzji: 0,1 – 99,99ml/narastająco co 0,01ml/100,00-999,00ml/h/narastająco co 0,1ml | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Bolus podawany na żądanie | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Bolus o określonej objętości | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Zakres prędkości podaży bolusa 1 – 1800ml/h | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Dokładność prędkości infuzji +/- 2% | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Możliwość ustawienia 1 z 9 poziomów okluzji w zakresie 0,1 – 1,2 bara | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, ug, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 24. | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 25. | Możliwość wprowadzenia biblioteki leków z minimum 700 pozycjami, pogrupowanymi w min. 10 grup leków | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 26. | Podświetlany panel sterowania i klawisze (tzw. Tryb nocny) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 27. | Efekt podświetlenia i powiększenia strzykawki przez zastosowanie przeźroczystego tworzywa w panelu pompy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | Wyświetlane komunikaty w języku polskim | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 28. | **ALARMY z funkcją regulacji głośności** | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 29. | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 30.  |  Alarm przypominający – zatrzymana infuzja | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 31. | Alarm okluzji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 32. | Alarm rozładowanego akumulatora | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 33. | Alarm informujący o nieprawidłowo założonej strzykawce | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 34. | Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 35. | Alarm wstępny 3 min. Przed końcem infuzji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 36. | Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 37. | Do każdej pompy Wykonawca dostarcza stojak uniwersalny na kółkach:- regulowany wieszak do zawieszenia 4 opakowań z płynem- podstawa na minimum na 5 kółkach (2 z nich blokowane)- obciążenie dopuszczalne minimum 30kg. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 38. | Dodatkowy zasilacz do pompy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 1. **WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.**
 |
|  | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 2**

**Pakiet nr 2 Pompa infuzyjna objętościowa ze stojakiem uniwersalnym na kółkach
 - 9 sztuk**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
| 2. | Pompa objętościowa do podawania dożylnego, dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Pompa do podawania dojelitowego w odpowiedniej linii | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 4. | Pompa do podawania krwi i preparatów krwiopochodnych w odpowiedniej linii | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | Pompa do podawania taksolu w odpowiedniej linii | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 6. | Pompa do podawania od 3 do 5 leków cytostatycznych w systemie zamkniętym w odpowiedniej linii | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Zasilanie AC 230 V 50 Hz | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 8. | Możliwość zasilania prądem niskiego napięcia poprzez zasilacz zewnętrzny  | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 4 godz. przy przepływie 100ml/godz. (powyżej 4 godz. - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10. | Masa pompy max. 1,5kg | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 13. | Możliwość mocowania pompy do rury poziomej. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Odłączalny uchwyt mocujący | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Odłączalny uchwyt do przenoszenia pompy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Zatrzaskowy sposób łączenia pompy z uchwytem mocującym  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Możliwość zatrzaskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Zakres prędkości infuzji min. 1 do 1200 ml/godz. Programowany co 0,01ml/h w zakresie od 0,1 do 99,99ml/h | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Możliwość wprowadzenia biblioteki leków z minimum 700 pozycjami, pogrupowanymi w min. 10 grup leków | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Bolus podawany na żądanie | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Bolus o określonej objętości | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 24. | Zakres prędkości podaży bolusa 50 ml/h – 1200ml/h | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 25. | Dokładność prędkości infuzji +/-5% | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 26. | Funkcja programowania objętości do podania 0,1 – 9999ml | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 27. | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, ug, IE lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 28. | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 29. | Podświetlany panel sterowania i klawisze (tzw. tryb nocny) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 30. | Możliwość pracy z lub bez czujnika kropli | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 31. | Zakres ciśnień okluzji od 0,3 do 1,2 bara z regulacją | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 32. | **ALARMY z funkcją regulacji głośności** | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 33. | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 34. |  Alarm przypominający – zatrzymana infuzja | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 35. | Alarm okluzji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 36. | Alarm rozładowanego akumulatora | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 37. | Alarm braku lub źle założonego zestawu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 38. | Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 39. | Alarm wstępny 3 min. przed końcem infuzji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 40. | Alarm wstępny zbliżającego się rozładowania akumulatora | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 41. | Alarm powietrza w linii | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 42. | Alarm czujnika kropli | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 43. | Do każdej pompy Wykonawca dostarcza stojak uniwersalny na kółkach:- regulowany wieszak do zawieszenia 4 opakowań z płynem- podstawa na minimum na 5 kółkach (2 z nich blokowane)- obciążenie dopuszczalne minimum 30kg. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 44. | Dodatkowy zasilacz do pompy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **II WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** |
| 1. | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
| 2. | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
| 3. | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 3**

**Pakiet nr 3 Pompa infuzyjna strzykawkowa
 - 6 sztuk**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
|  **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019**Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V50HzOchrona przed wilgocią wg EN 6060529 min IP 22 Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1:Klasa II, typ CF |
| 2. | Pompa strzykawkowa do podawania dożylnego, dotętniczego, sterowana elektronicznie, umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla, niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 4. | Zasilanie z akumulatora zewnętrznego 10 godzin przy przepływie 5ml/godz. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | Masa pompy wraz z uchwytem do mocowania na stojaku lub szynie maksymalnie 2,2kg | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny przy pomocy uchwytu na stałe wbudowanego w pompę | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Zatrzaskowe mocowanie w opcjonalnej stacji dokującej wraz z zaciskiem i uchwytem do przenoszenia | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 8. | Zintegrowana z obudową rączka do przenoszenia urządzenia | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | Dokładność mechanizmu pompy +/- 1 % | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10**.** | Wypełnienie linii 3 tryby: obowiązkowy, nieobowiązkowy i zalecany. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) od 0,1 – 999,9 ml | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Funkcja programowania czasu infuzji minimum 1 minuta – 96 godzin | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Dawka inicjująca. Dawka lub objętość / czas: 0,1 – 99,9 jednostek / 1 – 59 minut, automatyczne obliczanie infuzji. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – minimum 20 poziomów. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Funkcja KVO ( Keep Vein Open ) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Zróżnicowana prędkość KVO z możliwością programowania szybkości od 0,1 do 5 ml/godz, zapis ustawień. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Sygnalizacja wahań ciśnienia w linii, pozwalająca przewidzieć niebezpieczeństwo pojawienia się okluzji lub nieszczelności. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Rejestr na 1500 zdarzeń zapisywany w czasie rzeczywistym | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Funkcja – przerwa ( standbay ) w zakresie od 1 min do 24 godzin programowany co 1 minutę z funkcją automatycznego startu infuzji po zaprogramowanej przerwie. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Panel sterowania** | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Specjalny sposób wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu ( tzw. tryb nocny ). | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Wskaźnik pracy pompy widoczny z minimum 5 metrów | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Klawiatura symboliczna | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 24. | Komunikaty tekstowe w języku polskim | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 25. | Wbudowana w pompę możliwość dopasowania ekranu głównego oraz zawartości MENU do potrzeb oddziału | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 26. | Biblioteka leków, minimum 100 leków wraz z protokołami infuzji ( domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Układ alarmów** | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 27. | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 28. | Alarm pustej strzykawki | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 29. | Alarm przypominający – zatrzymana infuzja | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 30. | Alarm okluzji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 31. | Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 32. | Alarm rozładowanego akumulatora | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 33. | Alarm wstępny zbliżającego się rozładowanego akumulatora | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 34. | Alarm braku lub źle założonej strzykawki | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 35. | Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 36. | Alarm informujący o uszkodzeniu sprzętu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 37. | Alarm wstępny przed opróżnieniem strzykawki. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 38. | Alarm wstępny przed końcem infuzji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **II WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** |
| 1. | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
| 2. | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
| 3. | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 4**

**Pakiet nr Aparat EKG
 - 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
|  **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
| 2. | Aparat 12 kanałowy. Zapis w trybie ręcznym i automatycznym.W trybie ręcznym istnieje możliwość ustawienia prędkości i czułości zapisu, włączenia lub wyłączenia filtru. Możliwy jest zapis jednej z czterech grup odprowadzeń (I, II, III); (aVR, aVL, aVF); (V1, V2, V3); (V4, V5, V6); lub zapis grupy 12 odprowadzeń.Tryb automatyczny polega na jednoczesnym zebraniu sygnału EKG z wszystkich 12 odprowadzeń.  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Analiza i interpretacja EKG.Program pomiaru parametrów (analiza).Automatyczne wykrywanie początków i końców załamków P, QRS, T.Pomiar czasów trwania P i QRSPomiar interwałów R-R, P-Q, Q-TObliczenie HR, Q-TcPomiar amplitud wszystkich załamków oraz poziomu i nachylenia odcinka St, Obliczenie osi elektrycznych załamków P-QRS-T Opis słowny załamków P-QRS-T (interpretacja) | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 4. | Ciągły pomiar HRPomiar HR i wyświetlanie wyników pomiaru na ekranie | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | Detekcja stymulatora sercaWykrywanie pików stymulatora serca | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Kolorowy wyświetlacz graficzny min. 7” z panelem dotykowym z możliwością prezentacji przebiegu 3, 6 lub 12 kanałów EKG(powyżej 7” - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Obsługa aparatu poprzez panel dotykowy oraz wydzieloną klawiaturę funkcyjną (alfanumeryczną) | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 8. | Szerokość rolki papieru min. 110mm +/- 10mm | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | Pamięć min. 1000 badań | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10**.** | Zasilanie sieciowe, akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką, wbudowany wewnątrz aparatu. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Drukarka termiczna sterowana mikroprocesorowo. Automatyczna regulacja położenia linii izoelektrycznej w środku kanału rejestracji. Automatyczna eliminacja wędrowania linii izoelektrycznej. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych, 50Hz cyfrowa filtracja zakłóceń pochodzenia mięśniowego, 25; 35 Hz | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Możliwość podłączenia do aparatu zewnętrznej drukarki laserowej. Wydruk EKG na papierze w formacie A4 | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Możliwość podłączenia pamięci poprzez port USB (zapis badania) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Sygnał EKG 12 odprowadzeń standardowych.Podłączenie pacjenta: 10 elektrodowy kabel pacjenta do tworzenia 12 standardowych odprowadzeń (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6)  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Kontrola jakości podłączenia każdej elektrody, sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Czułość 2,5/5/10/20 mm/mv | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Prędkość 5/10/25/50 mm/s | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Możliwość przesyłania zapisów badania wraz z opisem poprzez e-mail bezpośrednio z aparatu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Interfejs komunikacyjny LAN umożliwiający przesłanie badań na dowolny komputer podłączony do sieci LAN (cyfryzacja) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Waga max. 2kg | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Wyposażenie:2 kpl. elektrod dla dorosłych piersiowych przyssawkowych (6 sztuk),2 kpl. elektrod kończynowych klipsowych (4 sztuki), 2 szt. kabel pacjenta, wózek na aparat z możliwością zabezpieczenia urządzenia przed upadkiem oraz wysięgnikiem na kabel pacjenta oraz pojemnikiem na akcesoria.  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **II WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** |
| 1. | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
| 2. | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
| 3. | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. ...........................................................................................

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 5**

**Pakiet nr 5 Aparat do elektrokoagulacji (diatermia)
 - 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019****Zestaw o budowie modułowej składający się z diatermii, przystawki argonowej na jednym wózku** |
| 2. | Diatermia z trybami umożliwiającymi wykonywanie cięcia monopolarnego i bipolarnego oraz koagulację mono i bipolarną | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Diatermia z systemem do koagulacji dużych naczyń do 7 mm włącznie | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 4. | Możliwość rozbudowy o przystawkę argonową obsługiwana z poziomu diatermii | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | Możliwość rozbudowy urządzenia o kolejne przystawki taką jak ewakuator dymów z pola operacyjnego | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Diatermia chirurgiczna monopolarna i bipolarna z systemem zamykania dużych naczyń do 7 mm | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Wielokolorowy, czytelny ekran dotykowy obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji aparat 0 użytkownik, wielkość wyświetlacza minimum 10” | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 8. | Monitor poprawnego przylegania elektrody neutralnej z czytelną informacją dla użytkownika | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | Możliwość tworzenia min 10 grup programów oraz min.200 programów i zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10. | Możliwość tworzenia min 5 podprogramów w każdym programie z rożnymi nastawieniami cięcia, koagulacji mono oraz bipolarnej. Możliwość wchodzenia w podprogramy przez operatora z poziomu sterylnego uchwytu monopolowego | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Liczba gniazd przyłączeniowych:a) monopolarne uniwersalne – 1 szt.b) bipolarne uniwersalne – 1 szt.c) uniwesalne do podłączenia instrumentów mono oraz bipolarnych – 1 szt.d) bipolarne do narzędzi do zamykania dużych naczyń do 7 mm – 1 szt.e) neutralne uniwersalne – min. 1 | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Uniwersalne gniazdo bipolarne z możliwością podłączenia kabli z wtykiem typu – 2 Pin w rozstawie 22 mm i 29 mm (+/- 1 mm) oraz kabli z wtykiem 1 Pin 8/4 mm | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Uniwersalne gniazdo monopolarne umożliwiające bezpośrednie połączenie przewodów z wtyczkami jednopinowymi w dwóch średnicach oraz trzypinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Uniwersalne gniazdo do podłączenia instrumentów mono oraz bipolarnych umożliwiające podpięcie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek 3 pinowych oraz kabli z wtyczkami typu – 2 Pin w rozstawie 22 mm i 29 mm (+/- 1 mm) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Uniwersalne gniazdo neutralne, które pozwala na podłącznie wtyczki śr. 6,35 mm (typu ERBE, EMED, BOWA) lub wtyczki z 2 bolcami (typu Valleylab, Olympus) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Diatermia z gniazdem wielofunkcyjnym obsługującym wyposażenie z wtyczkami 5 kołowymi do zamykania dużych naczyń będących w posiadaniu zamawiającego | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Aparat umożliwiający równoczesne podpięcie minimum 3 instrumentów bipolarnych | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Aparat z wymiennymi gniazdami przyłączeniowymi – wymiana gniazd odbywa się bez otwierania obudowy aparatu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Automatyczne dopasowanie mocy wyjściowej oparte o stałonapięciowy sposób regulacji. Moc wyjściowa dopasowana nieustannie do zmieniających się parametrów tkankowych | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Moc wyjściowa dla cięcia monopolarnego regulowana do min. 400 W | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Moc wyjściowa dla cięcia bipolarnego regulowana do min. 400 W | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Możliwość wyboru trybu cięcia dla trybu monopolarnego – co najmniej 3 rodzaje: delikatny, osuszający – hemostatyczny i intensywny - waporyzujący | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Możliwośc wyboru trybu cięcia dla trybu bipolarnego – co najmniej 2 rodzaje: delikatny i intensywny | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 24. | Oddzielne programy do polipektomii i sfinkterotomii polegające na automatycznym doborze parametrów mocy prądów cięcia monopolarnego i koagulacji łagodnej – parametrów dobranych optymalnie do rodzaju zabiegu i instrumentu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 25. | Moc wyjściowa maksymalna do koagulacji bipolarnej i monopolarnej nie mniejsza niż 200 W | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 26. | Mozliwość wyboru trybu koagulacji monopolarnej między: delikatną – niekarbonizującą, intensywną – iskrową, preparującą i natryskową | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 27. | Możliwość wyboru koagulacji bipolarnej między: delikatną – niekarbonizującą i intensywną | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 28. | Możliwość jednoczasowej pracy przy użyciu dwóch instrumentów monopolarnych | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 29. | Możliwość pracy z funkcja automatycznej aktywacji tzw. Auto Star (po uzyskaniu bezpośredniego kontaktu elektrody z tkanką) dla koagulacji bipolarnej | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 30. | Możliwość pracy z funkcja automatycznej dezaktywacji tzw. Auto Star (po skutecznym skoagulowaniu tkanki) dla koagulacji monopolarnej i bipolarnej | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 31. | Funkcja bipolarnego zamykania dużych naczyń oparta na całkowicie automatycznym dozowaniu prądu i czasu aktywacji do ilości tkanek i stosowanego instrumentu (funkcja zamykania naczyń obligatoryjnie z funkcją Auto Stop) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 32. | Aparat z funkcją automatycznego sprawdzania właściwości tkanki podczas aktywacji funkcji bipolarnego zamykania dużych naczyń, w przypadku tkanki o niedostatecznej oporności lub niewłaściwym zaciśnięciu instrumentu na strukturze – aparat powinien zgłaszać to stosownym komunikatem | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 33. | Możliwość wyboru sposobu aktywacji funkcji bipolarnego zamykania dużych naczyń przez wybrany włącznik nożny, przycisk aktywacyjny na instrumencie oraz funkcję Auto Start | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 34. | Tryb cięcia do elektroresekcji bipolarnej w soli fizjologicznej oparty na dostarczeniu prądu o wartości regulowanej automatycznie w zakresie do 400 W | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 35. | Tryb koagulacji do elektroresekcji bipolarnej w soli fizjologicznej oparty na dostarczeniu prądu o wartości regulowanej automatycznie w zakresie do 240 W | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 36. | Bezprzewodowa komunikacja z aparatem – np. do celów serwisowych | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 37. | Możliwość regulacji:a) jasności całkowitej, jasności ekranu oraz jasności ramek oddzielnieb) natężenie dźwięku sygnału aktywacyjnego, dźwięku komunikatów oraz dźwięku klawiatury oddzielniec) maksymalnego czasu aktywacji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 38. | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem wyświetlanym na ekranie urządzenia w języku polskim. Historia błędów archiwizowana dla potrzeb serwisu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 39. | System stałej kontroli aplikacji elektrody neutralnej, dwudzielnej (ukierunkowanie elektrody, kontakt ze skóra pacjenta) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 40. | Sygnalizacja graficzna poprawnej aplikacji elektrody neutralnej | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Przystawka argonowa** | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 41. | Przystawka współpracująca z diatermią obsługiwaną z poziomu panelu diatermii, umieszczona na jednym wózku | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 42. | Przystawka z dwoma kasetkami gniazd umożliwiająca zamontowanie 1 gniazda argonowego oraz drugiego dowolnego gniazda: argonowego, mono i bipolarnego | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 43. | Przystawka z minimum 1 gniazdem argonowym obsługujące instrumenty argonowe ze zintegrowanym filtrem oraz druga wolną kasetą gniazda | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 44. | Funkcja automatycznego płukania instrumentu, po podłączeniu instrumentu do przystawki argonowej  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 45. | Rozpoznawanie przyłączonych instrumentów argonowych i automatyczne dobieranie parametrów pracy i przepływu argonu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 46. | Informacja graficzna oraz liczbowa określająca poziom napełnienia butli | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 47. | Czytelna informacja podana w jednostce czasu, określająca poziom napełnienia butli wystarczający na wykonanie aplikacji | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 48. | Regulacja przepływu argonu w zakresie min. 0,1 – 8,0 litr/min | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 49. | Minimum 3 różne rodzaje / tryby cięcia w osłonie argonu za pomocą aplikatora ze szpatułką | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 50. | Minimum 3 rodzaje / tryby koagulacji argonowej bezkontaktowej za pomocą aplikatora bez szpatułki lub ze schowaną szpatułką | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 51. | Minimum 4 rodzaje / tryby koagulacji argonowej za pomocą aplikatora ze szpatułką | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Wyposażenie** | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 52. | Wózek z miejscem na dwie butle argonowe – 1 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 53. | Podwójny włącznik nożny wodoodporny z trzecim przyciskiem do przełączania programu – 1 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 54. | Elektroda neutralna jednorazowa uniwersalna, z równymi polówkami z dodatkowym oddzielonym pierścieniem nie połączonym z połówkami elektrody. Elektroda wykonana z przepuszczalnej dla powietrza włókniny zapobiegającej powstawaniu odparzeń – 150 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 55. | Kabel przyłączeniowy do jednorazowej elektrody neutralnej dł. min. 4 m – 2 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 56. | Uchwyt monopolarny z 2 przyciskami kabel dł. min. 4 m, średnia trzpienia do elektrod 4 mm – 4 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 57. | Elektora szpatułkowa, prosta, izolowana, 2,3 x 19 mm, dł. 40 – 50 mm – 5 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 58. | Elektora szpatułkowa, zagięta, izolowana, 2,3 x 19 mm, dł. 30 – 40 mm – 5 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 59. | Elektora igłowa, prosta, izolowana, 0,5x3 mm, wolframowa, długość 30 – 40 mm – 3 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 60. | Elektora igłowa, zagięta, izolowana, 0,5x3 mm, wolframowa, długość 30 – 40 mm – 3 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 61. | Elektroda kulkowa, prosta, 2 mm, dł. 30 – 40 min. - 5 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 62. | Elektroda kulkowa, prosta, 3 mm, dł. 30 – 40 min. - 5 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 63. | Elektroda kulkowa, zagięta, 2 mm, dł. 30 – 40 min. - 5 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 64. | Elektroda kulkowa, zagięta, 4 mm, dł. 30 – 40 min. - 5 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 65. | Elektroda szpatułkowa prosta 3 x 24 mm dł. 40 – 50 mm – 5 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 66. | Elektroda nożowa prosta 2,4 x 12 mm dł. 110 – 120 mm – 5 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 67. | Nożyczki bipolarne koagulacyjne, zakrzywione, dł. 180 – 190 mm z osłoną zabezpieczającą + kabel przyłączeniowy – 2 kpl | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 68. | Pinceta bipolarna, prosta dł. 11 -12 cm końcówki zagięte w dół grubości 0,7 mm, delikatne, dł. 8 mm o właściwościach nieadhezyjnych – 2 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 69. | Pinceta bipolarna, bagnetowa, dł. 15 – 16 cm końcówki 0,4 mm, cienkie, długości 8 mm o właściwościach nieadhezyjnych – 2 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 70. | Pinceta bipolarna, bagnetowa, dł. 24 – 25 cm końcówki 2 mm, tępe, długości 8 mm o właściwościach nieadhezyjnych – 1 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 71. | Pinceta bipolarna, bagnetowa, dł. 19 – 20 cm końcówki 1,2 mm, tepe, długości 8 mm o właściwościach nieadhezyjnych – 1 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 72. | Pinceta bipolarna, prosta, dł. 22 – 23 cm, końcówki robocze tępe, 2 mm, długości 8 mm o właściwościach nieadhezyjnych – 1 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 73. | Bipolarny kabel przyłączeniowy dł. 4 m – 7 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 74. | Wielorazowy instrument do zamykania dużych naczyń okładki gładkie, płaszcz 5 mm, długość 110 mm z kablem przyłączeniowym dł. 4 m i wtyczką MF \*(kompletny instrument złożony z wielorazowych wymiennych elementów: rączka z kablem + płaszcz + wkład) – 1 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 75. | Wielorazowy instrument do zamykania dużych naczyń, zakrzywiony 23 stopnie, okładki ceramiczne, długość 190 – 200 mm z kablem przyłączeniowym o długości min. 4 m i wtyczką MF – 2 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 76. | Jednorazowe sterylne aplikatory argonowy z wbudowanym filtrem antybakteryjnym, długości aplikatora 35 – 40 mm z pokrętłem do wysuwania elektrody szpatułkowej oraz trzema przyciskami (jeden do cięcia, drugi do koagulacji oraz trzeci do zmiany programu) – 15 szt | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 77. | Jednorazowe sterylne aplikatory argonowy z wbudowanym filtrem antybakteryjnym, dł. aplikatora 100 – 110 mm z pokrętłem do wysuwania elektrody szpatułkowej oraz trzema przyciskami (jeden do cięcia, drugi do koagulacji oraz trzeci do zmiany programu) – 15 szt. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| **II WARUNKI GWARANCJI, NAPRAW, SERWIS itp.** |
| 1. | Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych | \*Podać:……………………………………….. |
| 2. | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii przedmiotu zamówienia | Osoba do kontaktu\*: ……………………………………….Imię i nazwisko Telefon: ………………………………………..…………Mail: …………………………………………….….…. |
| 3. | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa\*:…………………………………………………..Adres:…………………………………………………..Nr telefonu: …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….2019 r.

…………………………………………

 Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy: ………………………………………………................................……………………………

Siedziba: ……………………………………………………....................................……………………

REGON: ……………………………….............. NIP: …………………………......................………

Tel: . ………………………………..............… Fax: ……………….....................…………………….

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym: …………………...……………………………………..…

Tel:............................................................. e-mail: **………………………………………………….**

Osoba upoważniona do podpisania umowy : ………………………………………………………………………….

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

## PAKIET Nr 1

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 1 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

**1/ OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**2/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ)- „ZASILANIE Z AKUMULATORA”**

**\*\*** **ZASILANIE Z AKUMULATORA WEWNĘTRZNEGO POWYŻEJ 7 GODZ. PRZY PRZEPŁYWIE 25ML./GODZ. –
 TAK/NIE
*\*******kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić*

***\*\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), niewłaściwe wykreślić*

## PAKIET Nr 2

Cena bez podatku VAT za 9 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 9 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

**1/ OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**2/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ)- „ZASILANIE Z AKUMULATORA”**

**\*\*** **ZASILANIE Z AKUMULATORA WEWNĘTRZNEGO POWYŻEJ 4 GODZ. PRZY PRZEPŁYWIE 100ML./GODZ. –
 TAK / NIE
*\*******kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić****\*\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), niewłaściwe wykreślić*

## PAKIET Nr 3

Cena bez podatku VAT za 6 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 6 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

**OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach
***\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić*

##

## PAKIET Nr 4

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 1 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

**1/ OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**2/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ) - „PRZEKĄTNA WYŚWIETLACZA”**

 **\*\*** **8” – 10”/ 11” - 12”**

**3/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ) - „PRZYSTAWKA SPIROMETRYCZNA”**

 **\*\*TAK / NIE
*\*******kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić****\*\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), niewłaściwe wykreślić*

## PAKIET Nr 5

Cena bez podatku VAT za 1 szt. ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

**Cena ofertowa z podatkiem VAT za 1 szt.** .………………….……… zł

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

**OFEROWANY OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach
***\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić*

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Oświadczamy, że jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:

 TAK / NIE \*

1. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać **sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia**\*: Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres podwykonawcy …………………………..\*\*
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 9 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_ roku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 7 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***DOSTAWA URZĄDZEŃ
I APARATURY MEDYCZNEJ*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ
w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***DOSTAWA URZĄDZEŃ I APARATURY MEDYCZNEJ*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..…………………...........………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

 ***Zamawiający:***

 **SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***DOSTAWA URZĄDZEŃ
I APARATURY MEDYCZNEJ*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„***DOSTAWA URZĄDZEŃ I APARATURY MEDYCZNEJ*”***  prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019r.

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

 (Czytelny podpis i pieczątka Wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*