**Załącznik nr 1 do SWZ**

###### FORMULARZ OFERTOWY

Oferta na wykonanie zadania pn.:

**„Dostawa urządzenia medycznego – system nadzoru okołoporodowego - jeden zestaw”**

**Dane wykonawcy/wykonawców**

1. Nazwa/firma…………………………………..………...........….……………………………
2. Adres ….………………..................................................................................................…….
3. Województwo ………………………………………………………………………………..
4. NIP …………………………………….………..……………………………………………
5. REGON ….……………………………………………………………………………………
6. W przypadku niedziałania Platformy zakupowej proszę o kierowanie korespondencji na adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………
7. Osobą upoważnioną do kontaktów z zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji zamówienia (umowy) jest ………………..……………..…………………...…………….

e-mail służbowy ………………….…………………………………

tel./fax służbowy …………………………….………………………

1. Wykonawca jest (należy zaznaczyć jedną odpowiedź):

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą

□ jest osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj (jeżeli tak, proszę wpisać rodzaj: ………..……..…)

W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

* + - * 1. **Niniejszym oświadczam, iż:**

1. Oferuję wykonanie zamówienia w zakresie objętym SWZ:

**- za cenę brutto całości zamówienia ..........................................................................................................** zł  
(słownie: ..........................................................................................................................................................)  
w tym 8% podatku VAT.

W cenie naszej oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania zamówienia.

1. Zamówienie wykonam w terminie 30 dni kalendarzowych, licząc od daty zawarcia umowy.
2. Oferuję udzielenie **…....... - letniego okresu gwarancji** (minimum 2 lata, maksymalnie 5 lat; okres gwarancji należy podać w latach).
3. Następujące części zamówienia powierzymy Podwykonawcom:  *(wypełnić tylko jeżeli dotyczy)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Nazwa części zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Uważamy się związani naszą ofertą w ciągu okresu jej ważności i zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Zapoznałem się z treścią specyfikacji warunków zamówienia (w tym z projektowanym postanowieniami umowy) i nie wnoszę do ich treści żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem konieczne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia.
3. 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.\*\*\*

*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).*

1. Spis treści:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1) ………  
2) ………  
3) ………

**Załącznik nr 2 do SWZ**

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

(*pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**dotyczące**

**PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

**„Dostawa urządzenia medycznego – system nadzoru okołoporodowego -jeden zestaw”**

prowadzonego przez Miasto Jastrzębie-Zdrój oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w poniższych oświadczeniach są aktualne na dzień składania ofert i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

* 1. Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP**.**\***
  2. 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. 108 ust. 1 pkt. 1,2 i 5).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: **\***

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

*(należy szczegółowo opisać przesłanki, o których mowa w art. 110 ust. 2 ustawy PZP*

**c)** Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 poz. 835)**

***\*niepotrzebne skreślić***

**Uwaga:**

**- w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie - zgodnie z dyspozycją art. 125 ust. 4 ustawy PZP oświadczenie składa każdy z Wykonawców**

**Załącznik nr 3 do SWZ**

*- przykładowy wzór pełnomocnictwa -*

……………………………, dn. …………………..

miejscowość data

**Pełnomocnictwo**

1. ………………………..…………. z siedzibą w ………………, przy ul. ……………..,

*/wpisać nazwę/*

reprezentowana przez osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań:

1. …………………………………………..
2. ………………………………………….

2. ……………….…………………. z siedzibą w ………………, przy ul. ……………..,

*/wpisać nazwę/*

reprezentowana przez osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań:

1. …………………………………………..
2. ………………………………………….

3\*. ………………………..………. z siedzibą w ………………, przy ul. ……………..,

*/wpisać nazwę/*

reprezentowana przez osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań:

1. …………………………………………..
2. …………………………………………..

zwani łącznie Wykonawcą, ubiegający się wspólnie o udzielenie wskazanego niżej zamówienia publicznego i wyrażający niniejszym zgodę na wspólne poniesienie związanej z tym solidarnej odpowiedzialności na podstawie art. 445 ustawy z dnia 11 września 2019 r. ustanawiamy ……………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………….………..… ……………………………………………………………………………………………..…….………………

*/wpisać nazwę firmy lub imię i nazwisko osoby, którą ustanawia się pełnomocnikiem/*

Pełnomocnikiem w rozumieniu art. 58 ust 2 ustawy Prawo zamówień publicznych i udzielamy pełnomocnictwa do:

\*\* reprezentowania wykonawcy, jak również każdej z ww. firmy z osobna, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzenia medycznego – system nadzoru okołoporodowego -**

**jeden zestaw”** prowadzonym przez Miasto Jastrzębie-Zdrój, a także do zawarcia umowy w sprawie

zamówieniapublicznego;

\*\* reprezentowania wykonawcy, jak również każdej z ww. firmy z osobna, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzenia medycznego – system nadzoru okołoporodowego –**

**jeden zestaw”** prowadzonym przez Miasto Jastrzębie-Zdrój.

*\* w przypadku gdy ofertę składa Konsorcjum złożone z 3 firm. Gdy ofertę składa Konsorcjum więcej niż 3 firm,*

*należy dopisać pozostałe firmy*

*\*\* należy wybrać właściwą opcję*

**Załącznik nr 4 do SWZ/ Załącznik nr 1 do Umowy**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**„Dostawa urządzeń medycznych – system nadzoru okołoporodowego”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE**  **(opisać, potwierdzić)** |
| **I.** | **System nadzoru** wpisać nazwę i symbol | | |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, rok produkcji 2022 | Tak |  |
|  | System centralnego nadzoru położniczego umożliwiający podłączenie minimum 10 aparatów ktg jednocześnie oraz podłączenie minimum 5 stacji dostępu w obrębie całego Szpitala. | Tak |  |
|  | Wirtualizacja usług serwerowych na zasobach Szpitala. | Tak |  |
|  | Interfejs użytkownika w języku polskim, obsługiwany za pomocą myszy i klawiatury. | Tak |  |
|  | Możliwość monitorowania na jednym ekranie min 16 pacjentek. | Tak |  |
|  | Rekonfiguracja układu wyświetlania parametrów na ekranie w zależności od ilości podłączonych głowic / monitorowanych parametrów | Tak |  |
|  | Analiza zapisów KTG z min. dwustopniowym systemem alarmów, identyfikacja czasu pojawienia się alarmu i czasu jego zatwierdzenia z możliwością wydruku | Tak |  |
|  | Analiza zmienności krótko (STV) i długoterminowej(LTV) | Tak |  |
|  | Alarmy tachykardii i bradykardii | Tak |  |
|  | Alarm wykrycia końca papieru w rejestratorach | Tak |  |
|  | Alarm w przypadku utraty sygnału | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany progów alarmowych | Tak |  |
|  | Wprowadzanie: własnych notatek, podawanych leków, wyników badań | Tak |  |
|  | Archiwizacja danych i zapisów | Tak |  |
|  | Możliwość przeglądania zapisów w postaci skompresowanej | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy   * + dostęp do zapisów przez Internet   + kolejne stanowiska KTG   + kolejne stanowiska podglądu i dostępu do zapisów   + obsługa standardu HL 7 i możliwość integracji z systemem informatycznym Szpitala | Tak |  |
|  | Komunikacja z kardiotokografem dwukierunkowa. Z systemu do ktg imię i nazwisko pacjentki, z ktg do systemu np. notatki. | Tak |  |
|  | Praca systemu nadzoru w standardzie LAN (TCP/IP) z wykorzystaniem infrastruktury Szpitala | Tak |  |
|  | Stacja dostępu umożliwiająca monitorowanie minimum 10 pacjentek na jednym ekranie. Wyposażona w monitor min 22” oraz komputer PC o minimalnych parametrach: procesor i3 7000, RAM 4GB, HDD 500GB, 2 karty sieciowe – 4 zestawy. | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE**  **(opisać, potwierdzić)** |
| **II.** | **Kardiotokograf 6 sztuk** wpisać nazwę i symbol | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie starszy niż2022 | Tak |  |
|  | Dokumenty rejestracji wyrobu: świadectwa, certyfikaty | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy TFT pochylany o przekątnej > 6” < 9” | Tak  (podać przekątną) |  |
|  | Obsługa urządzenia wyłącznie przez ekran dotykowy. Brak przycisków i pokręteł na obudowie | Tak |  |
|  | Metoda pomiarowa Cardio Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny | Tak |  |
|  | Zakres pomiarowy US 50 ÷240 bpm | Tak |  |
|  | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy sygnału ultradźwiękowego ≤ 1,2 MHz | Tak  (podać  częstotliwość) |  |
|  | Wartość natężenie emitowanej fali US powinna być ≤ 3,5 mW/cm2 | Tak  (podać  wartość fali) |  |
|  | Wskaźnik jakości sygnału | Tak |  |
|  | Monitorowanie tętna matki (MHR) | Tak |  |
|  | Możliwość monitorowania bliźniaków po podłączeniu drugiej głowicy US/Cardio | Tak |  |
|  | Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR dla bliźniaków. (dotyczy monitorowania bliźniaków) | Tak |  |
|  | Ostrzeganie w przypadku monitorowania jednego płodu za pomocą obu głowic US/Cardio (dotyczy monitorowania bliźniaków). | Tak |  |
|  | Ostrzeganie w przypadku monitorowania tętna matki za pomocą głowicy US/Cardio Weryfikacja międzykanałowa. | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży trojaczej | Tak |  |
|  | Na wyposażeniu monitora głowica Toco 1 szt.  i głowica US/Cardio –1 szt. | Tak |  |
|  | Jednakowe gniazda głowic.  Automatyczne rozpoznawanie podłączonej głowicy | Tak |  |
|  | Możliwość przenoszenia głowic pomiędzy aparatami tego modelu. | Tak |  |
|  | Kompatybilność głowic z aparatami ktg będącymi na wyposażeniu Zamawiającego | Tak |  |
|  | Wodoszczelność głowic min IP6X | Tak |  |
|  | Ręczny znacznik ruchów płodu dla matki | Tak |  |
|  | Automatyczne wykrywanie ruchów płodu | Tak |  |
|  | Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco | Tak |  |
|  | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności skurczowej macicy | Tak |  |
|  | Zakres sygnału Toco - Minimum 0÷100 | Tak  podać |  |
|  | Ustawienie linii podstawowej Toco 20 jednostek | Tak |  |
|  | Głowice US/Cardio i Toco posiadające identyfikację w postaci optycznego elementu sygnałowego (dioda led) | Tak |  |
|  | Praca samodzielna lub w systemie nadzoru położniczego | Tak |  |
|  | Współpraca z telemetrią płodową umożliwiającą monitorowanie takich samych parametrów jak aparat przewodowy | Tak |  |
|  | Graficzny rejestrator termiczny wbudowany w urządzenie | Tak |  |
|  | Standardowe prędkości przesuwania papieru 1,2 i 3 [cm/min] | Tak |  |
|  | Duże prędkości wydruku zapisów archiwalnych. Minimum 15mm/s | Tak  (podać  liczbę ……/s) |  |
|  | Szerokość papieru 150mm, użyteczna szerokość wydruku 128mm | Tak |  |
|  | Wprowadzanie danych demograficznych pacjentki. Ekranowa klawiatura w układzie QWERTY | Tak |  |
|  | Wprowadzanie notatek tekstowych | Tak |  |
|  | Wydruk badania dodatkowo zawiera:   * + Imię i nazwisko pacjentki   + MRN-numer identyfikacyjny pacjentki   + Godzina, minuta, sekunda, data   + Prędkość wydruku   + Wiek ciążowy | Tak |  |
|  | Rozdzielczość wydruku 8 punktów/ mm 200 dpi | Tak |  |
|  | Alarm końca papieru | Tak |  |
|  | Zawieszenie ścienne lub wózek na kołach z blokadą. Obydwa rozwiązania z koszykiem na akcesoria i głowice | Tak |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim, instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej. | Tak |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe dla wszystkich kardiotokografów:   * pasy wielorazowe do głowic: 20 szt. | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE**  **(opisać, potwierdzić)** |
| **III.** | **Telemetria płodowa 1 szt.** wpisać nazwę i symbol | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie starszy niż 2021 | Tak |  |
|  | Po podłączeniu do kardiotokografu bezprzewodowe monitorowanie min. częstości akcji serca płodu, aktywności skurczowej mięśnia macicy, ruchów płodu i tętna matki | Tak |  |
|  | Wodoszczelność głowic IP68 | Tak |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie kardiotokografu informacji o stanie naładowania baterii głowic bezprzewodowych | Tak |  |
|  | Zasięg bezprzewodowego monitorowania min 90m w otwartej przestrzeni. | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o bezprzewodowe monitorowanie NiBp i Sp02 | Tak |  |
|  | Waga głowic <180g | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE**  **(opisać, potwierdzić)** |
| **IV.** | **Akcesoria do systemu okołoporodowego** wpisać nazwę i symbol | | |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, rok produkcji 2022 | Tak |  |
|  | Laserowa drukarka monochromatyczna z wydrukiem dwustronnym – 2 szt. | Tak |  |
|  | Switch zarządzalny min. 24 portowy – 2 sztuki | Tak |  |