*Załącznik nr 1 do SWZ*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Aparat do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT***  ***SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ***  ***szt.*** | ***CENA NETTO*** | ***PODATEK VAT*** | ***CENA BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Aparat do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |

# PARAMETRY TECHNICZNE

**Zestawienie parametrów wymaganych (granicznych)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY** | **Parametry graniczne/wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Producent/kraj |  |  |
| 2 | Model/typ | nowy |  |
| **I** | **Parametry ogólne** |  |  |
|  | Modułowy procesor główny aparatu umożliwiający późniejszą rozbudowę o:   * Funkcję przełykowej manometrii wysokiej rozdzielczości z impedancją * Funkcję pomiaru EMG, * Biofeedback, * Funkcję testów neurofizjologicznych – PNS (stymulacja nerwu sromowego) oraz pomiar motorycznego przewodnictwa nerwowego, * Funkcję manometrii zwieracza Oddiego * Funkcję manometrii okrężnicy * Funkcję manometrii żołądkowo-dwunastniczej i jelita cienkiego * Funkcję EGG (elektrogastrografię) | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w moduł pobierania parametrów ciśnienia umożliwiający współpracę z cewnikami mikroprzetwornikowymi (solid state) | Tak |  |
|  | Odczyt minimum 40 kanałów ciśnienia | Tak |  |
|  | Aparat wraz z wszystkimi modułami pomiarowymi oraz komputerowa stacja robocza i drukarka zabudowane na mobilnym wózku | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w:   * 4 koła skrętne (min. 2 koła z hamulcami), * półkę do postawienia lub przymocowania monitora komputerowego, * ramię regulowane do montażu monitora typu flat screen, * wysuwaną półkę na klawiaturę komputerową i myszkę, * półkę na komputer i drukarkę, * szufladę na akcesoria, * oddzielny zamykany przedział mieszczący główny procesor pomiarowy aparatu, transformator separacyjny i okablowanie, * szyny na akcesoria z trzech stron wózka, * kanały do poprowadzenia okablowania aparatu, zestawu komputerowego i drukarki | Tak |  |
|  | Transformator separacyjny wbudowany w wózek aparatu, zasilany napięciem sieciowym AC 230V 50 Hz | Tak |  |
|  | Bezprzewodowy pilot zdalnego sterowania umożliwiający sterowanie aparatem podczas wykonywania badania. | Tak |  |
| **II** | **Oprogramowanie komputerowe do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości** |  |  |
|  | Oprogramowanie pomiarowo analityczne do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości, zgodne z London Protocol / London Classification. | Tak |  |
|  | Prezentacja obrazu ciśnień w trakcie badania w formie skali kolorów i w formie wykresów liniowych z możliwością przełączania w czasie rzeczywistym: skala kolorów / wykresy liniowe. | Tak |  |
|  | Podział ekranu w trakcie badania i równoczesny podgląd przebiegu badania „on line” oraz dotychczas zapisanych danych ciśnień. Możliwość włączania i wyłączania podziału. | Tak |  |
|  | Panel anatomiczny odwzorowujący anatomię odbytu, z markerami graficznymi początku i końca kanału odbytu oraz markerem odbytnicy, widoczny na ekranie w trakcie trwania badania. Możliwość włączania i wyłączania panelu. | Tak |  |
|  | Przeprowadzanie oznaczanie i analizy testów takich jak: relaksacja, skurcz, skurcz przedłużony, parcie, kaszel, symulowana defekacja, RAIR, progi czucia | Tak |  |
|  | Nanoszenie w czasie rzeczywistym markerów zdarzeń o dowolnie konfigurowalnej nazwie | Tak |  |
|  | Funkcja wirtualnego pilota zdalnego sterowania, wyświetlanego na ekranie badania i umożliwiającego sterowanie wszystkimi funkcjami badania. | Tak |  |
|  | Przeglądanie i analiza zapisanego badania w formie:   * slajdów obrazujących zapisane zdarzenia z możliwością dynamicznego odtwarzania przebiegu danego zdarzenia * linii czasu z możliwością powiększania i pomniejszania widoku oraz z możliwością dynamicznego odtwarzania zapisu * slajdów statycznych z możliwością włączenia trójwymiarowego widoku ciśnień | Tak |  |
|  | Prezentacja ciśnień podczas przeglądania / analizy zapisanego badania w formie skali kolorów i wykresów liniowych | Tak |  |
|  | Kalkulacja i analiza parametrów:   * Ciśnienia spoczynkowego * Ciśnienia skurczu * Symulowanej defekacji * Występowaniu RAIR * % relaksacji przy odruchu rektoanalnym * Progów czucia | Tak |  |
| **III** | **Oprogramowanie komputerowe – pozostałe funkcje** |  |  |
|  | Oprogramowanie w polskiej wersji językowej | Tak |  |
|  | Oprogramowanie bazy danych do przechowywania danych pacjentów i badań | Tak |  |
|  | Funkcja filtra bazy danych służąca do przeszukiwania bazy pod kątem zadanych przez Użytkownika kryteriów | Tak |  |
|  | Oprogramowanie diagnostyczne umożliwiające Użytkownikowi kontrolę poprawności działania wszystkich modułów aparatu | Tak |  |
|  | Minimum 5 definiowalnych przez użytkownika protokołów badań dla każdego testu manometrycznego | Tak |  |
|  | Generowanie raportów z badań w formie:   * wydruku na papierze * plików PDF * plików DOC * plików JPG * plików XLS | Tak |  |
|  | Dołączanie do raportu graficznych obrazów analizowanych zdarzeń | Tak |  |
| **IV** | **Cewniki i akcesoria** |  |  |
|  | Cewnik mikroprzetwornikowy wielokrotnego użytku do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości, minimum 11 obwodowych kanałów ciśnienia + 1 kierunkowy kanał dla balonu, maksymalna średnica 12 Fr. – 1 szt. | Tak |  |
|  | Komplet 30 zapasowych balonów do cewnika anorektalnego, pojemność do wyboru: 150 ml, 400 ml lub 600 ml | Tak |  |
| **V** | **Komputerowa stacja robocza** |  |  |
|  | Komputerowa stacja robocza przystosowana do współpracy z oferowanym aparatem:   * Komputerowym system operacyjny posiadający pełne wsparcie producenta w wersji Professional. * Klawiatura * Myszka * Monitor typu flatscreen minimum 20” * Drukarka laserowa, kolor | Tak |  |
| **VI.** | **Gwarancja i serwis** |  |  |
|  | Okres gwarancji na oferowane urządzenia – min. 24 m-ce. | Tak |  |
|  | Okres gwarancji na oferowane cewniki mikroprzetwornikowe – minimum 24 m-cy lub minimum 250 użyć, w zależności od tego, co nastąpi pierwsze | Tak |  |
|  | Przeglądy: w okresie trwania gwarancji bezpłatne, wykonywane przez Wykonawcę - podać liczbę przeglądów niezbędną do realizacji w okresie gwarancyjnym dla potwierdzenia bezpiecznej pracy sprzętu | **Tak,** **podać liczbę** |  |
|  | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzony przez Wykonawcę lub inny podmiot na terenie kraju – wskazać nazwę i adres serwisu | **Tak, podać nazwę i adres serwisu** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) | TAK (wraz z dostawą urządzenia) |  |
| **VII** | **Dokumentacja** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Certyfikat CE, deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| **VIII** | **Szkolenie personelu** |  |  |
| 1. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu i interpretacji badań anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości. | Tak |  |
| 2. | Szkolenie personelu technicznego i informatycznego w zakresie: budowa i kontrola systemu, diagnostyka uszkodzeń w zakresie podstawowym, konserwacja systemu. | Tak |  |

**Oferowane urządzenie musi być fabrycznie nowe.**

**UWAGA:** W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako **„TAK”** są parametrami granicznymi **wymaganymi przez Zamawiającego**, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

(Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**„Dostawa aparatu do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem” - Zp/77/TP/23** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

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

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiającego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę aparatu o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

**Udzielamy …….... miesięcy gwarancji*\****

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

*(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na „Dostawa aparatu do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem” - Zp/77/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(podpis)*

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 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania 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. poz. 835)

…………………………………………

*(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa aparatu do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem” - Zp/77/TP/23**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania 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. poz. 835)

…………………………………………

*(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. : **„Dostawa aparatu do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem” - Zp/77/TP/23”**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

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

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Dostawa aparatu do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem” - Zp/77/TP/23”** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **„Dostawa aparatu do anorektalnej manometrii wysokiej rozdzielczości z wyposażeniem” - Zp/77/TP/23**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)