**Załącznik nr 1**

**Pakiet nr 1**

**Aparat USG – 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE**
 |
|  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
|  | Liczba procesowych cyfrowych kanałów przetwarzania min. 8.000.000(powyżej 8.000.000 - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Monitor kolorowy LCD, min. 20” o rozdzielczości min. 1900 x 1000 | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 4. | Mobilny aparat na czterech kołach jezdnych . Waga aparatu max. 80 kg ( waga poniżej 80 kg- parametr dodatkowo punktowany)Min. 3 gniazda głowic obrazowych i niezależne gniazdo CWD | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 5. | Panel dotykowy LCD min. 12” wspomagający obsługę aparatu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Panel sterowania umieszczony na ruchomym wysięgniku zapewniającym regulację wysokości i obrotu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (cineloop) dla CD i obrazu 2D min. 40000 klatek oraz zapis Dopplera oraz M-mode min. 600 sekund(liczba obrazów pamięci dynamicznej powyżej 40000 - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 8. | Ciągła dynamika aparatu min. 350 dB(powyżej 350dB - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 9.  | Wewnętrzny dysk twardy ultrasonografu min. 500 GB | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 10. | Porty USB wbudowane w aparat pozwalające na zapis eksportowanych danych w formatach min. DICOM, AVI, JPG | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 11. | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu min. 2.0 MHz do 12.0 MHz | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 12. | Videoprinter czarno-biały, wbudowany w aparat | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Zakres głębokości penetracji do min. 35 cm | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Obrazowanie harmoniczne, obrazowanie harmoniczne z odwróceniem impulsu (tzw. inwersja fazy) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Częstotliwość odświeżania obrazu 2D min. 1500 obr/s | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Wbudowany moduł EKG wraz z zestawem kabli dla dorosłych | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Obrazowanie trapezowe (poszerzony odcinek przyskórny) z głowicy sektorowej | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Obrazowanie panoramiczne z głowicy liniowej | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Doppler pulsacyjny (PWD) - rejestrowane prędkości maksymalne ( przy zerowym kącie bramki) min. od -8m/s do 0 oraz od 0 do +8m/s, Color Doppler (CD) -rejestrowane prędkości maksymalne min. -450 cm/s do 0 oraz 0 do +450 cm/s | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Power Doppler (PD) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Obrazowanie przepływów bez użycia funkcji Dopplera | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 22. | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) min. 1,0-15 mm | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 23. | Doppler fali ciągłej, o rejestrowanych, mierzonych prędkościach min. 12m/s (przy zerowym kącie bramki) | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 24. | Tryb Triplex (B+CD/PD+PWD) na wszystkich oferowanych głowicach | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 25. | Tryb Triplex (B+CD +CWD) na wszystkich oferowanych głowicach sektorowych | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 26. | Doppler Tkankowy Spektralny oraz kolorowy | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 27. | Anatomiczny M-Mode „on line” i zatrzymanej pętli B-mode | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 28. | Anatomiczny M-Mode „on line” z zatrzymanej pętli B-mode, pętli B-mode z archiwum  | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 29. | Anatomiczny M-Mode krzywoliniowy (prowadzony swobodną linią przez badającego) z zapisanych pętli w archiwum | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 30. | Specjalistyczne oprogramowanie wraz z pełnymi pakietami pomiarowymi do badań kardiologicznych osób dorosłych. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 31. | Specjalistyczne oprogramowanie wraz z pełnymi pakietami pomiarowymi do badań naczyniowych osób dorosłych | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
|  | **Funkcje użytkowe** |  |
| 32. | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. 8x | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 33. | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku | ……………………………………….. |
| 34. | Funkcja ciągłego automatycznego optymalizowania obrazu 2D uruchamiana przy pomocy jednego przycisku | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 35. | Automatyczna optymalizacja widma dopplerowskiego przy pomocy jednego przycisku (min. automatyczne dopasowanie linii bazowej oraz PRF) | ……………………………………….. |
| 36. | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum oraz w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum (min. S,D,PI,RI,HR) | \*Potwierdzić: |
| 37. | Możliwość przesunięcia linii bazowej na zatrzymanym oraz pochodzącym z archiwum obrazie Color Dopplera i PWD | ……………………………………….. |
| 38. | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów oraz kalkulacji w aplikacjach | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 39. | Pomiar odległości - minimum 8 pomiarów | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 40. | Oprogramowanie bazujące na technologii „śledzenia markerów 2D” do analizy kurczliwości globalnej i odcinkowej oraz obliczania parametru Global Longitudinal Strain. Podsumowanie w postaci wykresu Bull-Eye min 17 segmentów | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 41. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do automatycznego wyznaczania frakcji wyrzutowej lewej komory | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 42. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie Procedura programowalnych badań wysiłkowych wraz z raportem Bull-Eye | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 43. | Oprogramowanie do automatycznego wyznaczania wskaźnika naczyniowego IMT | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 44. | Wyznaczanie wskaźnika Z-Score dla badań kardiologicznych dzieci | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 45. | Bateryjne podtrzymanie zasilania tak aby system po przerwie ( max 30 minut ) uruchomił się w czasie max. 15 sekund | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 46. | Funkcje postprocessingu na obrazach z archiwum systemu, minimum:2D – (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne)1. Wzmocnienie
2. Dynamika
3. Automatyczna optymalizacja obrazu tkankowego
4. Mapy szarości

Doppler kolorowy CFM (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne)1. Wzmocnienie
2. Linia bazowa
3. Symultaniczna prezentacja B+B/CFM
4. Odwracanie kierunku przepływu

PW-Mode (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne)1. Wzmocnienie
2. Linia bazowa
3. Korekcja kąta
4. Inwersja spektrum
5. Format wyświetlania
6. Szybkość obrazowania (skala czasu)

CW-Mode (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne) 1.Wzmocnienie2.Korekcja kąta3.Inwersja spektrum | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  | **Głowice ultradźwiękowe** |  |
| 47. | Głowica sektorowa 2D szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości min. 1.5 MHz – 4.5MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 250, kąt obrazowania min. 900, TRIPLEX B+CD+PWD, TRIPLEX B+CD+CWD | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 48. | Głowica głowice convex do badań narządów jamy brzusznej i naczyniowych, szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. 2.0-6.0 MHz (+/- 1MHz), min. 190 elementów piezoelektrycznych; obrazowanie harmoniczne, obrazowanie TRIPLEX B+CD+PWD | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 49. | Głowica liniowa 2D szerokopasmowa do badań naczyniowych, małych narządów i ortopedii o zakresie częstotliwości emitowanych min. 2.5-10.0 MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 190, długość czoła głowicy (FOV) min. 35 mm, TRIPLEX B+CD+PWD  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 50. | Możliwość rozbudowy o głowice sektorowa pediatryczna 2D szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości min. 3 – 8 MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 90, kąt obrazowania min. 1100, TRIPLEX B+CD+PWD, TRIPLEX B+CD+CWD | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 51. | Możliwość rozbudowy o głowice sektorowa neonatologiczna 2D szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości min. 4 – 12 MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 90, kąt obrazowania min. 1000, TRIPLEX B+CD+PWD, TRIPLEX B+CD+CWD | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 52. | Możliwość rozbudowy o głowice przezprzełykowa., elektroniczna wielopłaszczyznowa, wieloczęstotliwościowa o zakresie częstotliwości obrazowania obejmującym przedział 3 -7 MHz (+/- 1 MHz), liczba elementów piezoelektrycznych min. 2500, kąt pola obrazowania nie mniejszy niż 90°, zakres regulacji ustawienia płaszczyzny skanowania w zakresie kąta od 0° do 180° co 1° Tryb Triplex (B+CD +PWD)Triplex (B+CD +CWD)Obrazowanie trójwymiarowe w czasie rzeczywistym z jednego cyklu pracy sercaObrazowanie trójwymiarowe w trybie kolor DopplerObrazowanie wielopłaszczyznowe w czasie rzeczywistym, minimum 3 płaszczyzny jednocześnie | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 53. | Możliwość rozbudowy o kompatybilny z archiwum systemem zewnętrzny do analizy postprocessing(owej) obliczeń parametrów kardiologicznych min. •Longitudinal Global Strain (Prezentacja wyników w postaci wykresu (Bull eye) • Indeks pracy oraz wydajności pracy mięśnia sercowego z możliwością oceny krzywej ciśnienie / odkształcenie | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 54. | Możliwość rozbudowy o głowice microconvex 2D szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości min. 3 – 10MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 190, kąt obrazowania min. 900, TRIPLEX B+CD+PWD,  | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 55. | Możliwość rozbudowy o anatomiczny M-Mode krzywoliniowy (prowadzony swobodną linią przez badającego) na obrazach w trybie Strain i Strain Rate | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 56. | Możliwość rozbudowy o specjalistyczne oprogramowanie 4D TEE do wizualizacji serca z możliwością jednoczasowego obrazowania w minimum 3 płaszczyznach | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
|  |
|  | 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**

 **Aparat do ciągłych terapii nerkozastępczych i plazmaferezy - dializator – 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
| **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
| 2. | Możliwość wykonywania heparynowych zabiegów CVVHD, CVVH, CVVHDF | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Możliwość wykonywania cytrynianowych zabiegów CVVHD, CVVHDF | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 4. | Możliwość wykonywania plazmaferezy | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | Możliwość wielokrotnej zmiany antykoagulacji cytrynianowej na heparynową w trakcie zabiegu bez konieczności zmiany zestawu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż oraz wielokrotną wymianę samego filtra w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Zasilanie awaryjne na minimum 15 min. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 8. | Zintegrowana pompa strzykawkowa 50ml. | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | System bilansujący – grawimetryczny (wagowy) | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10. | Dokładność ważenia – 1g | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Minimum 4 pompy do przepływu krwi, dializatu, substytutu, filtratu | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Wydajność pompy krwi: 10-500 ml/min. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Pomiar ciśnienia dostępu, powrotu, przed hemofiltrem, filtratu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | 2 zintegrowane podgrzewacze płynów: substytutu i dializatu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Zakres regulacji temperatury substytutu oraz dializatu: 35-39oC z możliwością wyłączenia ogrzewania. | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Detektor przecieku krwi | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | 2 niezależne detektory powietrza | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Komunikacja i pomoc kontekstowa w języku polskim na ekranie | \*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**

**Audiometr – 1 sztuka**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE\***  |
|  **I PARAMETRY WYMAGANE** |
| 1.  | Producent ………………………………………..Model/Typ ……………………………………….**Rok produkcji: 2019** |
| 2. | Kanały: 2 oddzielne i identyczne | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 3. | Intensywność bodźca: min. dla AC:-10 do 120 dB HL, min. dla BC: -10 do 80 dB HL | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 4. | Zakres częstotliwości:min. dla AC: 125 – 8000 Hz, min. dla BC: 250 – 8000 Hz | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 5. | Dokładność częstotliwości minimum 0,1% | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 6. | Bodźce: ton czysty, ton modulowany sinusoidalnie z częstotliwością modulacji 5 Hz i zakresie modulacji +/-12% | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 7. | Maskowanie IPSI i CONTRA: szum wąskopasmowy NBN, szum biały WN | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 8. | Bodźce oraz maskowanie podawane bezgłośnymi, metalowymi sensorami dotykowymi | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 9. | Prezentacja bodźców: Ciągła, pulsacyjna o częstotliwości podawania bodźca 0.5, 1 i 2 Hz | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 10**.** | Sygnalizacja pacjenta: świetlna i dźwiękowa po naciśnięciu przycisku przez pacjenta | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 11. | Przycisk pacjenta mocny, rozbieralny bez rozklejania, skręcany śrubami | \*Potwierdzić: ……………………………………….. |
| 12. | Całkowicie wbudowany w audiometr mikrofon oraz głośnik do komunikacji badającego z pacjentem | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 13. | Wyświetlacz graficzny z menu w języku polskim, kolorowy o przekątnej min. 4 cale | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 14. | Możliwość jednoczesnej prezentacji na wyświetlaczu audiogramów dla lewego i prawego ucha | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 15. | Automatyczny test progowy | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 16. | Testy nadprogowe: min. SISI, Fowler (ABLB) | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 17. | Słuchawki typu TDH lub DD | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 18. | Wbudowana pamięć wyników badań dla min. 100 pacjentów | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 19. | Fizyczne przyciski i min. 2 pokrętła do sterowania pracą audiometru | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 20. | Możliwość podłączenia min. dwóch aktywnych kolumn głośnikowych do badań w wolnym polu | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 21. | Zasilacz sieciowy zewnętrzny, zasilający audiometr niskim, bezpiecznym napięciem max. 10V | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 22. | Waga audiometru: max. 2 kg | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 23. | Wymagane oprogramowanie komputerowe: system NOAH w j. polskim, oprogramowanie audiometru w j. polskim zapewniające jego współpracę z NOAH | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 24. | Połączenie z komputerem:min. wbudowany port USB | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 25. | Zestaw komputerowy zawierający: komputer stacjonarny: procesor min. i5, RAM min. 8GB, monitor z filtrem prywatyzującym min. 19”, HDD min. 1000GB, min. Windowa 10 PRO | \*Potwierdzić:……………………………………….. |
| 26. | Drukarka kolorowa – nie wbudowana | \*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 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….2020r.

…………………………………………

 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 sztuka ………………...……………….…..… zł

podatek VAT ………% ……….………….………………… zł

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

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

**Parametry dodatkowo punktowane**

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

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**2/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ 1) - „liczba procesowych cyfrowych kanałów przetwarzania” \*\* 8.000.001 – 8.999.999 / 9.000.000 i więcej**

**3/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ 2) - „waga aparatu”**

 **\*\* 79,9kg – 75,1kg / 75 kg i mniej**

**4/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ 3) - „liczba obrazów pamięci dynamicznej”**

 **\*\* 40 001 – 49 999 klatek / 50 000 i więcej klatek**

**5/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ 4) - „ciągła dynamika aparatu”**

 **\*\* 351 dB – 369 dB / 370 dB i więcej
*\*******kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), należy wypełnić****\*\* kryterium podlegające ocenie*** *(punktowane), niewłaściwe wykreślić*

## PAKIET Nr 2

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 1) – „możliwość prowadzenia jednoczesnej antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej na aparacie”**

 **\*\* TAK / NIE**

**3/ PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY (JAKOŚĆ 2) – „pobór dializatu z 4 worków po 5l jednocześnie”**

 **\*\* TAK / NIE**

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

## PAKIET Nr 3

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) „urządzenie posiada funkcję audiometrii
 słownej” \*\*TAK / NIE**

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

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. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku

podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym mowa w Rozdziale XII

pkt. 5 SIWZ: **TAK / NIE\***

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi: TAK należy wypełnić:

powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………….………………

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 7 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.
2. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

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

 (czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 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 APARATU USG, APARATU DO CIĄGŁYCH TERAPII NERKOZASTĘPCZYCH I PLAZMAFEREZY, AUDIOMETRU*”***,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 APARATU USG, APARATU
DO CIĄGŁYCH TERAPII NERKOZASTĘPCZYCH I PLAZMAFEREZY, AUDIOMETRU*”***,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 6 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 APARATU USG, APARATU DO CIĄGŁYCH TERAPII NERKOZASTĘPCZYCH I PLAZMAFEREZY, AUDIOMETRU*”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest *„***DOSTAWA APARATU USG, APARATU DO CIĄGŁYCH TERAPII NERKOZASTĘPCZYCH I PLAZMAFEREZY, AUDIOMETRU*”***  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020r.

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

 (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*