SOZ.383.15.2021 **Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Formularz parametrów technicznych i użytkowych**

**Zadanie Nr 1- Pompa infuzyjna -1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
|  | Pompa objętościowa sterowana elektronicznie, umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi, przeznaczona do stosowania u dorosłych w celu okresowego lub ciągłego podawania leków zalecanych do terapii infuzyjnej | TAK |  |
|  | System alarmów i ostrzeżeń; akustyczno-optyczny | TAK |  |
|  | Niezbędne alarmy do bezpiecznego prowadzenia terapii | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji dołączanej | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji przy stopniowym wzroście i spadku prędkości. Infuzja składa się z 3 faz: wzrostu, utrzymania i spadku | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji w trybie okresowym, składującym się z 2 faz: bolusa i prędkości. | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji w trybie programowanym, z możliwością zaprogramowania min. 12 faz. Każda faza o określonych parametrach takich jak prędkość, czas, objętość | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie terapii dawka w czasie. Po wprowadzeniu parametrów dawki i czasu pompa automatycznie obliczy prędkość infuzji | TAK |  |
|  | Automatyczne przekazywanie danych o podawanym żywieniu (pozajelitowym i dojelitowym) do systemu kontrolowanej insulinoterapii. W bibliotece leków zawarte dane żywienia | TAK |  |
|  | Biblioteka Leków zawierająca min. 600 leków z możliwością podzielenia na min. 30 grup | TAK |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min. 5 stężeń dla każdego leku | TAK |  |
|  | Bolus o określonej objętości . Bolus podawany na żądanie .Maksymalna objętość bolusa po alarmie okluzji ≤0,2ml | TAK |  |
|  | Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≤ 0,01 ml | TAK |  |
|  | Dokładność mechaniczna <<±0,5% | TAK |  |
|  | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika | TAK |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji min. od 1min | TAK |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) min. 0,1 ml, max. 9999 ml | TAK |  |
|  | Historia pracy obejmująca min. 200 wpisów | TAK |  |
|  | Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232 | TAK |  |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji | TAK |  |
|  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem składający się z dwóch elementów – jeden w pompie jeden na drenie | TAK |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy | TAK |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA, PCEA, TCI | TAK |  |
|  | Możliwość podaży cytostatyków w układzie zamkniętym zgodnie z definicją NIOSH | TAK |  |
|  | Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych | TAK |  |
|  | Możliwość podaży żywienia dojelitowego | TAK |  |
|  | Możliwość pracy pompy w środowisku MRI - w dedykowanej stacji | TAK |  |
|  | Precyzyjna podaż z lub bez czujnika kropli | TAK |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK |  |
|  | Możliwość rozszerzenia zakresu ciśnienia okluzji o trzy dodatkowe poziomy 50 mmHg, 100 mmHg, 150 mmHg | TAK |  |
|  | Możliwość skonfigurowania min. 50 oddziałów w jednej pompie. | TAK |  |
|  | Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania oprogramowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały. | TAK |  |
|  | Współpraca z czytnikiem kodów kreskowych | TAK |  |
|  | Współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii | TAK |  |
|  | Wymiany akumulatora przez użytkownika bez użycia narzędzi. | TAK |  |
|  | Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub Stacji Dokującej | TAK |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur i szyn medycznych pionowych i poziomych | TAK |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia zestaw 2 i 3 pomp zasilanych jednym przewodem | TAK |  |
|  | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji min. 9 poziomów | TAK |  |
|  | Pompa przygotowana do rozbudowy o moduł do bezprzewodowej komunikacji pomp z komputerem poza stacją dokującą | TAK |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej | TAK |  |
|  | Regulacja głośności w zakresie min. 59dBA max. 74dBA min. 9 poziomów | TAK |  |
|  | Regulacja jasności i kontrastu ekranu min. 9 poziomów | TAK |  |
|  | W przypadku niewłaściwej dawki 1,4 ml spowodowanej niepoprawnym działaniem urządzenia, pompa wyłączy się automatycznie | TAK |  |
|  | Wypełnienie drenu ze stale widoczną na ekranie i możliwą do kontrolowania informacją o przetoczonej objętości | TAK |  |
|  | Zakres ciśnienia okluzji min. 225 mmHg max. 900mmHg, z wyborem na 9 poziomach | TAK |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 max. 1 200 ml/h Prędkość infuzji w zakresie min 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz. | TAK |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 16 h przy przepływie 25 ml/h lub min. 13 h przy przepływie 100ml/h | TAK |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |
|  | Zużycie energii - pobór mocy przez jedną pompę maksymalnie 8VA | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 2 - Lampa bakteriologiczna przenośna - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
| 2. | Lampa przepływowa, jednofunkcyjna, na statywie przejezdnym. | TAK |  |
| 3. | Możliwość przebywania personelu i pacjentów w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |  |
| 4. | energooszczędna - pobór mocy: 115 VA | TAK |  |
| 5. | element emitujący promieniowanie UV-C: 2x55W | TAK |  |
| 6. | trwałość promiennika: min 8000 h | TAK |  |
| 7. | wydajność wentylatora: min 199 m3/h | TAK |  |
| 8. | dezynfekowana kubatura: 45-90 m3/h | TAK |  |
| 9. | zasięg działania lampy: 18-36 m2 | TAK |  |
| 10. | klasa zabezpieczenia przeciwpożarowego: I | TAK |  |
| 11. | typ obudowy: IP 20 | TAK |  |
| 12. | licznik czasu pracy | TAK |  |
| 13. | obudowa wykonana z blachy kwasoodpornej | TAK |  |
| 14. | przewód z wtyczką do kontaktu | TAK |  |
| 15. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 16. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej | TAK |  |
| ~~17.~~ | ~~Szkolenie personelu Zamawiającego~~ | ~~TAK~~ |  |

~~Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.~~

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 3 - Aparat do mierzenia ciśnienia - 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wyświetlacz: cyfrowy, LCD ciekłokrystaliczny | TAK |  |
| 2. | Metoda pomiarowa: oscylometryczna | TAK |  |
| 3. | Zakres pomiarowy: ciśnienie 0-299 mmHg, tętno 40-180 uderzeń/min | TAK |  |
| 4. | Pamięć: 2 x 60 pomiarów z datą i godziną | TAK |  |
| 5. | Dokładność: ciśnienie +/-3 mmHg, tętno +/- 5% | TAK |  |
| 6. | Pompowanie: automatyczne z zastosowaniem technologii Fuzzy Logic | TAK |  |
| 7. | Wypuszczanie powietrza: automatyczne przez sterowany zawór spustowy | TAK |  |
| 8. | Zasilanie: 4 baterie alkaliczne AA (paluszki) i zasilacz sieciowy | TAK |  |
| 9. | Wymiary mankietu: 532 x 145 [mm] (średnica 75 mm) dla ramion o obwodzie 22-42 cm | TAK |  |
| 10. | Technologia "Intellisense" | TAK |  |
| 11. | Funkcja wykrywania nieregularnego tętna występującego przy arytmii | TAK |  |
| 12. | Walidacja kliniczna dla ogólnej populacji, dla diabetyków i kobiet w ciąży | TAK |  |
| 13. | Wskaźnik wysokiego ciśnienia | TAK |  |
| 14. | Wskaźnik prawidłowo założonego mankietu | TAK |  |
| 15. | Wskaźnik błędu z powodu ruchu podczas pomiaru | TAK |  |
| 16. | 2 niezależne tory pamięci (2x60 pomiarów z datą i godziną) | TAK |  |
| 17. | Funkcja uśredniania 3 ostatnich wyników z 10 minut | TAK |  |
| 18. | Energooszczędny – min. 1000 pomiarów na nowych bateriach alkalicznych | TAK |  |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej. | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 4 - Dozownik do tlenu - 20 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Ciśnienie zasilania 0,5 MPa | TAK |  |
| 2. | Zakres wskazań 1-17l/min | TAK |  |
| 3. | Wtyki do systemu: AGA, | TAK |  |
| 4. | Możliwość podłączenia: Nawilżacz, pojemnik jednorazowego użytku, | TAK |  |
| 5. | Możliwość sterylizacji butelki nawilżacza w temp powyżej 120oC, | TAK |  |
| 6. | Temperatura pracy: 10 – 30oC, | TAK |  |
| 7. | Nawilżacz musi posiadać zawór bezpieczeństwa, | TAK |  |
| 8. | Dozownik tlenu musi być zarejestrowany w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | TAK |  |
| 9. | Ciśnienie wejściowe 5 bar | TAK |  |
| 10. | Zakres ciśnienia dla prawidłowych wskazań 5 (+/- 0,5 bar) | TAK |  |
| 11. | Zakres regulacji przepływu 0-15 l/min. | TAK |  |
| 12. | W komplecie nawilżacz z butelką o pojemności 250 ml z możliwością sterylizacji w temperaturze 120⁰ C | TAK |  |
| 13. | Możliwość podłączenia pojemnika jednorazowego RespiFlow. Podłączenie nie wymaga przejściówek/ adapterów | TAK |  |
| 14. | Dozownik zbudowany ( z wyjątkiem kopułki) z mosiądzu chromowanego, odpornego na uderzenia i pęknięcia | TAK |  |
| 15. | Wydajność (+/-) 12 ml wody /h przy przepływie gazu 15l/min. | TAK |  |
| 16. | Wilgotność gazu jeśli wymagane jest nawilżenie 0-60% | TAK |  |
| 17. | Dokładność odczytu (+/- 10%) | TAK |  |
| 18. | Budowa w oparciu o materiały kompatybilne z tlenem | TAK |  |
| 19. | Regulacja przepływu gazu przy użyciu pokrętła | TAK |  |
| 20. | Wyposażone w rurkę rotametryczną z podziałką 0-15 l/ min. | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 5 – Wózek zabiegowy dwukomorowy - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Z rurek stalowych pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |
| 2. | Na 4 kółkach w tym 2 z blokadą, pozwalających na łatwe i ciche przemieszczanie | TAK |  |
| 3. | Worek na odpady | TAK |  |
| 4. | Druciany kosz | TAK |  |
| 5. | 5 półek | TAK |  |
| 6. | Wys. ok 91 cm; szer. ok. 43 cm; dł. ok. 97 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 6 – Wózek zabiegowy mały - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Z rurek stalowych pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |
| 2. | Na 4 kółkach w tym 2 z blokadą, pozwalających na łatwe i ciche przemieszczanie | TAK |  |
| 3. | Worek na odpady | TAK |  |
| 4. | Druciany kosz | TAK |  |
| 5. | 3 półki | TAK |  |
| 6. | Wys. ok 91 cm; szer. ok. 43 cm; dł. ok. 65 cm(+/- 2 cm) | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 7 – Wózek WC - 6 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Chromowana rama stalowa | TAK |  |
| 2. | Konstrukcja składana | TAK |  |
| 3. | Miękkie siedzisko w kolorze czarnym | TAK |  |
| 4. | Wysokość siedziska umożliwiające najazd na sedes | TAK |  |
| 5. | Podnóżki zdejmowane, uchylne | TAK |  |
| 6. | Demontowane oparcie | TAK |  |
| 7. | Uchylne podłokietniki | TAK |  |
| 8. | Koła pełne | TAK |  |
| 9. | Hamulce na koła tylne | TAK |  |
| 10. | Pojemnik na fekalia | TAK |  |
| 11. | Obciążenie do150 kg | TAK |  |
| 12. | Szer. 54-60 cm; wys. 89-100 cm | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)