



## Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach

Katowice, dn. 27.08.2021

Znak sprawy: TZ.252.1.44.2021

l.dz. WPR/4081/08/2021/W

Uczestnicy postępowania  
nr WPR/AZ/252/ZP/29/2021

**Odpowiedzi na pytania do Specyfikacji Warunków Zamówienia na: „Zakup wraz z dostawą sprzętu medycznego dla Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach”, znak postępowania: WPR/AZ/252/ZP/29/2021.**

I. Na podstawie art. 135 ust. 1 – 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1129) Zamawiający przekazuje treść zapytań skierowanych do Zamawiającego wraz z odpowiedziami.

### Pytanie nr 1

Czy Zamawiający dopuści do przetargu pompy strzykawkowe z dużym, dotykowym 4,3 calowym, w pełni kolorowym ekranem, zamiast przestarzałego dwuwierszowego ? Takie rozwiązanie pozwala na umieszczenie znacznie większej ilości informacji zachowując w pełni czytelność.

#### Odpowiedź:

Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga.

### Pytanie nr 2

Czy Zamawiający dopuści do przetargu pompy strzykawkowe z poborem mocy do 50 VA ?

#### Odpowiedź:

Zgodnie z SWZ.

### Pytanie nr 3

Czy Zamawiający dopuści do przetargu pompy strzykawkowe z zasilaniem wewnętrznym akumulatorowym wytrzymałym ponad 12 godzin pracy przy przepływie 5 ml/h ? Taka ilość czasu w zupełności wystarczy do poprawnej pracy urządzenia.

#### Odpowiedź:

Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga.

### Pytanie nr 4

Czy Zamawiający dopuści do przetargu pompy strzykawkowe z zakresem szybkości infuzji co 0,01 ml/h dla:

Strzykawka o rozmiarze 2/3ml: (0,01-50) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 5ml: (0,01-100) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 10ml: (0,01-300) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 20ml: (0,01-600) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 30ml: (0,01-900) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 50/60ml: (0,01-2000) ml/h

Powyższy zakres jest całkowicie wystarczający do poprawnej podaży infuzji pacjentowi. Dodatkowo takie rozwiązanie jest znacznie lepsze od rozwiązania wymaganego przez Zamawiającego, ponieważ infuzja

[www.wpr.pl](http://www.wpr.pl)

40-024 Katowice, ul Powstańców 52  
tel: +48 32 609 31 40  
fax: +48 32 609 31 54  
e-mail: wpr@wpr.pl



Bank: Santander Bank Polska S.A.  
03 1500 1445 1214 4003 4001 0000  
NIP: 954 22 60 707  
REGON: 270151110  
KRS: 000020162



## Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach

z niskimi przepływami dokładność jest zdecydowanie ważniejsza, szczególnie z możliwością współpracy pompy ze strzykawkami o rozmiarach 2/3 ml.

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie nr 5**

Czy Zamawiający dopuści do przetargu pompy strzykawkowe z regulowaną szybkością dozowania dawki uderzeniowej BOLUS co 0,1 ml/h dla:

Strzykawka o rozmiarze 2/3ml: (0,1-500) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 5ml: (0,1-100) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 10ml: (0,1-300) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 20ml: (0,1-600) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 30ml: (0,1-900) ml/h

Strzykawka o rozmiarze 50/60ml: (0,1-2000) ml/h

Powyższy zakres jest całkowicie wystarczający do poprawnej podaży bolusa pacjentowi. Dodatkowo takie rozwiązanie jest znacznie lepsze od rozwiązania wymaganego przez Zamawiającego, ponieważ dodatkowa opcja bolusa dla obsługi strzykawk o rozmiarach 2/3 ml jest bardzo ważna, szczególnie gdy priorytetem jest dokładna niska podaż infuzji.

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie nr 6**

Czy Zamawiający dopuści do przetargu pompy strzykawkowe o wymiarach 394 \* 90 \* 123 mm ? Jest to niewielka różnica względem wymogów Zamawiającego. Dodatkowo wymagane wymiary jednoznacznie wskazują na jednego producenta. Powołując się na uczciwą zasadę konkurencji prosimy o dopuszczenie.

**Odpowiedź:**

Zamawiający modyfikuje załącznik nr 1 do SWZ (zmiany czcionka w kolorze zielonym).

**Pytanie nr 7**

Dotyczy wymaganego terminu dostawy :

Zwracamy się do Zamawiającego z zapytaniem czy wydłuży termin dostawy do 50 dni od daty podpisania umowy dla zadania nr 1 - tj.20 urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej. Obecnie wymagany przez Zamawiającego termin dostawy przedmiotu zamówienia jest zbyt krótki i niesie duże ryzyko nieterminowej dostawy.

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie nr 8**

Czy Zamawiający wyrazi , aby Wykonawca w celu spełnienia warunku udziału w postępowaniu opisanego w swz rozdział 7 punkt 4) - starując w zadaniu nr 1 - mógł wykazać się minimum dwiema dostawami sprzętu medycznego, których łączna wartość brutto ( suma min. dwóch dostaw) odpowiada minimalnej kwocie zrealizowanej dostawy wymaganej dla zadania 1 określonej przez Zamawiającego w swz?

[www.wpr.pl](http://www.wpr.pl)

40-024 Katowice, ul Powstańców 52  
tel: +48 32 609 31 40  
fax: +48 32 609 31 54  
e-mail: [wpr@wpr.pl](mailto:wpr@wpr.pl)



Bank: Santander Bank Polska S.A.  
03 1500 1445 1214 4003 4001 0000  
NIP: 954 22 60 707  
REGON: 270151110  
KRS: 0000020162

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie nr 9**

Dotyczy zadanie nr 3 – czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie stazy spełniającej wymogi opisane w swz , o wadze około 80 g ??

**Odpowiedź:**

Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga.

**Pytana nr 10**

Dotyczy zadanie nr 1.

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydłużenie czasu reakcji serwisowej do 24 godzin od daty zgłoszenia serwisowego w dni robocze , do maksymalnie 48 godzin w dni wolne od pracy?

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.

**Pytania nr 11**

Dotyczy zadanie nr 1.

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydłużenie czasu dostarczenia urządzenia zastępczego do 48 godzin od daty zgłoszenia żądania przez Zamawiającego? Zgłoszenia przyjmowane w dni robocze od poniedziałku do piątku.

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie nr 12**

Dotyczy zadanie nr 1.

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydłużenie czasu naprawy do 10 dni roboczych od daty odbioru urządzenia do naprawy?

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie nr 13**

Dotyczy zapisów umowy paragraf 6 ustęp 7 – Czy Zamawiający dokona modyfikacji zapisu umowy : „Wykonawca wymieni na nowy i sprawny przedmiot umowy, który był poddany 3 naprawom gwarancyjnym wynikłym nie z winy użytkownika sprzętu. „ Na zapis: W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej przedmiotu zamówienia wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element przedmiotu zamówienia na nowy.

**Odpowiedź:**

Zgodnie z SWZ.





### Pytanie nr 14

Czy Zamawiający obniży wysokość kar umownych opisanych w zapisach umowy: 2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:

1) za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w realizacji przedmiotu umowy, o którym mowa w § 2 ust. 1 - w wysokości 0,5 % wartości brutto wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1;

Na zapis:

2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:

1) za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w realizacji przedmiotu umowy, o którym mowa w § 2 ust. 1 - w wysokości 0,1 % wartości brutto wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1;

### Odpowiedź:

Zgodnie z SWZ.

### Pytanie nr 15

Prosimy Zamawiającego o dopuszczenie pomp w których strzykawka jest montowana od frontu?

Uzasadnienie:

Takie rozwiązanie jest szczególnie istotne w przypadku karetki dużo bardziej wygodne oraz umożliwia lepszą widoczność strzykawki i jej zawartości.

### Odpowiedź:

Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga.

### Pytania nr 16

Prosimy Zamawiającego o dopuszczenie pompy z 12 poziomów okluzji w zakresie 75-900 mmHg?

### Odpowiedź:

Zgodnie z SWZ.

### Pytanie nr 17

Prosimy Zamawiającego o dopuszczenie pompy z bibliotek etykiet bądź leków o pojemności do 5000 leków programowana za pomocą zewnętrznego oprogramowania – trzeba zapytać

### Odpowiedź:

Zgodnie z SWZ.

### Pytanie nr 18

Czy Zamawiający wymaga uchwytu pompy zgodnego z zharmonizowaną normą PN EN 1789?

Zgodnie z SWZ.

### Pytanie nr 19 – dot. Urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej

W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy Zamawiającego o możliwość zaoferowania urządzenia wykorzystującego wielorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem w technologii mechanicznego tłoka umożliwiającego pełną, fizjologiczną relaksację klatki piersiowej (w punkcie 3 OPZ





## Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach

opisane są tylko elementy jednorazowe, natomiast w punkcie 13 Zamawiający dopuszcza elementy wielorazowe)?

**Odpowiedź:**

Zamawiający dokonuje stosownej modyfikacji załącznika nr 1 do SWZ (zmiany czcionka w kolorze zielonym).

**Pytanie nr 20 – dot. Urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej\_**

W związku z ogłoszonym postępowaniem prosimy Zamawiającego o doprecyzowanie czy pod pojęciem: „*Bezprzewodowa transmisja danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera*” rozumie transmisję bez użycia kabla/przewodu pomiędzy urządzeniem do kompresji klatki piersiowej a innym urządzeniem do którego ma odbyć się transmisja danych np. komputerem, laptopem, bez określania sposobu bezprzewodowej transmisji danych?

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie określa sposobu transmisji bezprzewodowej.

**Pytanie nr 21 – dot. Urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej\_**

W związku z ogłoszonym postępowaniem prosimy Zamawiającego o rezygnację z homologowanego uchwytu karetkowego. Urządzenie nieużywane, umieszczone w torbie/plecaku w trakcie jazdy, najczęściej mocowane jest na ścianie ambulansu za pomocą pasów w odpowiednim miejscu, natomiast jeśli pacjent do ambulansu zostanie przetransportowany z założonym urządzeniem, to znajduje się ono na pacjencie montowane w odpowiedni sposób w zależności od producenta i modelu urządzenia.

**Odpowiedź:**

Zamawiający rezygnuje z homologowanego uchwytu i modyfikuje załącznik nr 1 do SWZ (zmiany czcionka w kolorze zielonym).

II. Odpowiedzi stanowią integralną część SWZ i będą wiążące podczas terminu składania ofert.

Załączniki:

- zmodyfikowany załącznik nr 1 do SWZ.

Sporządzili:  
Dawid Lach  
Katarzyna Pietruszka

Akceptowała:  
Karina Przybyła

DYREKTOR  
Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego  
w Katowicach  
  
Łukasz Pach

[www.wpr.pl](http://www.wpr.pl)

40-024 Katowice, ul Powstańców 52  
tel: +48 32 609 31 40  
fax: +48 32 609 31 54  
e-mail: [wpr@wpr.pl](mailto:wpr@wpr.pl)



Bank: Santander Bank Polska S.A.  
03 1500 1445 1214 4003 4001 0000  
NIP: 954 22 60 707  
REGON: 270151110  
KRS: 0000020162



**FORMULARZ OFERTOWY**

do postępowania pn. „Zakup wraz z dostawą sprzętu medycznego dla Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach”

**ZAMAWIAJĄCY:**

Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach, ul. Powstańców 52, 40-024 Katowice

**WYKONAWCA\***

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

Województwo .....

Nr telefonu .....Nr faksu .....

KRS lub wpis do ewidencji .....

REGON ..... NIP .....

Adres email do kontaktów z Wykonawcą .....

\*Uwaga: w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (pełnomocnik/lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę wspólną

**1. Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

- 1)zapoznałem się z treścią swz dla niniejszego zamówienia,
- 2)gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
- 3)niniejsza oferta wiąże nas przez okres wskazany w SWZ,
- 4)akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy,
- 5)w przypadku wybrania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
- 6)nie zamierzam(y)powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia/następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom\*\*

lp	Część/zakres zamówienia	Nazwa(firma)podwykonawcy

\*\*Uwaga - niepotrzebne skreślić

- 7) Składając ofertę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego informuję, że wybór mojej oferty:
- a) nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*\*
  - b) będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w wyniku czego wskazuję nazwę(rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku\*\*\*:

\*\*\*Uwaga: niepotrzebne skreślić

**Uwaga!**

\* Wykonawca zobowiązany jest wypełnić dane w zakresie zadania na które składa ofertę.

**2. ZADANIE NR 1 - Zakup 20 urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej.**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SWZ za wynagrodzeniem całkowitym: **(Kryterium nr 1):**

netto; .....PLN tj. słownie: .....

podatek VAT\*\*\*\* ..... kwota podatku\*\*\*\* .....

brutto\*\*\*\*:.....PLN tj. słownie : .....

\*\*\*\* Uwaga: nie dotyczy Wykonawcy zagranicznego tj. wykonawcy nie posiadającego siedziby lub miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

W tym:

Lp.	Asortyment	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VAT	Kwota VAT	Wartość brutto
1	URZĄDZENIE DO MECHANICZNEJ KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ	szt.	20					

<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Kraj pochodzenia:</b>	
<b>Rok produkcji:</b> Min. 2021r	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Potwierdzenie spełnienia warunku / opisać
	<b>URZĄDZENIE DO MECHANICZNEJ KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ</b>	TAK	
1	Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja	TAK	
2	Działanie urządzenia w pełni elektryczne	TAK	
3	Prowadzenie uciśnień klatki piersiowej przy pomocy taśmy piersiowej lub mechanicznego tłoka z elementem jednorazowego użycia do wykonania aktywnej relaksacji klatki piersiowej pacjenta w trybie 30 ucisków/2 oddechy ratownicze. <del>Możliwość pracy w trybie ciągłym.</del>	TAK	-
3	Prowadzenie uciśnień klatki piersiowej przy pomocy taśmy piersiowej lub mechanicznego tłoka z elementem <b>jednorazowego lub wielorazowego</b> użycia do wykonania aktywnej relaksacji klatki piersiowej pacjenta w trybie 30 ucisków/2 oddechy ratownicze. Możliwość pracy w trybie ciągłym.	TAK	
4	Głębokość uciśnień w całym zakresie masy pacjenta: 20 % głębokości klatki piersiowej dla urządzenia prowadzącego uciski za pomocą taśmy piersiowej lub 5 - 6 cm dla urządzenia pracującego w technologii mechanicznego tłoka.	TAK	
5	Częstość uciśnień min. 80 na minutę.	TAK, podać	
6	Źródła zasilania: - akumulator wewnętrzny z możliwością samodzielnej wymiany przez Użytkownika - zasilanie ze ściany karetki DC min. 12 – 28 V - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 240 V	TAK	
7	Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie).	TAK	
8	Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora	TAK	



	wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC).		
9	Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta ( również w ambulansie) przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 30 min.	TAK	
10	Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta.	TAK	
11	Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą /plecakiem < 13 kg	TAK	
12	Bezprzewodowa transmisja danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera.	TAK	
13	Wyposażenie aparatu: 1.1 torba lub plecak 1.2 deska pod plecy przezierna dla promieni X 1.3 Min. 2 wielorazowe lub min. 20 jednorazowych elementów bezpośredniego kontaktu z pacjentem 1.4 akumulator 1.5 ładowarka do akumulatorów	TAK	
14	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
15	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
16	Paszport techniczny,	TAK	
17	Uchwyt karetkowy homologowany	TAK	-
18	Deklaracja zgodności (lub certyfikat CE) oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych – przedmiotowe dokumenty dostarczyć wraz z ofertą (Rozdział II pkt 5 SWZ)	TAK	
19	Wymagany okres gwarancji min. 48 m-ce max 70 m-cy, (ustalenie ofertowe)	TAK, podać	
20	Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe max 5 godz od chwili zgłoszenia, w przypadku wolnych dni od pracy max.48 godz,	TAK	
21	W razie awarii, na żądanie Zamawiającego, sprzęt zastępczy o zbliżonych parametrach. Czas na dostarczenie sprzętu max 24 godziny od daty zgłoszenia żądania przez Zamawiającego	TAK	

**Oświadczam, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia parametry określone przez Zamawiającego. (poniższa tabela określa minimalne parametry oferowanego sprzętu, których Zamawiający bezwzględnie wymaga).**

### **3. ZADANIE NR 2 - Zakup 8 pomp infuzyjnych, jednostrzykawkowych.**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SWZ za wynagrodzeniem całkowitym: **(Kryterium nr 1):**

netto; ..... PLN tj. słownie: .....  
 podatek VAT\*\*\*\* ..... kwota podatku\*\*\*\* .....  
 brutto\*\*\*\*: ..... PLN tj. słownie : .....

**\*\*\*\* Uwaga: nie dotyczy Wykonawcy zagranicznego tj. wykonawcy nie posiadającego siedziby lub miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

**W tym:**

Lp.	Asortyment	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VAT	Kwota VAT	Wartość brutto
1	Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa (jednotorowa)	szt.	8					

<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Kraj pochodzenia:</b>	
<b>Rok produkcji:</b> Min. 2021r	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Potwierdzenie spełnienia warunku / opisać
	Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa (jednotorowa)	TAK	
1	Wyświetlacz : LCD duży, czytelny, dwuwierszowy, 2 x 16 znaków	TAK	
2	Zasilanie : 100 - 240 VAC, 50/60 Hz lub 12 - 15 VDC	TAK	
3	Pobór mocy: maks. 10 VA	TAK	
4	Oprogramowanie i wyświetlane komunikaty w języku polskim.		
5	Wskaźnik stanu naładowania akumulatora.		
6	Akumulator wewnętrzny:	TAK	
7	Czas pracy z akumulatora: 20 h przy prędkości 5 ml/h. min. 4h przy prędkości 100 ml/h	TAK, podać	
8	Klasa ochronności: I, typ CF, IP42, odporność na defibrylację	TAK	
9	Wymagania bezpieczeństwa: EN 60601-1 EN 60601-1-2 (EMC) EN 60601-2-24 MDD 93/42/EEC	TAK	
10	Waga pompy: Max 2,5 kg	TAK	
11	Warunki pracy urządzenia: temperatura otoczenia od + 5 °C do + 40 °C wilgotność względna 20% ÷ 90%	TAK	
12	Typy strzykawk: 10, 20, 30, 50/60 ml	TAK	
13	Jednostki programowania infuzji: ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min	TAK	
14	Prędkość dozowania: nastawiana co 0,1 ml/h 0,1 ÷ 2000 ml/h dla strzykawki 50 ml 0,1 ÷ 1200 ml/h dla strzykawki 30 ml 0,1 ÷ 1000 ml/h dla strzykawki 20 ml 0,1 ÷ 600 ml/h dla strzykawki 10 ml Objętość infuzji: 0,1 ÷ 1000 ml, ustawiana co 0,1 ml	TAK	
15	Maksymalna prędkość dozowania dawki uderzeniowej (bolus): nastawiana co 0,1 ml/h do 2000 ml/h dla strzykawki 50 ml do 1200 ml/h dla strzykawki 30 ml do 1000 ml/h dla strzykawki 20 ml do 600 ml/h dla strzykawki 10 ml	TAK	

15	Uchwyt karetkowy homologowany		
16	Uchwyt ułatwiający przenoszenie pompy		
17	Inne możliwości: - likwidacja bolusa okluzyjnego (ABS) - automatyczne rozpoznawanie strzykawek - informacja o poziomie naładowania akumulatora - biblioteka leków z możliwością modyfikacji (64 leki) - infuzje wielofazowe z możliwością zapisania profilu - historia infuzji (2000 zdarzeń) - wskaźnik ciśnienia infuzji - programowanie nazwy oddziału - funkcja wypełnienia drenu - testy użytkownika		
18	Wymiary gabarytowe (szer. x gł. x wys.): <del>320 x 182 x 142 mm</del>		
18	Wymiary gabarytowe (szer. x gł. x wys.): Maksymalne 400 x 200 x 200 mm		
19	Dokładność dozowania: $\pm 2\%$ (wg wymagań normy EN 60601-2-24)		
20	Paszport techniczny, instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
21	Deklaracja zgodności (lub certyfikat CE) oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych – przedmiotowe dokumenty dostarczyć wraz z ofertą (Rozdział II pkt 5 SWZ).	TAK	
22	Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce max 36 m-cy,	TAK, podać	
23	Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe max 5 godz od chwili zgłoszenia, w przypadku wolnych dni od pracy max.48 godz,	TAK	
24	W razie awarii, na żądanie Zamawiającego, sprzęt zastępczy o zbliżonych parametrach. Czas na dostarczenie sprzętu max 24 godziny od daty zgłoszenia żądania przez Zamawiającego	TAK	

**Oświadczam, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia parametry określone przez Zamawiającego. (poniższa tabela określa minimalne parametry oferowanego sprzętu, których Zamawiający bezwzględnie wymaga).**

#### **4. ZADANIE NR 3 - Zakup 40 staz taktycznych.**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SWZ za wynagrodzeniem całkowitym: **(Kryterium nr 1):**

netto; .....PLN tj. słownie: .....  
 podatek VAT\*\*\*\* ..... kwota podatku\*\*\*\* .....  
 brutto\*\*\*\*:.....PLN tj. słownie : .....

**\*\*\*\* Uwaga: nie dotyczy Wykonawcy zagranicznego tj. wykonawcy nie posiadającego siedziby lub miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

**W tym:**

Lp.	Asortyment	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VAT	Kwota VAT	Wartość brutto
1	Staza taktyczna	szt.	40					

Oświadczam, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia parametry określone przez Zamawiającego. (poniższa tabela określa minimalne parametry oferowanego sprzętu, których Zamawiający bezwzględnie wymaga).

<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Kraj pochodzenia:</b>	

<b>Rok produkcji:</b> Min. 2021r	
-------------------------------------	--

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Potwierdzenie spełnienia warunku / opisać
	Staza taktyczna	TAK	
1	Możliwość założenia jedną ręką na każdej kończynie.	TAK	
2	kompaktowa i lekka - waga ok.. 60g	TAK	
3	jednoczęściowa	TAK	
4	system zamknięcia zabezpieczający przed przypadkowym rozpięciem	TAK	
5	staza wyposażona jest w element konstrukcyjny zabezpieczający przed przypadkowym rozpięciem lub poluzowaniem naciągu	TAK	
6	system naciągowy stazy składa się z paska okalającego kończynę oraz obrotowego elementu typu kołowrót. System pozwala na płynną regulację siły naciągu	TAK	
7	opaska jest zapinana za pomocą taśm typu „rzep	TAK, podać	
8	szerokość taśmy uciskającej kończynę 4 cm	TAK	
9	bezglębna praca mechanizmu naciągowego	TAK	
10	miękka wyściółka wewnętrzna stazy, zapobiegająca obtarciom skóry	TAK	
11	możliwość zapisania czasu założenia stazy w wyznaczonym miejscu	TAK	
12	możliwość wyjęcia opaski z opakowania jedną ręką	TAK	
13	możliwość noszenia stazy bez opakowania na zewnątrz	TAK	
14	możliwość transportu stazy na zewnątrz w różnych warunkach atmosferycznych	TAK	
15	wytrzymały krępulec (kołowrót)	TAK	
16	Certyfikaty: CE, ISO 13485:2016		
17	Deklaracja zgodności (lub certyfikat CE) oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych – przedmiotowe dokumenty dostarczyć wraz z dostawą	TAK	
18	Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce max 36 m-cy,	TAK, podać	

**Oświadczam, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia parametry określone przez Zamawiającego. (poniższa tabela określa minimalne parametry oferowanego sprzętu, których Zamawiający bezwzględnie wymaga).**

**5.** Deklaruję termin gwarancji wynoszący:

-Zadanie nr 1: ..... (w przedziale nie krótszym niż 48 m-cy, a nie dłuższym niż 70 m-cy) –  
**Kryterium 2.**

-Zadanie nr 2 : .....(w przedziale nie krótszym niż 24 m-ce, a nie dłuższym niż 36 m-cy)-  
**Kryterium 2.**

- Zadanie nr 3: ..... (w przedziale nie krótszym niż 24 m-ce, a nie dłuższym niż 36 m-cy) –  
**Kryterium 2.**

**6.** Akceptujemy termin płatności do 30 dni licząc od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.

**7.** Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

<sup>1)</sup> 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).

<sup>2)</sup> 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).

**6. Rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca<sup>1</sup> - zaznaczyć właściwy kwadrat**

- Mikroprzedsiębiorstwo**
- Małe przedsiębiorstwo**
- Średnie przedsiębiorstwo**

<sup>1)</sup> Zaznaczyć rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca (w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno):

**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.

**7. Załącznikami do niniejszej oferty są (wymienić wszystkie załączniki):**

<b>nazwa i numer dokumentu</b>	<b>nr strony w ofercie</b>

Data .....

.....  
Podpis osób(-y)  
wskazanych w dokumencie upoważniającym do występowania  
w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

Uwaga: Powyższe oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania – zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego oraz pod rygorem odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy w dokumentach w celu uzyskania zamówienia publicznego – art. 297 §1 Kodeksu Karnego.



