

**Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie**

**– Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II**

**ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa**

## **SPECYFIKACJA WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SWZ) pn:**

**„Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu  
Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego  
im. Jana Pawła II”**

**Znak sprawy:**

**09/09/2021**

**Włoszczowa, dnia 23.09.2021 roku**

#### **I. Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II  
ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa  
telefon 041 38 83 828,  
adres e-mail: [zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl](mailto:zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl)  
NIP 656 –18 – 55 908, REGON 000304295  
Adres strony internetowej Zamawiającego: <http://www.zozwloszczowa.pl>  
**Godziny urzędowania: poniedziałek – piątek od 7:30 do 15:05**

#### **II. Adres strony internetowej, na której jest prowadzone postępowanie i na której będą udostępnione zmiany i wyjaśnienia treści SWZ oraz inne dokumenty zamówienia bezpośrednio związane z postępowaniem o udzielenie zamówienia**

Adres platformy, za pomocą której należy złożyć ofertę oraz na której udostępnione będą zmiany i wyjaśnienia treści specyfikacji warunków zamówienia (SWZ) oraz inne dokumenty zamówienia bezpośrednio związane z postępowaniem o udzielenie zamówienia: [https://platformazakupowa.pl/pn/zoz\\_wloszczowa](https://platformazakupowa.pl/pn/zoz_wloszczowa)

#### **III. Tryb udzielenia zamówienia publicznego:**

1. Postępowanie prowadzone jest w trybie podstawowym bez negocjacji, na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.), zwanej dalej „ustawa Pzp”, oraz aktów wykonawczych do niej, o wartości zamówienia poniżej progu unijnego.
2. W sprawach nieuregulowanych zapisami niniejszej SWZ, stosuje się przepisy wspomnianej ustawy oraz aktów wykonawczych wydanych na podstawie ustawy.

#### **IV. Rodzaj zamówienia:**

Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II.

#### **V. Przedmiot zamówienia:**

1. Przedmiotem zamówienia jest zakup sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, dostawa, instalacja, uruchomienie oraz szkolenie personelu Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II z obsługi ww. sprzętu. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z określeniem asortymentu, ilości oraz wymagań jakościowych wchodzących w zakres przedmiotu poszczególnych części zamówienia znajduje się w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia - Pakiet Nr 1 – 16 stanowiącym załącznik NR 1 do SWZ - **szczegółowy formularz asortymentowo - cenowy.**

2. Zamówienie obejmuje w szczególności:
  - a) Zakup i dostawę kompletnego sprzętu do siedziby Zamawiającego,
  - b) Instalację, montaż i uruchomienie dostarczonego sprzętu,
  - c) Przeprowadzenie szkolenia dla wyznaczonych pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania i eksploatacji dostarczonego sprzętu – w siedzibie Zamawiającego;
  - d) Serwis gwarancyjny dostarczonego sprzętu,
  - e) Oferowany sprzęt musi być fabrycznie nowy, niekondycjonowany, niepowystawowy, wyprodukowany w roku 2021,
  - f) Oferowany przedmiot zamówienia musi posiadać instrukcję użytkowania w języku polskim oraz atesty, zezwolenia, świadectwa rejestracji, certyfikaty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP,
  - g) Oferowane wyroby medyczne muszą posiadać oznakowanie CE.
  - h) Zamawiający dopuszcza możliwość rezygnacji z wymogu instalacji, montażu i uruchomienia dostarczonego sprzętu oraz przeszkolenia pracowników. W takim przypadku Wykonawca jest zobowiązany uzyskać pisemną zgodę Zamawiającego na odstąpienie od ww. wymogów oraz dostarczyć z przedmiotem zamówienia oświadczenie, że zapoznanie się użytkowników sprzętu z instrukcją obsługi jest wystarczającą gwarancją bezpiecznej instalacji, montażu, uruchomienia i korzystania z urządzeń
  
3. Jeśli w przedmiocie zamówienia Zamawiający opisał materiały, urządzenia, technologie ze wskazaniem konkretnych znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, źródła lub szczególnego procesu, który charakteryzuje produkty lub usługi dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, to należy je traktować jako przykładowe i Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych stosownie do postanowień 99 ust 5 i 6 pzp. Kryterium równoważności stosowanym w celu oceny równoważności zaoferowanych rozwiązań jest spełnienie przez zaoferowane rozwiązania, co najmniej takich samych lub lepszych parametrów technicznych i funkcjonalnych, nie obniżających określonych standardów, niż te które wynikają z opisu przedmiotu zamówienia. Wykonawca oferujący rozwiązania równoważne obowiązany jest udowodnić na etapie składania oferty, że oferowane rozwiązanie posiada parametry i cechy, o których mowa w zdaniu poprzednim. Brak wskazania proponowanych odpowiedników i opisu dotyczącego właściwości zastosowanych odpowiedników stanowi podstawę do odrzucenia oferty – art. 226 ust. 1 pkt 5) Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
  
4. **Kod CPV**  
**33000000-0** Urządzenia medyczne, farmaceutyki i produkty do pielęgnacji ciała  
**33190000-8** Różne urządzenia medyczne

5. Zamówienie w Pakietach nr 1,2,3, 4 i 16 dotyczy projektu RPSW.07.03.00-26-0009/19 pn. "Modernizacja oraz przebudowa budynku ZOZ we Włoszczowie wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny z przeznaczeniem na działalność rehabilitacyjną" przewidzianego do realizacji z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Działania Infrastruktura zdrowotna i społeczna.
6. Zamówienie w Pakiecie nr 10 dotyczy projektu RPSW.07.03.00-26-0006/17 Zadanie „Działania mające na celu walkę z COVID-19-Włoszczowa” realizowanego w ramach RPO WŚ na lata 2014-2020.
7. Zamówienie w Pakietach nr 12, 13 i 14 finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w ramach Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych na podstawie umowy nr 13/Or/21/D z dnia 10.08.2021 r. zawartej z Powiatem Włoszczowskim na realizację zadania pn. "Funkcjonalizacja Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie poprzez adaptację pomieszczeń i wyposażenie pracowni TK, przebudowę i doposażenie Oddziału Chirurgii oraz wymianę wind".

#### **VI. Opis części zamówienia:**

1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne pakiety (pakiet nie podlega podziałowi).
2. Oferty można składać w odniesieniu do jednego lub większej liczby pakietów.
3. W przypadku, gdy oferta jednego wykonawcy, złożona na więcej niż jeden pakiet niniejszego postępowania, okaże się najkorzystniejsza, Zamawiający zawrze jedną umowę na realizację zamówienia publicznego.

#### **VII. Informacja o przedmiotowych środkach dowodowych**

W celu potwierdzenia zgodności oferowanych dostaw z wymaganiami określonymi w opisie przedmiotu zamówienia związanymi z realizacją zamówienia, Zamawiający nie żąda złożenia wraz z ofertą przedmiotowych środków dowodowych.

#### **VIII. Informacje o przewidywanych zamówieniach podobnych, o których mowa w art. 214 ust. 1 pkt 7) i 8):**

Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień podobnych.

#### **IX. Pozostałe informacje:**

1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
2. Zamawiający nie przewiduje rozliczenia w walutach obcych.
3. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zaliczek na poczet wykonania zamówienia.
4. Zamawiający nie wymaga złożenia ofert w postaci katalogów elektronicznych.
5. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
6. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
7. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
8. Zamawiający nie zamierza ustanowić dynamicznego systemu zakupów.

9. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia wizji lokalnej przez Wykonawców oraz udostępnienia w siedzibie Zamawiającego do sprawdzenia dokumentów niezbędnych do realizacji zamówienia.
10. Zamawiający nie przewiduje szczegółowego określania w opisie przedmiotu zamówienia wymagań związanych z realizacją zamówienia, o których mowa w art. 94 ustawy Pzp.
11. Zamawiający nie stawia wymagań w zakresie zatrudnienia osób, o których mowa w art. 96 ust. 2 pkt. 2 ustawy PZP.
12. Zamawiający nie stawia wymagań w zakresie zatrudnienia na podstawie stosunku pracy w okolicznościach, o których mowa w art. 95 ustawy PZP.

**X. Termin realizacji przedmiotu zamówienia:**

Realizacja dostaw w terminie do 15 listopada 2021 roku z uwagi na termin końcowy rozliczenia dotacji i darowizn.

**XI. Warunki udziału w postępowaniu, podstawy wykluczenia, wykaz podmiotowych środków dowodowych.**

**XI.I W postępowaniu o udzielenie zamówienia mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunki określone w art. 57 ustawy Pzp w zw z art. 112 ust. 2 ustawy Pzp, tj.:**

**1) nie podlegają wykluczeniu;**

**2) spełniają warunki udziału w postępowaniu, dotyczące:**

**a) zdolności do występowania w obrocie gospodarczym**

Zamawiający nie ustala szczegółowego warunku udziału w Postępowaniu.

**b) uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej**

Zamawiający nie ustala szczegółowego warunku udziału w Postępowaniu.

**c) sytuacji ekonomicznej lub finansowej**

Zamawiający nie ustala szczegółowego warunku udziału w Postępowaniu.

**d) zdolności technicznej lub zawodowej**

Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że:

w okresie ostatnich trzech lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonał należycie co najmniej jedno zamówienie polegające na dostawie sprzętu medycznego, którego zakres obejmował dostawę lub usługi tożsame z zakresem zamówienia (pakietem/ami do którego/ych zamierza przystąpić wykonawca);

W przypadku złożenia przez Wykonawców dokumentów zawierających dane wyrażone w innych walutach niż PLN, Zamawiający jako kurs przeliczeniowy waluty przyjmie średni kurs Narodowego Banku Polskiego (NBP) obowiązujący w dniu opublikowania ogłoszenia

o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Jeżeli w dniu publikacji ogłoszenia o zamówieniu NBP nie opublikuje informacji o średnim kursie walut, Zamawiający dokona odpowiednich przeliczeń wg średniego kursu z pierwszego, kolejnego dnia, w którym NBP opublikuje ww. informacje.

## **XI.II Poleganie na zasobach innych podmiotów**

1. Wykonawca może w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, w stosownych sytuacjach oraz w odniesieniu do konkretnego zamówienia, lub jego części, polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków prawnych. W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia wykonawcy mogą polegać na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby, jeśli podmioty te wykonują roboty budowlane lub usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane. Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, składa, wraz z wnioskiem o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo odpowiednio wraz z ofertą, zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji danego zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów.
2. **Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdza, że stosunek łączący Wykonawcę z podmiotami udostępniającymi zasoby określa w szczególności:**
  - 1) zakres dostępnych wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby;
  - 2) sposób i okres udostępnienia wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia;
  - 3) czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą.
3. Zamawiający ocenia, czy udostępniane Wykonawcy przez podmioty udostępniające zasoby zdolności techniczne lub zawodowe lub ich sytuacja finansowa lub ekonomiczna, pozwalają na wykazanie przez Wykonawcę spełniania warunków udziału w postępowaniu, a także bada, czy nie zachodzą wobec tego podmiotu podstawy wykluczenia, które zostały przewidziane względem Wykonawcy (**Wykonawca zobowiązany będzie złożyć na wezwanie Zamawiającego zgodnie z art. 274 ust. 1 ustawy, podmiotowe środki dowodowe tych podmiotów, dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania w takim samym zakresie, w jakim zobowiązany jest złożyć te dokumenty sam Wykonawca**).
4. Jeżeli zdolności techniczne lub zawodowe, sytuacja ekonomiczna lub finansowa podmiotu udostępniającego zasoby nie potwierdzają spełnienia przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu lub zachodzą, wobec tego podmiotu podstawy wykluczenia, Zamawiający żąda, aby Wykonawca w terminie określonym przez

Zamawiającego zastąpił ten podmiot innym podmiotem lub podmiotami albo wykazał, że samodzielnie spełnia warunki udziału w postępowaniu.

5. Wykonawca nie może, po upływie terminu składania ofert, powoływać się na zdolności lub sytuację podmiotów udostępniających zasoby, jeżeli na etapie składania ofert nie polegał on w danym zakresie na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby.

### **XI.III Podstawy wykluczenia:**

- 1. Zamawiający wykluczy z postępowania Wykonawcę w przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy (obligatoryjne przesłanki wykluczenia) oraz 109 ust. 1 pkt 1 i 4 (fakultatywne przesłanki wykluczenia):**

- 1) będącego osobą fizyczną, którego prawomocnie skazano za przestępstwo:
  - a) udziału w zorganizowanej grupie przestępczej albo związku mającym na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego, o którym mowa w art. 258 Kodeksu karnego,
  - b) handlu ludźmi, o którym mowa w art. 189a Kodeksu karnego,
  - c) o którym mowa w art. 228–230a, art. 250a Kodeksu karnego lub w art. 46 lub art. 48 ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie,
  - d) finansowania przestępstwa o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 165a Kodeksu karnego, lub przestępstwo udaremniania lub utrudniania stwierdzenia przestępnego pochodzenia pieniędzy lub ukrywania ich pochodzenia, o którym mowa w art. 299 Kodeksu karnego,
  - e) o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 115 § 20 Kodeksu karnego, lub mające na celu popełnienie tego przestępstwa,
  - f) powierzenia wykonywania pracy małoletniemu cudzoziemcowi, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 769),
  - g) przeciwko obrotowi gospodarczemu, o których mowa w art. 296–307 Kodeksu karnego, przestępstwo oszustwa, o którym mowa w art. 286 Kodeksu karnego, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów, o których mowa w art. 270–277d Kodeksu karnego, lub przestępstwo skarbowe,
  - h) o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 3 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej  
– lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
- 2) jeżeli urzędującego członka jego organu zarządzającego lub nadzorczego, wspólnika spółki w spółce jawnej lub partnerskiej albo komplementariusza w spółce komandytowej lub komandytowo-akcyjnej lub prokurenta prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w pkt 1;
- 3) wobec którego wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, chyba że wykonawca odpowiednio

- przed upływem terminu do składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo przed upływem terminu składania ofert dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;
- 4) wobec którego prawomocnie orzeczono zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;
  - 5) jeżeli zamawiający może stwierdzić, na podstawie wiarygodnych przesłanek, że wykonawca zawarł z innymi wykonawcami porozumienie mające na celu zakłócenie konkurencji, w szczególności jeżeli należąc do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, chyba że wykażą, że przygotowali te oferty lub wnioski niezależnie od siebie;
  - 6) jeżeli, w przypadkach, o których mowa w art. 85 ust. 1, doszło do zakłócenia konkurencji wynikającego z wcześniejszego zaangażowania tego wykonawcy lub podmiotu, który należy z wykonawcą do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, chyba że spowodowane tym zakłócenie konkurencji może być wyeliminowane w inny sposób niż przez wykluczenie wykonawcy z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia.
2. Z postępowania o udzielenie zamówienia, w przypadku zamówienia o wartości równej lub przekraczającej wyrażoną w złotych równowartość kwoty dla robót budowlanych – 20 000 000 euro, a dla dostaw lub usług – 10 000 000 euro, wyklucza się także wykonawcę, który udaremnia lub utrudnia stwierdzenie przestępnego pochodzenia pieniędzy lub ukrywa ich pochodzenie, w związku z brakiem możliwości ustalenia beneficjenta rzeczywistego, w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 971 ze zm.).
3. Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się również Wykonawcę:
- a) który naruszył obowiązki dotyczące płatności podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w art. 108 ust. 1 pkt 3, chyba że wykonawca odpowiednio przed upływem terminu do składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo przed upływem terminu składania ofert dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;
  - b) w stosunku, do którego otwarto likwidację, ogłoszono upadłość, którego aktywami zarządza likwidator lub sąd, zawarł układ z wierzycielami, którego działalność gospodarcza jest zawieszona albo znajduje się on w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury;



#### **XI.IV PROCEDURA SAMOOCZYSZCZENIA**

1. Wykonawca nie podlega wykluczeniu w okolicznościach określonych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 ustawy Pzp lub art. 109 ust. 1 pkt 2-5 i 7-10 ustawy Pzp, jeżeli udowodni zamawiającemu, że spełnił łącznie następujące przesłanki:
  - 1) naprawił lub zobowiązał się do naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem, w tym poprzez zadośćuczynienie pieniężne;
  - 2) wyczerpująco wyjaśnił fakty i okoliczności związane z przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem oraz spowodowanymi przez nie szkodami, aktywnie współpracując odpowiednio z właściwymi organami, w tym organami ścigania, lub zamawiającym;
  - 3) podjął konkretne środki techniczne, organizacyjne i kadrowe, odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom, wykroczeniom lub nieprawidłowemu postępowaniu, w szczególności:
    - a) zerwał wszelkie powiązania z osobami lub podmiotami odpowiedzialnymi za nieprawidłowe postępowanie wykonawcy,
    - b) zreorganizował personel,
    - c) wdrożył system sprawozdawczości i kontroli,
    - d) utworzył struktury audytu wewnętrznego do monitorowania przestrzegania przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów,
    - e) wprowadził wewnętrzne regulacje dotyczące odpowiedzialności i odszkodowań za nieprzestrzeganie przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów.
2. Zamawiający ocenia, czy podjęte przez wykonawcę czynności, o których mowa w ust. 1, są wystarczające do wykazania jego rzetelności, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu wykonawcy. Jeżeli podjęte przez wykonawcę czynności, o których mowa w ust. 1, nie są wystarczające do wykazania jego rzetelności, zamawiający wyklucza wykonawcę.
3. Wykonawca może zostać wykluczony przez zamawiającego na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia.
4. W celu skorzystania z instytucji „samooczyszczenia”, Wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia stosownych informacji w oświadczeniu stanowiącym załącznik nr 4 a (4 b dla Podmiotu, na którego zasoby powołuje się Wykonawca) do SWZ.

#### **XI.V. Wykaz oświadczeń lub dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udziału w postępowaniu oraz postaw do wykluczenia - informację wstępne**

Ocena spełniania podstaw wykluczenia z postępowania, zostanie dokonana zgodnie z formułą „podlega – nie podlega”, w oparciu o przedłożone przez Wykonawcę oświadczenie i dokumenty, o których mowa w rozdz. XI.VII.

#### **XI.VI Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć wykonawcy w celu wstępnego potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu wraz z ofertą**

1. **W zakresie wykazania spełnienia przez Wykonawcę warunków, o których mowa w art. 57 ustawy Pzp, Wykonawca przedkłada:**
  - a) **oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu** – podpisane odpowiednio przez osobę (osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentowania Wykonawcy. Stosowne oświadczenie, Wykonawca składa na wzorze stanowiącym **Załącznik nr 3 a do SWZ**;
  - b) **oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu** – podpisane odpowiednio przez osobę (osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentowania Podmiotu na którego zasoby powołuje się Wykonawca. Stosowne oświadczenie, składa się na wzorze stanowiącym **Załącznik nr 3 b do SWZ**;
2. **W zakresie potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia z Postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 108 ustawy Pzp oraz art. 109 ust. 1 pkt 1 oraz pkt 4 ustawy Pzp, Wykonawca przedkłada:**
  - a) **oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania** – wypełnione i podpisane odpowiednio przez osobę (osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentowania Wykonawcy. Stosowne oświadczenie Wykonawca składa na wzorze stanowiącym **Załącznik nr 4 a do SWZ**.
  - b) **oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania** – wypełnione i podpisane odpowiednio przez osobę (osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentowania Podmiotu na którego zasoby powołuje się Wykonawca. Stosowne oświadczenie składa się na wzorze stanowiącym **Załącznik nr 4 b do SWZ**.

#### **XI.VII Podmiotowe środki dowodowe (oświadczenia i dokumenty potwierdzające okoliczności, o których mowa w art. 273 ustawy pzp, składane na wezwanie zamawiającego):**

1. Zamawiający wzywa wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym terminie, nie krótszym niż 5 dni od dnia wezwania, podmiotowych środków dowodowych, aktualnych na dzień złożenia:
  - a) **odpisu lub informacji z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**, sporządzonych nie wcześniej niż 3 miesiące przed jej złożeniem, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy;
  - b) **oświadczenia wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w:**
    - art. 108 ust 1 pkt 1, 3, 4, 5, 6 u.p.z.p.,
    - art. 109 ust 1 pkt 1 u.p.z.p.

**Przedmiotowe oświadczenie należy złożyć na formularzu, którego wzór stanowi załącznik nr 7 do SWZ.**

- c) **oświadczenia wykonawcy, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP**, o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, albo oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej – **wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 6 do SWZ.**
- d) – wykazu dostaw/usług wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane, oraz załączeniem dowodów określających, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie. Dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy. W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy. Wykaz dostaw/usług stanowi załącznik nr 5 do SWZ. Wymagane jest wykazanie co najmniej jednego zamówienia polegającego na dostawie sprzętu, którego zakres obejmował dostawy lub usługi tożsame z zakresem zamówienia (pakietem/ami do którego/ych zamierza przystąpić wykonawca);
2. Wykonawca nie będzie obowiązany do złożenia podmiotowych środków dowodowych, potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub brak podstaw wykluczenia, jeżeli Zamawiający posiada oświadczenia a wykonawca wskaże te środki oraz potwierdzi ich prawidłowość i aktualność lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016r. poz. 352) lub podmiotowych środkiem dowodowym jest oświadczenie, którego treść odpowiada zakresowi oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp.
  3. W przypadku wskazania przez Wykonawcę dostępności oświadczeń lub dokumentów, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobierze samodzielnie z tych baz danych wskazane przez Wykonawcę oświadczenia lub dokumenty.
  4. W przypadku wskazania przez Wykonawcę oświadczeń lub dokumentów na potwierdzenie braku podstaw wykluczenia lub spełniania warunków udziału w postępowaniu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający będzie wymagał od

Wykonawcy przedstawienia tłumaczenia na język polski wskazanych przez Wykonawcę i pobranych samodzielnie przez Zamawiającego dokumentów.

5. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w:
  - 1) Rozdziale XI.VII ust. lit. a – odpisu albo informacji z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że: nie otwarto jego likwidacji, nie ogłoszono upadłości, jego aktywami nie zarządza likwidator lub sąd, nie zawarł układu z wierzycielami, jego działalność gospodarcza nie jest zawieszona ani nie znajduje się on w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury
6. Dokument, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1 lit. a., powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed jego złożeniem.
7. Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt. 1 lit. a, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone pod przysięgą, lub jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania nie ma przepisów o oświadczeniu pod przysięgą, złożone przed organem sądowym lub administracyjnym, notariuszem, organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.
8. Jeżeli Wykonawca nie złoży oświadczenia, o którym mowa w rozdz. XI.VI SWZ, oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 273 ustawy PZP, lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą, wskazane przez Zamawiającego wątpliwości, Zamawiający wezwie do ich złożenia, uzupełnienia, poprawienia w terminie przez siebie wskazanym, chyba, że mimo ich złożenia oferta Wykonawcy podlegałaby odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
9. W zakresie nieuregulowanym ustawą p.z.p. lub niniejszą SWZ do oświadczeń i dokumentów składanych przez Wykonawcę w postępowaniu zastosowanie mają w szczególności przepisy rozporządzenia Ministra Rozwoju Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.

#### **XI.VIII Informacja dla wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (spółki cywilne/konsorcja)**

1. Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia. W takim przypadku Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu albo do reprezentowania i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Pełnomocnictwo winno być załączone do oferty.
2. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenia, o których mowa w Rozdziale XI.VI i XI.VII SWZ, składa każdy z wykonawców. Oświadczenia te potwierdzają brak podstaw wykluczenia oraz spełnianie warunków udziału w zakresie, w jakim każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu.
3. **Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia dołączają do oferty oświadczenie, z którego wynika, które roboty budowlane/dostawy/usługi wykonają poszczególne wykonawcy (Załącznik nr 8).**
4. Oświadczenia i dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania składa z osobna każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

### **XI.IX Podwykonawcy**

1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy (podwykonawcom).
2. Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez Wykonawcę kluczowych części zamówienia.
3. Zamawiający wymaga, aby w przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom, Wykonawca wskazał w ofercie części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom oraz podał (o ile są mu wiadome na tym etapie) nazwy (firmy) tych podwykonawców.

## **XII. Oferta**

### **XII.I Oświadczenia i dokumenty, jakie powinni dostarczyć Wykonawcy wraz z ofertą.**

1. **oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu** i braków podstaw do wykluczenia – podpisane odpowiednio przez osobę (osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentowania Wykonawcy. Stosowne oświadczenie, Wykonawca składa na wzorze stanowiącym załącznik nr 3 i 4 do niniejszej SWZ,
2. wypełniony i podpisany formularz ofertowy (*zgodny ze wzorem, stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ*) zawierający w szczególności: wskazanie oferowanego przedmiotu zamówienia, cenę ryczałtową netto, wartość podatku VAT, łączną cenę ofertową brutto, zobowiązanie dotyczące terminu realizacji zamówienia, oświadczenie o okresie związania ofertą oraz o akceptacji wszystkich postanowień wzoru umowy bez zastrzeżeń,
3. wyceniony i podpisany formularz asortymentowo-cenowy, (*stanowiący załącznik nr 1 do SWZ*),
4. w przypadku gdy wykonawcę reprezentuje pełnomocnik – pełnomocnictwo określające zakres umocowania pełnomocnika,
5. w przypadku oferty składanej przez wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia (w szczególności członków konsorcjum oraz wspólników spółki cywilnej) –

aktualny dokument potwierdzający ustanowienie pełnomocnika do reprezentowania w/w wykonawców w postępowaniu lub do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy lub umowę regulującą współpracę i zasady reprezentacji podmiotów występujących wspólnie w szczególności umowę spółki cywilnej.

6. Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby.

## XII.II Opis sposobu przygotowania ofert oraz dokumentów wymaganych przez zamawiającego w SWZ

1. Oferta, wnioski oraz przedmiotowe środki dowodowe (jeżeli były wymagane) składane elektronicznie muszą zostać podpisane **elektronicznym kwalifikowanym podpisem** lub **podpisem zaufanym** lub **podpisem osobistym**. W procesie składania oferty, wniosku w tym przedmiotowych środkach dowodowych na platformie, **kwalifikowany podpis elektroniczny** lub **podpis zaufany** lub **podpis osobisty** Wykonawca składa bezpośrednio na dokumencie, który następnie przesyła do systemu.
2. Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów, które każdego z nich dotyczą. Poprzez oryginał należy rozumieć dokument podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione. Poświadczenie za zgodność z oryginałem następuje w formie elektronicznej podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione.
3. Oferta powinna być:
  - a. sporządzona na podstawie załączników niniejszej SWZ w języku polskim,
  - b. złożona przy użyciu środków komunikacji elektronicznej tzn. za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](http://platformazakupowa.pl),
  - c. podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione
4. Podpisy kwalifikowane wykorzystywane przez wykonawców do podpisywania wszelkich plików muszą spełniać "Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym (eIDAS) (UE) nr 910/2014 - od 1 lipca 2016 roku".
5. W przypadku wykorzystania formatu podpisu XAdES zewnętrzny. Zamawiający wymaga dołączenia odpowiedniej ilości plików tj. podpisywanych plików z danymi oraz plików podpisu w formacie XAdES.
6. Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Pzp, nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Jeżeli wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób niebudzący wątpliwości zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał,

- załączając stosowne wyjaśnienia, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Na platformie w formularzu składania oferty znajduje się miejsce wyznaczone do dołączenia części oferty stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa.
7. Wykonawca, za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) może przed upływem terminu do składania ofert zmienić lub wycofać ofertę. Sposób dokonywania zmiany lub wycofania oferty zamieszczono w instrukcji zamieszczonej na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>
  8. Każdy z wykonawców może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert lub oferty zawierającej propozycje wariantowe spowoduje, iż oferta podlegać będzie odrzuceniu.
  9. Ceny oferty muszą zawierać wszystkie koszty, jakie musi ponieść wykonawca, aby zrealizować zamówienie z najwyższą starannością oraz ewentualne rabaty.
  10. Dokumenty i oświadczenia składane przez wykonawcę powinny być w języku polskim, chyba że w SWZ dopuszczono inaczej. W przypadku załączenia dokumentów sporządzonych w innym języku niż dopuszczony, wykonawca zobowiązany jest załączyć tłumaczenie na język polski.
  11. Zgodnie z definicją dokumentu elektronicznego z art. 3 ustęp 2 Ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, opatrzenie pliku zawierającego skompresowane dane kwalifikowanym podpisem elektronicznym jest jednoznaczne z podpisaniem oryginału dokumentu, z wyjątkiem kopii poświadczonych odpowiednio przez innego wykonawcę ubiegającego się wspólnie z nim o udzielenie zamówienia, przez podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, albo przez podwykonawcę.
  12. Maksymalny rozmiar jednego pliku przesyłanego za pośrednictwem dedykowanych formularzy do: złożenia, zmiany, wycofania oferty wynosi 150 MB natomiast przy komunikacji wielkość pliku to maksymalnie 500 MB.

### **XIII. Informacje o środkach komunikacji elektronicznej, przy użyciu których Zamawiający będzie komunikował się z Wykonawcami, informacje o wymaganiach technicznych i organizacyjnych sporządzania, wysyłania i odbierania korespondencji elektronicznej.**

#### **XIII.I. Informacje Ogólne**

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Wykonawcami jest:  
**mgr Agnieszka Bukowska / mgr Monika Koza** – Dział Obsługi Administracyjno-Technicznej - w sprawach proceduralnych tel. 41 3883837 informacje dotyczące postępowania udzielane są od pn. do pt. w godzinach 9:00 – 14:00, e-mail: [zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl](mailto:zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl).  
**mgr Joanna Szwarc / mgr Monika Koza** – Dział Obsługi Administracyjno-Technicznej - w sprawach proceduralnych tel. 41 3883837 informacje dotyczące postępowania udzielane są od pn. do pt. w godzinach 9:00 – 14:00, e-mail: [zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl](mailto:zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl).
2. Postępowanie prowadzone jest w języku polskim w formie elektronicznej za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) pod adresem: [https://platformazakupowa.pl/pn/zoz\\_wloszczowa](https://platformazakupowa.pl/pn/zoz_wloszczowa)

3. W celu skrócenia czasu udzielenia odpowiedzi na pytania komunikacja między zamawiającym a wykonawcami w zakresie:
  - a) przesyłania Zamawiającemu pytań do treści SWZ;
  - b) przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia podmiotowych środków dowodowych;
  - c) przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia/poprawienia/uzupełnienia oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1, podmiotowych środków dowodowych, innych dokumentów lub oświadczeń składanych w postępowaniu;
  - d) przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia wyjaśnień dotyczących treści oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1 lub złożonych podmiotowych środków dowodowych lub innych dokumentów lub oświadczeń składanych w postępowaniu;
  - e) przesyłania odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego do złożenia wyjaśnień dot. treści przedmiotowych środków dowodowych;
  - f) przesyłania odpowiedzi na inne wezwania Zamawiającego wynikające z ustawy - Prawo zamówień publicznych;
  - g) przesyłania wniosków, informacji, oświadczeń Wykonawcy;
  - h) przesyłania odwołania/inne
    - odbywa się za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) i formularza „Wyślij wiadomość do zamawiającego”.
4. Za datę przekazania (wpływu) oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji przyjmuje się datę ich przesłania za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) poprzez kliknięcie przycisku „Wyślij wiadomość do zamawiającego” po których pojawi się komunikat, że wiadomość została wysłana do zamawiającego.
5. Zamawiający będzie przekazywał wykonawcom informacje w formie elektronicznej za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl). Informacje dotyczące odpowiedzi na pytania, zmiany specyfikacji, zmiany terminu składania i otwarcia ofert Zamawiający będzie zamieszczał na platformie w sekcji „Komunikaty”. Korespondencja, której zgodnie z obowiązującymi przepisami adresatem jest konkretny wykonawca, będzie przekazywana w formie elektronicznej za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) do konkretnego wykonawcy.
6. Wykonawca jako podmiot profesjonalny ma obowiązek sprawdzania komunikatów i wiadomości bezpośrednio na [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) przesłanych przez zamawiającego, gdyż system powiadomień może ulec awarii lub powiadomienie może trafić do folderu SPAM.
7. Zamawiający, zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 2020r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie (Dz. U. z 2020r. poz. 2452), określa niezbędne wymagania sprzętowo - aplikacyjne umożliwiające pracę na [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl), tj.:
  - a. stały dostęp do sieci Internet o gwarantowanej przepustowości nie mniejszej niż 512 kb/s,



- b. komputer klasy PC lub MAC o następującej konfiguracji: pamięć min. 2 GB Ram, procesor Intel IV 2 GHZ lub jego nowsza wersja, jeden z systemów operacyjnych - MS Windows 7, Mac Os x 10 4, Linux, lub ich nowsze wersje,
  - c. zainstalowana dowolna przeglądarka internetowa, w przypadku Internet Explorer minimalnie wersja 10.0,
  - d. włączona obsługa JavaScript,
  - e. zainstalowany program Adobe Acrobat Reader lub inny obsługujący format plików .pdf,
  - f. Szyfrowanie na platformazakupowa.pl odbywa się za pomocą protokołu TLS 1.3.
  - g. Oznaczenie czasu odbioru danych przez platformę zakupową stanowi datę oraz dokładny czas (hh:mm:ss) generowany wg. czasu lokalnego serwera synchronizowanego z zegarem Głównego Urzędu Miar.
8. Wykonawca, przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:
- a. akceptuje warunki korzystania z [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) określone w Regulaminie zamieszczonym na stronie internetowej pod linkiem w zakładce „Regulamin” oraz uznaje go za wiążący,
  - b. zapoznał i stosuje się do Instrukcji składania ofert/wniosek dostępnej [pod linkiem](#).
9. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za złożenie oferty w sposób niezgodny z Instrukcją korzystania z [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl), w szczególności za sytuację, gdy zamawiający zapozna się z treścią oferty przed upływem terminu składania ofert (np. złożenie oferty w zakładce „Wyślij wiadomość do zamawiającego”). Taka oferta zostanie uznana przez Zamawiającego za ofertę handlową i nie będzie brana pod uwagę w przedmiotowym postępowaniu ponieważ nie został spełniony obowiązek narzucony w art. 221 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
10. Zamawiający informuje, że instrukcje korzystania z [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) dotyczące w szczególności logowania, składania wniosków o wyjaśnienie treści SWZ, składania ofert oraz innych czynności podejmowanych w niniejszym postępowaniu przy użyciu [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) znajdują się w zakładce „Instrukcje dla Wykonawców” na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>

## 11. Formaty danych postaci elektronicznej oświadczeń i dokumentów

1. **Formaty plików wykorzystywanych przez wykonawców powinny być zgodne z “OBWIESZCZENIEM PREZESA RADY MINISTRÓW z dnia 9 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych”.**
2. Zamawiający rekomenduje wykorzystanie formatów: .pdf .doc .xls .jpg (.jpeg) **ze szczególnym wskazaniem na .pdf**
3. W celu ewentualnej kompresji danych Zamawiający rekomenduje wykorzystanie jednego z formatów:
  - a. .zip
  - b. .7Z

4. Wśród formatów powszechnych a **NIE występujących** w rozporządzeniu występują: .rar .gif .bmp .numbers .pages. **Dokumenty złożone w takich plikach zostaną uznane za złożone nieskutecznie.**
5. Zamawiający zwraca uwagę na ograniczenia wielkości plików podpisywanych profilem zaufanym, który wynosi max 10MB, oraz na ograniczenie wielkości plików podpisywanych w aplikacji eDoApp służącej do składania podpisu osobistego, który wynosi max 5MB.
6. Ze względu na niskie ryzyko naruszenia integralności pliku oraz łatwiejszą weryfikację podpisu, zamawiający zaleca, w miarę możliwości, przekonwertowanie plików składających się na ofertę na format .pdf i opatrzenie ich podpisem kwalifikowanym PAdES.
7. Pliki w innych formatach niż PDF zaleca się opatrzyć zewnętrznym podpisem XAdES. Wykonawca powinien pamiętać, aby plik z podpisem przekazywać łącznie z dokumentem podpisywanym.
8. Zamawiający zaleca aby w przypadku podpisywania pliku przez kilka osób, stosować podpisy tego samego rodzaju. Podpisywanie różnymi rodzajami podpisów np. osobistym i kwalifikowanym może doprowadzić do problemów w weryfikacji plików.
9. Zamawiający zaleca, aby Wykonawca z odpowiednim wyprzedzeniem przetestował możliwość prawidłowego wykorzystania wybranej metody podpisania plików oferty.
10. Zaleca się, aby komunikacja z wykonawcami odbywała się tylko na Platformie za pośrednictwem formularza “Wyślij wiadomość do zamawiającego”, nie za pośrednictwem adresu email.
11. Osobą składającą ofertę powinna być osoba kontaktowa podawana w dokumentacji.
12. Ofertę należy przygotować z należytą starannością i zachowaniem odpowiedniego odstępu czasu do zakończenia przyjmowania ofert/wniosek. Sugerujemy złożenie oferty na 24 godziny przed terminem składania ofert/wniosek.
13. Podczas podpisywania plików zaleca się stosowanie algorytmu skrótu SHA2 zamiast SHA1.
14. Jeśli wykonawca pakuje dokumenty np. w plik ZIP zalecamy wcześniejsze podpisanie każdego ze skompresowanych plików.
15. Zamawiający rekomenduje wykorzystanie podpisu z kwalifikowanym znacznikiem czasu.
16. Zamawiający zaleca aby nie wprowadzać jakichkolwiek zmian w plikach po podpisaniu ich podpisem kwalifikowanym. Może to skutkować naruszeniem integralności plików co równoważne będzie z koniecznością odrzucenia oferty w postępowaniu.
17. **Zamawiający informuje, iż w przypadku jakichkolwiek wątpliwości związanych z zasadami korzystania z Platformy, Wykonawca winien skontaktować się z dostawcą tego rozwiązania teleinformatycznego pod nr infolinii +48 22 101 02 02 (infolinia dostępna w dni robocze, w godzinach 8.00-17.00) e-mail: [cwk@platformazakupowa.pl](mailto:cwk@platformazakupowa.pl)**

### **XIII.II. Złożenie oferty w postępowaniu.**

1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami należy umieścić na [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) pod adresem: [https://platformazakupowa.pl/pn/zoz\\_wloszczowa\\_do\\_dnia\\_06.10.2021\\_r.do\\_godziny\\_10:00](https://platformazakupowa.pl/pn/zoz_wloszczowa_do_dnia_06.10.2021_r.do_godziny_10:00) r. do godziny 10:00.
2. Termin związania ofertą upływa w dniu 04.11.2021 r.
3. Do oferty należy dołączyć wszystkie wymagane w SWZ dokumenty.
4. Po wypełnieniu Formularza składania oferty lub wniosku i dołączenia wszystkich wymaganych załączników należy kliknąć przycisk „Przejdź do podsumowania”.
5. Oferta lub wniosek składana elektronicznie musi zostać podpisana elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. W procesie składania oferty za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl), wykonawca powinien złożyć podpis bezpośrednio na dokumentach przesłanych za pośrednictwem [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl). Zalecamy stosowanie podpisu na każdym załączonym pliku osobno, w szczególności wskazanych w art. 63 Pzp, gdzie zaznaczono, iż oferty, wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu oraz oświadczenie, o którym mowa w art. 125 ust.1 sporządza się, pod rygorem nieważności, w postaci lub formie elektronicznej i opatruje się odpowiednio w odniesieniu do wartości postępowania kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
6. Za datę złożenia oferty przyjmuje się datę jej przekazania w systemie (platformie) w drugim kroku składania oferty poprzez kliknięcie przycisku “Złóż ofertę” i wyświetlenie się komunikatu, że oferta została zaszyfrowana i złożona.
7. Szczegółowa instrukcja dla Wykonawców dotycząca złożenia, zmiany i wycofania oferty znajduje się na stronie internetowej pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje>

### **XIII.III. Otwarcie ofert**

1. Otwarcie ofert następuje niezwłocznie po upływie terminu składania ofert tj. 06.10.2021 r. godzina 11:00.
2. Jeżeli otwarcie ofert następuje przy użyciu systemu teleinformatycznego, w przypadku awarii tego systemu, która powoduje brak możliwości otwarcia ofert w terminie określonym przez zamawiającego, otwarcie ofert następuje niezwłocznie po usunięciu awarii.
3. Zamawiający poinformuje o zmianie terminu otwarcia ofert na stronie internetowej prowadzonego postępowania.
4. Zamawiający, najpóźniej przed otwarciem ofert, udostępnia na stronie internetowej prowadzonego postępowania informację o kwocie, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
5. Zamawiający, niezwłocznie po otwarciu ofert, udostępnia na stronie internetowej prowadzonego postępowania informację o:
  - 1) nazwach albo imionach i nazwiskach oraz siedzibach lub miejscach prowadzonej działalności gospodarczej albo miejscach zamieszkania wykonawców, których oferty zostały otwarte;
  - 2) cenach lub kosztach zawartych w ofertach.

Informacja zostanie opublikowana na stronie postępowania na [platformazakupowa.pl](https://platformazakupowa.pl) w sekcji „Komunikaty”.

6. W przypadku ofert, które podlegają negocjacom, zamawiający udostępnia informacje, o których mowa w ust. 5 pkt 2, niezwłocznie po otwarciu ofert ostatecznych albo unieważnieniu postępowania.

Zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych Zamawiający nie ma obowiązku przeprowadzania jawnej sesji otwarcia ofert w sposób jawny z udziałem wykonawców lub transmitowania sesji otwarcia za pośrednictwem elektronicznych narzędzi do przekazu wideo on-line a ma jedynie takie uprawnienie.

#### **XIV. Dokumentacja przetargowa**

##### **Zawartość dokumentacji przetargowej:**

Specyfikacja Warunków Zamówienia wraz z załącznikami:

Załącznik nr 1 – formularz asortymentowo - cenowy;

Załącznik nr 2 - formularz ofertowy;

Załącznik nr 3 (a i b) - oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu;

Załącznik nr 4 (a i b) – oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia;

Załącznik nr 5 – wzór wykazu dostaw/usług;

Załącznik nr 6 – oświadczenie Grupa Kapitałowa – wzór;

Załącznik nr 7 – oświadczenie dot. aktualności informacji

Załącznik nr 8 – oświadczenie wykonawców;

Załącznik nr 9 – istotne postanowienia umowy.

#### **XV. Wadium:**

Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

#### **XVI. Zabezpieczenie należytego wykonania umowy:**

Zamawiający nie wymaga wnoszenia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

#### **XVII. Kryteria oceny ofert:**

I. Do oceny ofert przyjmuje się następujące kryteria:

**Cena danej części zamówienia brutto – wartość kryterium – 60 %**

Podstawą oceny jest cena zamówienia brutto zaproponowana przez Wykonawcę w formularzu ofertowym (załącznik nr 2 do SWZ).

Kryterium ceny – (Kc).

$$Kc = \frac{\text{Najniższa łączna cena danej części zamówienia brutto spośród nieodrzuconych ofert}}{\text{Łączna cena danej część zamówienia brutto w badanej nieodrzuconej ofercie.}} \times 100 \times 60\%$$

Maksymalna ilość punktów do uzyskania w kryterium „Cena” wynosi – 60 pkt. Zamawiający wyliczy liczbę punktów uzyskanych przez poszczególne oferty w oparciu o ww. wzór z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

W formularzu ofertowym Oferent przedstawi całkowitą wartość netto, podatek VAT oraz wartość brutto. Cena oferty winna zawierać wszelkie koszty związane z dostawą towaru. Jeżeli Wykonawca stosuje rabaty to należy je uwzględnić w cenie oferty.

Sposób wyliczania ceny w formularzu ofertowo – cenowym:

1. pozycja z kolumny nr 4 (ilość) x pozycja z kolumny nr. 5 (cena jednostkowa netto) = (wartość ogółem netto) pozycja nr. 7,
2. kwota z kolumny nr. 7 (wartość ogółem netto) x stawka podatku VAT pozycja z kolumny nr. 8 = wartość podatku VAT kolumna nr. 9,
3. (wartość ogółem netto) pozycja z kolumny nr. 7 + (wartość podatku VAT) pozycja z kolumny nr. 9 = (wartość ogółem brutto) pozycja z kolumny nr. 10,
4. (wartość ogółem brutto) pozycja z kolumny nr 10 / na (ilość) pozycja z kolumny nr. 4 = (cena jednostkowa brutto) pozycja z kolumny nr. 6.

**Okres gwarancji (G)** – max 40 pkt (dodatkowy rok gwarancji = 10 pkt)

Ilość punktów dla każdej ocenianej oferty zostanie przyznana w poniższy sposób:

1. Zamawiający przyzna punkty w tym kryterium w oparciu o informacje podane w Formularzu oferty (Załącznik nr 2 do SWZ). W zakresie kryterium „Okres gwarancji na przedmiot zamówienia” okres gwarancji na przedmiot zamówienia musi być wyrażony w pełnych latach: (min. 1 rok, max. 5 lat);
2. Za każdy rok gwarancji ponad minimalny (tj. – 1 rok,) – zostanie przyznane Wykonawcy dodatkowe 10 punktów w przedmiotowym kryterium.
3. Zaoferowanie okresu dłuższego niż 5 lat, nie będzie dodatkowo punktowane. W takiej sytuacji Wykonawca otrzyma 40 punktów.
4. W przypadku gdy Wykonawca zadeklaruje okres gwarancji krótszy niż 1 rok, - oferta Wykonawcy zostanie odrzucona jako niezgodna z SIWZ.
5. W przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w Formularzu oferty ilości lat gwarancji na przedmiot zamówienia – Zamawiający przyjmie minimalną ilość tj. – 1 rok, za który w przedmiotowym kryterium Wykonawca otrzyma 0 punktów.

6. W przypadku, gdy Wykonawca zaproponuje w danym pakiecie różne terminy gwarancji na poszczególne sprzęty, punkty w tym kryterium zostaną przyznane zgodnie z najkrótszym zaproponowanym terminem gwarancji w danym pakiecie.
7. Zaproponowanie gwarancji w niepełnych latach skutkować będzie zaokrągleniem do pełnych lat w dół i naliczeniem punktów zgodnie z tym zaokrągleniem.

#### **Oferta najkorzystniejsza:**

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą łączną liczbę punktów obliczoną na podstawie zsumowania liczby punktów uzyskanych w poszczególnych kryteriach oceny ofert (cena danej części zamówienia + gwarancja).

**Wszelkie rozliczenia pomiędzy zamawiającym a wykonawcą dokonywane będą wyłącznie w złotych polskich.**

#### **XVIII. Opis sposobu obliczania i podania ceny**

Przez cenę – należy rozumieć cenę w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 9 maja 2014 roku, o informowaniu o cenach towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1830 ze zm.)

**Zamawiający wymaga by cena ostateczna oferty była podana w złotych polskich brutto – cyfrowo i słownie z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.**

#### **Obowiązkiem składającego ofertę jest:**

1. Wykonawca uwzględniając wszystkie wymogi, o których mowa w niniejszej Specyfikacji Warunków Zamówienia, powinien w cenie brutto ująć wszelkie koszty niezbędne dla prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia oraz uwzględnić inne opłaty i podatki, a także ewentualne upusty i rabaty zastosowane przez Wykonawcę.
2. Cena brutto za realizację zamówienia zostanie przedstawiona w składanej ofercie z dokładnością do 2 miejsc po przecinku (wzór formularz ofertowy załącznik nr 2).
3. Ostateczna cena oferty, obejmuje wartość przedmiotu zamówienia wraz z właściwą zgodną z obowiązującymi przepisami prawa stawką podatku VAT – ewentualny błąd w tym zakresie będzie stanowił podstawę do odrzucenia oferty, jako zawierającej błąd w obliczeniu ceny.
4. Każdy z Wykonawców może zaproponować tylko jedną cenę.

#### **XIX. Odrzucenie oferty**

Zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli:

1. została złożona po terminie składania ofert;
2. została złożona przez wykonawcę:
  - podlegającego wykluczeniu z postępowania;
  - niespełniającego warunków udziału w postępowaniu;
  - który nie złożył w przewidzianym terminie oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1, lub podmiotowego środka dowodowego, potwierdzających brak podstaw wykluczenia lub spełnianie warunków udziału w postępowaniu, przedmiotowego środka dowodowego, lub innych dokumentów lub oświadczeń;
3. jest niezgodna z przepisami ustawy;
4. jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
5. jej treść jest niezgodna z warunkami zamówienia;
6. nie została sporządzona lub przekazana w sposób zgodny z wymaganiami technicznymi oraz organizacyjnymi sporządzania lub przekazywania ofert przy użyciu środków komunikacji elektronicznej określonymi przez zamawiającego;
7. została złożona w warunkach czynu nieuczciwej konkurencji w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
8. zawiera rażąco niską cenę lub koszt w stosunku do przedmiotu zamówienia;
9. została złożona przez wykonawcę niezaproszonego do składania ofert;
10. zawiera błędy w obliczeniu ceny lub kosztu;
11. wykonawca w wyznaczonym terminie zakwestionował poprawienie omyłki, o której mowa w art. 223 ust. 2 pkt 3;
12. wykonawca nie wyraził pisemnej zgody na przedłużenie terminu związania ofertą;
13. wykonawca nie wyraził pisemnej zgody na wybór jego oferty po upływie terminu związania ofertą;
14. wykonawca nie wniósł wadium, lub wniósł w sposób nieprawidłowy lub nie utrzymywał wadium nieprzerwanie do upływu terminu związania ofertą lub złożył wnioski o zwrot wadium w przypadku, o którym mowa w art. 98 ust. 2 pkt 3 – w przypadku gdy zamawiający wymagał jego wniesienia;
15. oferta wariantowa nie została złożona lub nie spełnia minimalnych wymagań określonych przez zamawiającego, w przypadku gdy zamawiający wymagał jej złożenia;
16. jej przyjęcie naruszałoby bezpieczeństwo publiczne lub istotny interes bezpieczeństwa państwa, a tego bezpieczeństwa lub interesu nie można zagwarantować w inny sposób;
17. obejmuje ona urządzenia informatyczne lub oprogramowanie wskazane w rekomendacji, o której mowa w art. 33 ust. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa (Dz. U. poz. 1560), stwierdzającej ich negatywny wpływ na bezpieczeństwo publiczne lub bezpieczeństwo narodowe;
18. została złożona bez odbycia wizji lokalnej lub bez sprawdzenia dokumentów niezbędnych do realizacji zamówienia dostępnych na miejscu u zamawiającego, w przypadku gdy zamawiający tego wymagał w dokumentach zamówienia.

## **XX. Wybór wykonawcy i zawarcie umowy**

### **Wybór wykonawcy:**

Zamawiający podpisze umowę z wykonawcą, który:

1. Złożył ofertę odpowiadającą wymaganiom określonym w niniejszej specyfikacji,
2. Przedłożył ofertę najkorzystniejszą z punktu widzenia kryteriów przyjętych w niniejszym postępowaniu.

#### **Ogłoszenie wyników postępowania:**

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadamia Wykonawców, którzy złożyli oferty, o:

- a) wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę), siedzibę i adres Wykonawcy, którego ofertę wybrano oraz uzasadnienie jej wyboru, a także nazwy (firmy), siedziby i adresy Wykonawców, którzy złożyli oferty wraz ze streszczeniem oceny i porównania złożonych ofert zawierającym punktacje przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktacje;
- b) Wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne;
- c) Wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia podając uzasadnienie faktyczne i prawne;

#### **Zawarcie umowy:**

Zamawiający zawiera umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminie nie krótszym niż 5 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty.

#### **XXI. Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawartej umowy w sprawie zamówienia publicznego.**

Projekt istotnych postanowień umowy stanowi załącznik Nr 9.

#### **XXII. Środki ochrony prawnej**

1. Środki ochrony prawnej przysługują Wykonawcy oraz innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów ustawy.
2. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia wszczynającego postępowanie o udzielenie zamówienia oraz dokumentów zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 469 pkt 15, oraz Rzecznikowi Małych i Średnich Przedsiębiorców.
3. Odwołanie przysługuje na:
  - niezgodną z przepisami ustawy czynność zamawiającego, podjętą w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w tym na projektowane postanowienie umowy
  - zaniechanie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do której zamawiający był obowiązany na podstawie ustawy;
4. Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej.



5. Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej oraz postanowienie Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej, o którym mowa w art. 519 ust. 1 ustawy Pzp, stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu. Skargę wnosi się do Sądu Okręgowego w Warszawie za pośrednictwem Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej.
6. Szczegółowe informacje dotyczące środków ochrony prawnej (zasady, terminy oraz sposób korzystania ze środków ochrony prawnej) określone są w Dziale IX „Środki ochrony prawnej” ustawy Pzp.9at 505-590)

### XXIII KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa, tel.(41)3883765, e-mail: [dane.osobowe@zozwloszczowa.pl](mailto:dane.osobowe@zozwloszczowa.pl)**;
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na „**Dostawę sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**”, **znak sprawy: 09/09/2021**, prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na podstawie art. 275 pkt 1;
3. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 18 oraz art. 74 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz U. z 2019r, poz. 2019 ze zm, dalej - ustawa PZP);
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 78 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
5. obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
6. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
7. posiada Pani/Pan:
  1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  2. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*\*;
  3. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;

4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
5. nie przysługuje Pani/Panu:
  - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

\* **Wyjaśnienie:** informacja w tym zakresie jest wymagana, jeżeli w odniesieniu do danego administratora lub podmiotu przetwarzającego istnieje obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych.

\*\* **Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

\*\*\* **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

#### Załączniki do SWZ:

Specyfikacja Warunków Zamówienia wraz z załącznikami:

- Załącznik nr 1 – formularz asortymentowo - cenowy;
- Załącznik nr 2 - formularz ofertowy;
- Załącznik nr 3 (a i b) - oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu;
- Załącznik nr 4 (a i b) – oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia;
- Załącznik nr 5 – wzór wykazu dostaw/usług;
- Załącznik nr 6 – oświadczenie Grupa Kapitałowa – wzór;
- Załącznik nr 7 – oświadczenie dot. aktualności informacji;
- Załącznik nr 8 – oświadczenie wykonawców;
- Załącznik nr 9 – istotne postanowienia umowy.

Zatwierdził

**Formularz asortymentowo - cenowy**

*Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia*

**Pakiet nr 1**

*Zamówienie dotyczy projektu RPSW.07.03.00-26-0009/19 pn. "Modernizacja oraz przebudowa budynku ZOZ we Włoszczowie wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny z przeznaczeniem na działalność rehabilitacyjną" przewidzianego do realizacji z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Działania Infrastruktura zdrowotna i społeczna*

**1. Bezprzewodowy system przywoławczy do szpitala - 1 komplet**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Bezprzewodowy system przywoławczy do szpitala	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	

3.	Kompletny zestaw do 10 sal, w których znajdują się po 4 łóżka	Tak	
4.	Łatwa instalacja i obsługa	Tak	
5.	Możliwość zaprogramowania do 256 przycisków	Tak	
6.	Regulacja głośności	Tak	
7.	Możliwość wyświetlania do 10 wywołań jednocześnie	Tak	
8.	Jasne diody led pozwalające na widoczność wyświetlanego komunikatu	Tak	
9.	Funkcja powiadamiania o konieczności wymiany baterii w przyciskach	Tak	
10.	W skład zestawu wchodzi: - tablica przywoławcza x 1 szt. - bezprzewodowy przycisk na kabl x 40 szt. - bezprzewodowy przycisk kasowania x 10 szt. - bezprzewodowy sygnalizator optyczno-akustyczne x 10 szt.	Tak	
11.	Tablica przywoławcza parametry techniczne: - napięcie zasilające - 12V DC - pobór prądu do 500mA - częstotliwość pracy - 433 MHz - moc audio - 2W - wymiary max. : szer. 300 mm x wys. 120 mm x gł. 30 mm	Tak, podać	
12.	Przycisk na kabl parametry techniczne: - napięcie : DC 12 V - natężenie: < 154 mA - częstotliwość transmisji: 433MHz +/-75 kHz - moc wyjściowa: : < 20 mW	Tak, podać	

	- wymiary max. 90 x 110 x 20 mm		
13.	<p>Bezprzewodowy przycisk kasowania parametry techniczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wodoodporna obudowa</li> <li>- wewnętrzna antena</li> <li>- napięcie: DC 12 V</li> <li>- natężenie : &lt; 15 mA</li> <li>- częstotliwość transmisji: 433MHz +/-75 kHz</li> <li>- moc wyjściowa: &lt; 20 mW </li> <li>- wodoodporna obudowa</li> <li>- wymiary: średnica max. 65 mm x 20 mm wysokość</li> </ul>	Tak, podać	
14.	<p>Sygnalizator akustyczno – optyczny parametry techniczne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zasilanie sieciowe - zasilacz sieciowy w zestawie</li> <li>- napięcie: DC 12 V 500 mA</li> <li>- natężenie: &lt; 65 mA</li> <li>- głośność: 30-120 dB</li> <li>- środowisko pracy: -10 do 50° C, wilgotność 80%</li> <li>- wymiary max. 155 x 100 x 45 mm</li> </ul>	Tak, podać	
15.	Zasięg transmisji danych do 200 m na otwartym obszarze	Tak, podać	
16.	Obsługa sprzętu oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
17.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub	Tak	

	zewnątrzny serwis		
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Bezprzewodowy system przywoławczy do szpitala	Kpl.	1						
<b>RAZEM</b>									

## Pakiet nr 2

*Zamówienie dotyczy projektu RPSW.07.03.00-26-0009/19 pn. "Modernizacja oraz przebudowa budynku ZOZ we Włoszczowie wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny z przeznaczeniem na działalność rehabilitacyjną" przewidzianego do realizacji z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Działania Infrastruktura zdrowotna i społeczna*

### 1. Ergometr rowerowy - 1 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Ergometr rowerowy profesjonalny	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Elektroniczna regulacja obciążenia	Tak	
4.	Min. 25 stopni obciążenia	Tak, podać	
5.	Magnetyczny system hamowania	Tak	
6.	Liczba zaprogramowanych programów min. 10	Tak, podać	
7.	Ręczne ustawienie własnego treningu	Tak	

8.	Program HRC	Tak	
9.	Napęd pasowy	Tak	
10.	Koło zamachowe i osłona paska	Tak	
11.	Waga koła zamachowego min. 16 kg	Tak, podać	
12.	Komputer z wyświetlaczem LCD pokazujący czas, prędkość, ilość spalonych kalorii, ilość obrotów na minutę, dystans	Tak	
13.	Kółka transportowe	Tak	
14.	System kompensacji nierówności	Tak	
15.	Siodło regulowane w poziomie i pionie	Tak, podać	
16.	Wysokość siodła 92 – 116 cm od podłoża	Tak, podać	
17.	Kierownica regulowana w poziomie i pionie	Tak, podać	
18.	Odległość kierownicy od siodła w zakresie 44 -73 cm	Tak, podać	
19.	Całkowite wymiary max. dł. 160 x szer. 65 cm x wys. 145 cm	Tak, podać	
20.	Możliwość łączenia się ze smartfonem lub tabletem za pomocą aplikacji	Tak	
21.	Maksymalna waga ćwiczącego 150 kg	Tak, podać	
22.	Waga urządzenia do 64 kg (+/- 5 kg)	Tak, podać	



23.	Źródło zasilania – zasilacz sieciowy	Tak	
24.	Obsługa sprzętu oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
25.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

## 2. Ergometr wiosłowy – 1 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Ergometr wiosłowy profesjonalny	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Elektroniczna regulacja obciążenia	Tak	
4.	Koło zamachowe min. 5,5 kg	Tak, podać	
5.	Min. 15 stopni obciążenia	Tak, podać	
6.	Magnetyczny system hamowania	Tak	
7.	Liczba zaprogramowanych programów min. 15	Tak, podać	
8.	Zaprogramowane programy min. 10	Tak, podać	
9.	Program HRC	Tak	
10.	Programy użytkownika	Tak, podać	
11.	Program manualny	Tak	
12.	Wyświetlacz LCD podświetlany z uchwytem na tablet, pokazujący czas, ilość spalonych kalorii, ilość obrotów na minutę, dystans, tętno, liczbę powtórzeń	Tak	
13.	Składana konstrukcja	Tak	
14.	Kółka transportowe	Tak	

15.	System wyrównania nierówności podłogi	Tak	
16.	Ergonomiczne, regulowane siedzisko z łożyskami	Tak	
17.	Całkowite wymiary dł. 240 x szer. 60 cm x wys. 105 cm (+/- 10 cm)	Tak, podać	
18.	Wymiary w stanie złożonym 120 x 55 x 190 cm (+/- 10 cm)	Tak, podać	
19.	Maksymalna waga ćwiczącego 150 kg	Tak, podać	
20.	Maksymalny wzrost użytkownika 200 cm	Tak, podać	
21.	Waga urządzenia do 43 kg (+/- 5 kg)	Tak, podać	
22.	Długość ruchu siedziska 100 cm (+/- 5 cm)	Tak, podać	
23.	Źródło zasilania – zasilacz sieciowy	Tak	
24.	Obsługa sprzętu oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
25.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	

3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

### 3. Bieżnia elektryczna – 1 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Bieżnia elektryczna profesjonalna	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	

3.	Minimalna moc silnika 3 KM	Tak, podać	
4.	Wymiary powierzchni pasa min. 150 x 50 cm (+/- 5 cm)	Tak, podać	
5.	Regulacja nachylenia elektroniczna	Tak	
6.	Maksymalny kąt nachylenia 0-15 %	Tak	
7.	Prędkość w zakresie 1- 20 km/h	Tak, podać	
8.	Zaprogramowane programy min. 15	Tak, podać	
9.	Całkowita liczba programów min.25	Tak, podać	
10.	Programy użytkownika	Tak, podać	
11.	Program HRC	Tak	
12.	Programy użytkownika	Tak, podać	
13.	Program manualny	Tak	
14.	Komputer pokazujący czas, ilość spalonych kalorii, ilość obrotów na minutę, dystans, tętno, liczbę powtórzeń	Tak	
15.	Uchwyt na tablet	Tak	
16.	Składana konstrukcja	Tak	
17.	Kółka transportowe	Tak	

18.	System kompensacji nierówności	Tak	
19.	Czujnik tętna	Tak	
20.	Funkcja pauzy	Tak	
21.	Odbiornik paska na klatkę piersiową	Tak	
22.	Pasek na klatkę piersiową w komplecie	Tak	
23.	Ogólne wymiary dł. 210 x szer. 95 cm x wys. 140 cm (+/- 10 cm)	Tak, podać	
24.	Wymiary w stanie złożonym dł. 135 x szer. 55 x 92 x wys. 150 cm (+/- 5 cm)	Tak, podać	
25.	Maksymalna waga ćwiczącego 150 kg	Tak, podać	
26.	Waga urządzenia max. 140 kg	Tak, podać	
27.	Hamulec bezpieczeństwa	Tak	
28.	Źródło zasilania – zasilacz sieciowy	Tak	
29.	Obsługa sprzętu oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
30.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	

2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Ergometr rowerowy profesjonalny	szt.	1						
2.	Ergometr wiosłowy profesjonalny	szt.	1						
3.	Bieżnia elektryczna profesjonalna	szt.	1						
<b>RAZEM</b>									

### **Pakiet nr 3**

*Zamówienie dotyczy projektu RPSW.07.03.00-26-0009/19 pn. "Modernizacja oraz przebudowa budynku ZOZ we Włoszczowie wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny z przeznaczeniem na działalność rehabilitacyjną" przewidzianego do realizacji z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Działania Infrastruktura zdrowotna i społeczna*

#### **1. Ekopompa – zestaw do zasilania aparatu Aquavibron z zamkniętym obiegiem wody w komplecie z aparatem Aquavibron – 2 komplety**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Ekopompa - zestaw do zasilania aparatu Aquavibron z zamkniętym obiegiem wody w komplecie z aparatem Aquavibron	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Zamknięty obieg wody niezależniący przebieg masażu od sieci wodociągowej	Tak	
4.	Wbudowane dodatkowe zabezpieczenie przed porażeniem elektrycznym w postaci wyłącznika różnicowo-prądowego	Tak	
5.	Regulator siły masażu umożliwiający terapeutę ustawianie mniejszej intensywności masowania w miejscach bardziej wrażliwych	Tak, podać	



6.	2 stopki + 2 kółka (bez hamulca) do transportu umożliwiające dotarcie do osób leżących i niepełnosprawnych	Tak	
7.	Pojemność robocza zbiornika: 7 - 10 l	Tak, podać	
8.	Pobór mocy: max. 0,6 kW	Tak, podać	
9.	Zasilanie: 230 V / 50 Hz	Tak	
10.	Wymiary (dł. x szer. x wys.): 630 mm x 510 mm x 880 mm(+/-50 mm)	Tak, podać	
11.	Masa max. 50 kg	Tak, podać	
12.	Bezpieczeństwo elektryczne: klasa I, typ B	Tak	
13.	Aquavibron - aparat do masażu leczniczego, fabrycznie nowy	Tak	
14.	Wyposażenie Aquavibron: 2 węże, głowica wibracyjna, tuleja z rozdzielaczem, uszczelniacze (6 sztuk, o różnych średnicach) do zakładania na krany, metalowa kształtka do podłączenia do kranu, gumowa rurka odprowadzająca wodę, sitko mogące służyć jako prysznic, 10 profesjonalnych membran do zabiegów leczniczych.	Tak, podać	
15.	W zestawie następujące membrany: gumowa - płaska z krążkiem		

	<p>gumowa - płaska z kolcami  gumowa - płaska z jedną kulką  gumowa w kształcie smoczka  gumowa - grzebień dwurzędowy  gumowa – grzybek  gumowa z gąbką  trzyrzędowa - grzebień  pięciokulkowa - o silnym działaniu  stożkowa - do zabiegów punktowych - akupunktura</p>	Tak	
16.	Waga aparatu do 0,5 kg	Tak, podać	
17.	Zużycie wody 1 - 5 l /min;	Tak, podać	
18.	Długość węży 1,5 m	Tak, podać	
19.	Częstotliwość drgań regulowana ilością wody	Tak	
20.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
21.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	

4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia	Tak	

## 2. Aparat do naświetlania promieniami podczerwonymi – statywowy – 3 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat do naświetlania promieniami podczerwonymi – statywowy	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Statyw z podstawą wyposażoną w kółka z blokadą hamulcową	Tak	
4.	Podstawa stołowa	Tak	

5.	Intensywność świecenia żarówki 10 - 99 %	Tak	
6.	Regulowana jasność świecenia	Tak	
7.	Maksymalna moc żarówki 375 W	Tak	
8.	Pobór mocy max. 450 W	Tak	
9.	Zegar zabiegowy 1 - 30 min	Tak	
10.	Wysokość urządzenia na statywie min. 1,2 m - max. 2,0 m	Tak, podać	
11.	Wymiar podstawy statywu szer. x głęb. 0,5 x 0,6 m (+/- 0,1 m)	Tak, podać	
12.	Wymiary max. podstawy stołowej bez lampy - szer. x głęb. x wys. 32 x 35 x 8 cm	Tak, podać	
13.	Wymiary max. podstawy stołowej z lampą - szer. x głęb. x wys. 32 x 41 x 43 cm	Tak, podać	
14.	Masa statywu z lampą (z żarówką i filtrem) max. 15 kg	Tak, podać	
15.	Masa podstawy stołowej z lampą do 6 kg.	Tak, podać	
16.	Zasilanie 230 V/50/60 HZ	Tak	
17.	Filtry zabezpieczone metalową siatką, łatwa aplikacja filtrów	Tak	
18.	Dodatkowe uchwyty boczne lampy	Tak	
19.	Wyświetlanie jasności i czasu	Tak	
20.	Prosta obsługa sterownika	Tak	
21.	W zestawie: - przewód sieciowy x 1 szt. - promiennik 375 W x 1 szt.	Tak, podać	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- filtr czerwony x 1 szt.</li> <li>- filtr niebieski x 1 szt.</li> <li>- okulary ochronne dla pacjenta x 1 szt.</li> <li>- okulary ochronne dla terapeuty x 1 szt.</li> <li>- klucz imbusowy x 1 szt.</li> <li>- zapasowe bezpieczniki x 1 szt.</li> <li>- statyw stołowy</li> </ul>		
22.	Obsługa sprzętu oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
23.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

### 3. Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego - 1 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie (nie powystawowe)	Tak	
3.	Zgięcie/ wyprost : 20 do 180 stopni	Tak, podać	
4.	Ruch aktywny i pasywny ciągły	Tak	
5.	Detekcja maksymalnego ROM pacjenta (manualna lub w trybie BYPASS)	Tak	
6.	Regulacja prędkości : 50-140 stopni na minutę (5 poziomów)	Tak, podać	
7.	Ćwiczenia przeprowadzane w pozycji siedzącej	Tak	
8.	Maksymalna waga użytkownika : 130kg	Tak, podać	
9.	Wzrost użytkownika : 140-200cm	Tak, podać	
10.	Minimum 15 programów	Tak, podać	

11.	Pilot zdalny z blokadą	Tak	
12.	Automatyczne resetowanie ustawień przy zmianie rodzaju ruchu	Tak	
13.	Pauza w wyproście/ zgięciu : 0-900s	Tak, podać	
14.	Waga urządzenia 40 kg (+/- 2 kg)	Tak, podać	
15.	Wymiary urządzenia : 83 x 70 x 50 cm (+/- 3 cm)	Tak	
16.	Regulacja progu bólu	Tak	
17.	Autorewers przy spastyce	Tak	
18.	Napięcie : 100 do 240V	Tak, podać	
19.	Moc : 50W	Tak, podać	
20.	Klasyfikacja : typ B, klasa I	Tak	
21.	W komplecie składane krzesło/fotel z kółkami do transportu	Tak	
22.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
23.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godziny	Tak, podać	

4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

#### 4. Szyna do ćwiczeń biernych stawu kolanowego i biodrowego – 2 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Szyna do ćwiczeń biernych stawu kolanowego i biodrowego	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie (nie powystawowe)	Tak	
3.	Obciążenie nominalne 20kg (+/- 2 kg)	Tak, podać	



4.	Waga pacjenta w zakresie do przynajmniej 130kg (+/- 5 kg)	Tak, podać	
5.	Wzrost pacjenta zakresie 120-220 cm	Tak	
6.	Limit wyprostowania stawu biodrowego 0°	Tak	
7.	Limit zgięcia stawu biodrowego 115°	Tak	
8.	Limit wyprostowania stawu kolanowego -10°	Tak	
9.	Limit zgięcia stawu kolanowego 123°	Tak	
10.	Czas terapii regulowany do minimum 59 minut	Tak	
11.	Długość całej kończyny dolnej w zakresie 60-108 cm (+/- 2 cm)	Tak	
12.	Długość kości piszczelowej w zakresie 25 do 57 cm (+/- 2 cm)	Tak	
13.	Długość kości udowej w zakresie 33 do 57 cm (+/- 2 cm)	Tak	
14.	Prędkość regulowana w zakresie minimum 40°- 380°/min	Tak	
15.	Waga urządzenia (max.) 14 kg	Tak	
16.	Wymiary (szer. x wys. x gł.) 390 x (min. 430, max. 580) x 970 mm +/-3%	Tak	
17.	Klasa zgodnie z normą EN 60 529 IP21	Tak	
18.	Kolorowy ekran dotykowy 3.2" (240 x 320 pikseli)	Tak	
19.	Możliwość rozwinięcia o moduł stawu skokowego	Tak	
20.	Odwracanie podstawki na stopy	Tak	
21.	Regulacja podparcia stóp	Tak	

22.	Regulacja podparcia na boki	Tak	
23.	Wykorzystanie dla lewej/prawej nogi bez konieczności zmian	Tak	
24.	System zatrzasków	Tak	
25.	Pilot zdalnego sterowania z kolorowym ekranem dotykowym	Tak, podać	
26.	Panel kontrolny	Tak, podać	
27.	Ustawienia kąta w czasie rzeczywistym	Tak	
28.	Program rozgrzewki/ program progresywny	Tak	
29.	Program intensywnego zgięcia i wyprostu/oscyłacje	Tak	
30.	Przerwy w zgięciu i wyproście	Tak	
31.	Rozciąganie zgięcia i wyprostu	Tak	
32.	Kontrola prędkości zgięcia/wyprostu	Tak	
33.	Przywracanie ustawień fabrycznych jednostki	Tak	
34.	Całkowity czas terapii	Tak	
35.	Odwroćcie obciążenia	Tak	
36.	Pozycja neutralna	Tak	
37.	Zaprogramowane sekwencje stawu kolanowego - minimum 13	Tak	
38.	Blokada pacjenta	Tak	
39.	Pamięć wewnętrzna – minimum 50 programów użytkownika	Tak	

40.	Zmiana wszystkich parametrów w trakcie terapii	Tak	
41.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
42.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak, podać	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

#### 5. Kabina UGUL (Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego) + pełne wyposażenie - 3 komplety

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Kabina przeznaczona jest do wykonywania ćwiczeń samowspomaganych, czynnych w odciążeniu, w odciążeniu z oporem oraz ćwiczeń czynnych z oporem z zastosowaniem systemów bloczkowo-ciężarkowych.	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Wykonana z 8 ram	Tak	
4.	Ramy ścian i sufitu wypełnione prętami tworzącymi siatkę o prostokątnych oczkach	Tak	
5.	Wysokość max. 205 cm	Tak, podać	
6.	Szerokość max. 205 cm	Tak, podać	
7.	Długość max. 205 cm	Tak, podać	
8.	Waga kabiny max. 160 kg	Tak, podać	
9.	Malowana proszkowo kolor biały	Tak	
10.	Kabina posiada 4 stopki regulowane (podstawa)	Tak	
11.	Osprzęt do kabiny UGUL zawierający: Linka 1600 mm x 4szt.	Tak	
12.	Linka 1200 mm x 6 szt.	Tak	

13.	Linka 2450 mm x 2 szt.	Tak	
14.	Linka 5720 mm x 1 szt.	Tak	
15.	Linka 3750 mm x 2 szt.	Tak	
16.	Podwieszka przedr. i podudzi 420 x 100 x 4 szt.	Tak	
17.	Podwieszka ud i ramion 540 x 135 x 4 szt.	Tak	
18.	Podwieszka pod miednicę 830 x 230 x 2 szt.	Tak	
19.	Podwieszka klatki piersiowej 820 x 300 x 1 szt.	Tak	
20.	Podwieszka pod głowę 150 x 530 x 1 szt.	Tak	
21.	Podwieszka stóp 75 x 610 x 4 szt.	Tak	
22.	Podwieszka dwustawowa (Pelota 160 x 80 pas 40 x 135) x 4 szt.	Tak	
23.	Pas do wyciągu za miednicę 1330 x 170 x 1 szt.	Tak	
24.	Kamaszek 135 x 170 x 2 szt.	Tak	
25.	Ciężarek miękki 0,5 kg x 2 szt.	Tak	
26.	Ciężarek miękki 1,0 kg x 2 szt.	Tak	
27.	Ciężarek miękki 1,5 kg x 2szt.	Tak	
28.	Ciężarek miękki 2,0 kg x 2 szt.	Tak	
29.	Ciężarek miękki 2,5 kg x 2 szt.	Tak	
30.	Ciężarek miękki 3,0 kg x 1 szt.	Tak	

31.	Ciężarek miękki 4,0 kg x 1 szt.	Tak	
32.	Esik x 30 szt.	Tak	
33.	Pas do stabilizacji odcinka lędźwiowego lub klatki piersiowej ( Pelota 210 x 448 3 paski 30 x 1130) x 1 szt.	Tak	
34.	Pas do stabilizacji klatki piersiowej (Pelota 118 x 300 pas 40 x 1080) x 1 szt.	Tak	
35.	Pas do stabilizacji podudzia (Pelota 100x120 pas 40 x 1320) x 2 szt.	Tak	
36.	Pas do stabilizacji ramienia i przedramienia (pelota 100 x 120 2 paski 40 x 365) x 2 szt.	Tak	
37.	Pas do stabilizacji ud (Pelota 118x300 2 paski 30 x 1100) x 1 szt.	Tak	
38.	Pętla Glissona z orczykiem x 1 szt.	Tak	
39.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe	Tak	

	funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.		
--	--	--	--

### 6. Aparat do masażu uciskowego sekwencyjnego KG i KD + mankiety – 2 komplety

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat do masażu uciskowego sekwencyjnego KG i KD + mankiety	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Min. 3 wyświetlacze diodowe	Tak	
4.	Liczba kanałów 6	Tak, podać	
5.	Zakres ciśnienia 20 -160 mmHg +/-3%	Tak, podać	
6.	Automatyczne odsysanie powietrza z mankietów po zabiegu	Tak	

7.	Gradient 0, 10, 20, 30%	Tak	
8.	Minimum 8 gotowych programów zabiegowych	Tak	
9.	W zestawie 2 mankiety 6-komorowe na nogi, 1 mankieta 6-komorowa na rękę, złącze do dwóch mankietów	Tak	
10.	Aktywność działającej komory widoczna na histogramie	Tak	
11.	Waga aparatu 7,5 kg (+/- 0,5 kg)	Tak, podać	
12.	Wymiary 340 x 200 x 300 mm (+/- 30 mm)	Tak, podać	
13.	Czas trwania terapii do 99 minut	Tak, podać	
14.	Złącze umożliwiające łatwą i szybką wymianę aplikatorów	Tak	
15.	Regulacja prędkości nadmuchiwanie aplikatora	Tak	
16.	Mankiety foliowe 100szt.	Tak	
17.	Kolumna jezdna aparatu na gumowanych kółkach w tym dwa z hamulcami, wyposażona w 6 otwieranych uchylne schowków umożliwiające jednoczesne bezpieczne zainstalowanie aparatu oraz aparatu podciśnieniowego	Tak	
18.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
19.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	



2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

#### 7. Aparat do laseroterapii z aplikatorem skanującym – 2 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat do laseroterapii z aplikatorem skanującym	Tak	

2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Laser biostymulacyjny, niskoenergetyczny z 2 gniazdami	Tak	
4.	Wyposażony w aplikator skanujący : R 660nm/500mW + IR 808nm/400mW, 2 x okulary ochronne	Tak, podać	
5.	Statyw regulowany sprężyną gazową	Tak	
6.	Podwójne koła jezdne z hamulcem	Tak	
7.	Regulacja tempa dawkowania	Tak	
8.	3 tryby pracy skanera i sond	Tak	
9.	Sygnalizacja dźwiękowa błędnego ustawienia parametrów	Tak	
10.	Wyłącznik zdalnej blokady oraz kod dostępu	Tak	
11.	Licznik czasu pracy urządzenia	Tak	
12.	Procedury zabiegowe dla sond punktowych i do skanera - zaprogramowane procedury dla sond punktowych 60 - zaprogramowane procedury dla skanera 30 - programy własne 30	Tak	
13.	Automatyczne przeliczanie dawki	Tak, podać	
14.	Precyzyjny pomiar mocy	Tak, podać	
15.	Dowolny kształt pola zabiegowego przy użyciu skanera	Tak, podać	
16.	Pomiar odległości i obliczanie powierzchni pola zabiegowego	Tak, podać	
17.	Emisja światła ciągła i impulsowa	Tak	

18.	Funkcja offset- przesuwanie pola zabiegowego	Tak, podać	
19.	Wyświetlacz ciekłokrystaliczny 5''	Tak	
20.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
21.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

#### 8. Aparat do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwości z 2 aplikatorami oraz stołem - 2 komplety

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	



3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwości z 2 aplikatorami: $\varnothing$ 30 cm i min. $\varnothing$ 60 cm oraz stołem	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Aparat 2 – kanałowy do niezależnej terapii dwóch pacjentów, niezależny wybór programów, parametrów, czasu	Tak	
4.	Impulsowe pole magnetyczne - impulsy: prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne i ciągłe	Tak	
5.	Możliwość modulacji impulsów: częstotliwość losowa, seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne	Tak	
6.	Kombinacja impulsowego i statycznego pola magnetycznego z regulowanym współczynnikiem proporcji – dla terapii przeciwzapalnych i stanów ostrych	Tak	
7.	Automatyczne rozpoznawanie aplikatora przez aparat	Tak	
8.	Możliwość wykonania testu podłączonego aplikatora	Tak	
9.	Maksymalna indukcja impulsowa przynajmniej 125 mT (1250 Gaussów)	Tak	
10.	Natężenie pola magnetycznego w zakresie minimum 1- 125 mT	Tak, podać	

11.	Zakres częstotliwości min. <b>0-166 Hz</b>	Tak	
12.	Aplikator solenoid $\varnothing$ 30 cm	Tak, podać	
13.	Stół do magnetoterapii z przesuwany solenoidem o średnicy min. $\varnothing$ 60 cm	Tak, podać	
14.	Długość stołu – min. 200 cm	Tak, podać	
15.	Szerokość stołu z solenoidem 74 cm (+/- 5 cm)	Tak, podać	
16.	Wysokość minimalna stołu z solenoidem – 110 cm (+/- 5 cm)	Tak, podać	
17.	Waga stołu z solenoidem – max. 67 kg	Tak, podać	
18.	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	Tak	
19.	Wbudowane gotowe programy numeryczne	Tak	
20.	Przy każdej jednostce chorobowej dokładny opis parametrów zabiegu oraz metodyki stosowania – ilość zabiegów, częstotliwość.	Tak	
21.	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (min.50)	Tak, podać	
22.	Kolorowy ekran dotykowy min. 4,3"	Tak, podać	
23.	Wymiary sterownika 370 x 200 x 250 mm (+/- 12 mm)	Tak, podać	
24.	W zestawie stolik pod cewkę	Tak	
25.	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	Tak	

26.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

#### 8. Urządzenie do elektroterapii - 5 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie do elektroterapii	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej	Tak	
4.	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 4,3 cala +/-5% ułatwiający sterowanie aparatem	Tak, podać	
5.	Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5cm <sup>2</sup>	Tak	
6.	Podgrzewane głowice ultradźwiękowe	Tak	
7.	Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu	Tak	
8.	Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta zarówno w samej głowicy jak i na aparacie	Tak	
9.	Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz)	Tak	
10.	Możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat (1MHz i 3MHz) w trakcie jednego zabiegu	Tak	
11.	Współczynnik wypełnienia regulowany w zakresie minimum 5-95 %	Tak	
12.	Natężenie od 0,1 do 3W/cm <sup>2</sup> przy pracy impulsowej i do 2W/cm <sup>2</sup> przy pracy ciągłej	Tak	
13.	Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty	Tak	
14.	Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm <sup>2</sup>	Tak	
15.	Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku	Tak	

16.	Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150	Tak, podać	
17.	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	Tak	
18.	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500)	Tak, podać	
19.	Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi z opisem prawidłowego wykonania zabiegu, ich odstępów i ilości w zależności od jednostki chorobowej.	Tak	
20.	Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych	Tak	
21.	Sygnały dźwiękowe	Tak	
22.	Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów.	Tak	
23.	Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz	Tak	
24.	Waga aparatu max 3 kg.	Tak, podać	
25.	Wymiary 370 x 200 x 250 mm (+/- 12 mm)	Tak, podać	
26.	Możliwość podłączenia głowicy bezobsługowej.	Tak	
27.	W zestawie wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa o powierzchni minimum 5cm <sup>2</sup>	Tak	
28.	W zestawie bezobsługowa głowica o powierzchni 12cm <sup>2</sup> z wyraźnie wydzielonymi polami zabiegowymi	Tak	
29.	Nakładka dystansowa do powierzchni obłych mocowana na magnes	Tak	
30.	Uchwyt mocowany do aparatu do bezobsługowej głowicy ultradźwiękowej	Tak	
31.	Oryginalny stolik producenta aparatu wyposażony w kabel zasilający, posiadający minimum 6	Tak	



	otwieranych uchylnie schowków oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce		
32.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
33.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

**10. Aparat do terapii ultradźwiękami bezobsługowa głowica + nakładka magnetyczna do powierzchni obłych - 2 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	

4	Rok produkcji 2021	
---	--------------------	--

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Aparat do terapii ultradźwiękami	Tak	
2	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3	Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej	Tak	
4	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 4,3 cala +/-5% ułatwiający sterowanie aparatem	Tak	
5	Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5cm <sup>2</sup>	Tak	
6	Podgrzewane głowice ultradźwiękowe	Tak	
7	Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu	Tak	
8	Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta zarówno w samej głowicy jak i na aparacie	Tak	
9	Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz)	Tak	
10	Możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat (1MHz i 3MHz) w trakcie jednego zabiegu	Tak	
11	Współczynnik wypełnienia regulowany w zakresie minimum 5-95 %	Tak	
12	Natężenie od 0,1 do 3W/cm <sup>2</sup> przy pracy impulsowej i do 2W/cm <sup>2</sup> przy pracy ciągłej	Tak	
13	Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty	Tak	

14	Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm <sup>2</sup>	Tak	
15	Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku	Tak	
16	Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150	Tak, podać	
17	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	Tak	
18	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych	Tak	
19	Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych	Tak	
20	Sygnały dźwiękowe	Tak	
21	Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów.	Tak	
22	Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz	Tak	
23	Waga aparatu max 3 kg	Tak, podać	
24	Wymiary 370 x 200 x 250 mm (+/- 15 mm)	Tak, podać	
25	Możliwość podłączenia głowicy bezobsługowej.	Tak	
26	W zestawie wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa o powierzchni minimum 5cm <sup>2</sup>	Tak	
27	W zestawie bezobsługowa głowica o powierzchni 12cm <sup>2</sup> z wyraźnie wydzielonymi polami zabiegowymi	Tak	
28	Nakładka dystansowa do powierzchni obłych mocowana na magnes	Tak	
29	Uchwyt mocowany do aparatu do bezobsługowej głowicy ultradźwiękowej	Tak	

30	Oryginalny stolik producenta aparatu wyposażony w kabel zasilający, posiadający otwierane uchylne schowki oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce	Tak	
31	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
32	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

#### 11. Wanna wirowa do masażu wodnego kończyn górnych – 1 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	

4	Rok produkcji 2021	
---	--------------------	--

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Wanna wirowa do masażu wodnego kończyn górnych	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Wykonanie z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym	Tak	
4.	Minimum 10 dysz do hydromasażu	Tak, podać	
5.	Automatyczny system napełniania	Tak	
6.	System opróżniania wanny półautomatyczny	Tak	
7.	Czujnik temperatury wody	Tak	
8.	Dotykowy panel sterowania	Tak	
9.	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	Tak	
10.	Ustawienie czasu zabiegu	Tak	
11.	System automatycznego wyłączenia po upływie czasu zabiegu	Tak	
12.	System odkamieniania sterowany elektronicznie	Tak	
13.	Pojemność zabiegowa min. 30l	Tak, podać	

14.	Pojemność przelewowa max. 48 l	Tak, podać	
15.	Wymiary minimalne (dł. x szer. x wys.) 75 x 95 x 92 (+/- 2 cm)	Tak, podać	
16.	Wymiary maksymalne (dł. x szer. x wys.) 90 x 100 x 107 (+/- 2 cm)	Tak, podać	
17.	Regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie wanny	Tak	
18.	Pobór mocy: 0,9 kW (+/- 0,1 kW)	Tak, podać	
19.	Wyposażona w taboret pacjenta, baterie wannowe oraz wylewkę prysznicową z węzłem	Tak	
20.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
21.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

**12. Wanna wirowa do masażu wodnego stóp i podudzi - 1 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Wanna wirowa do masażu wodnego stóp i podudzi	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Wykonanie z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym	Tak	
4.	Minimum 16 dysz do hydromasażu	Tak, podać	
5.	Automatyczny system napełniania	Tak	
6.	System opróżniania wanny półautomatyczny	Tak	
7.	Czujnik temperatury wody	Tak	
8.	Dotykowy panel sterowania	Tak	
9.	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	Tak	
10.	Ustawienie czasu zabiegu	Tak	

11.	System automatycznego wyłączenia po upływie czasu zabiegu	Tak	
12.	System odkamieniania sterowany elektronicznie	Tak	
13.	Komora zabiegowa 45 – 68 litrów z czujnikiem napełniania	Tak, podać	
14.	Wymiary minimalne (dł. x szer. x wys.) 90 x 85 x 62 (+/- 2 cm)	Tak, podać	
15.	Wymiary maksymalne (dł. x szer. x wys.) 100 x 100 x 76 (+/- 2 cm)	Tak, podać	
16.	Pobór mocy: 1,1 kW (+/- 0,1 kW)	Tak, podać	
17.	Wyposażona w wylewkę prysznicową z węzłem, komplet baterii wannowych oraz krzesło przywannowe	Tak	
18.	Regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie wanny	Tak	
19.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
20.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe	Tak	



	funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.		
--	--	--	--

### 13. Diatermia krótkofalowa - 2 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat diatermia krótkofalowa	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Kolorowy ekran dotykowy min. 5,7"	Tak, podać	
4.	Praca w trybie ciągłym i impulsowym (efekt termiczny i a-termiczny)	Tak	
5.	Możliwość regulowania pozycji ramion w pełnym zakresie (360 stopni )	Tak	
6.	Moc w trybie impulsowym 400 W	Tak	
7.	Moc w trybie ciągłym 200 W	Tak	

8.	Minimum 62 gotowe programy terapeutyczne	Tak, podać	
9.	Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi z opisem metodyki prawidłowego wykonania zabiegu, ich odstępów i ilości w zależności od jednostki chorobowej.	Tak	
10.	Możliwość tworzenia i zapisywania do 100 własnych programów użytkownika	Tak, podać	
11.	Częstotliwość pracy 27,12 MHz	Tak	
12.	Częstotliwość impulsu 50–1500 Hz	Tak	
13.	Czas trwania impulsu 50–2000 $\mu$ s	Tak	
14.	Możliwość jednoczesnej terapii dwoma aplikatorami indukcyjnymi	Tak	
15.	Baza danych pacjentów	Tak	
16.	Jeden kanał pola kondensatorowego	Tak	
17.	Jeden lub dwa kanały pola indukcyjnego	Tak	
18.	Wymiary max. 570 x 990 x 580 mm	Tak, podać	
19.	Waga max. 40 kg	Tak, podać	
20.	Łatwe i szybkie podłączenie aplikatorów	Tak	
21.	2 ramiona sześcioprzegubowe i kable do aplikatorów	Tak	
22.	2 aplikatory kondensatorowe $\varnothing$ 13 cm,	Tak	
23.	Kable do aplikatorów kondensatorowych	Tak	
24.	Wyłącznik bezpieczeństwa	Tak	

25.	Możliwość podłączenia do aparatu aplikatorów kondensatorowych, indukcyjnych oraz płaskich gumowych	Tak	
26.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
27.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

#### 14. Aparat do krioterapii na zimne powietrze – 2 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	

4	Rok produkcji 2021	
---	--------------------	--

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Aparat do krioterapii na zimne powietrze	Tak	
2	Urządzenie fabrycznie (nie powystawowe)	Tak	
3	Aparat do krioterapii wykorzystuje działanie zimnego powietrza, którego temperatura wynosi do -32°C	Tak	
4	Aparat poza prądem nie wymaga dodatkowych kosztów eksploatacyjnych	Tak	
5	1200 l/min przepływu powietrza (+/- 40 l/min)	Tak, podać	
6	9 poziomów natężenia powietrza	Tak	
7	Ekran dotykowy 2,8" (+/-5%)	Tak, podać	
8	Przepływ powietrza regulowany w zakresie minimum 350–1200 l/min	Tak	
9	Wymiary 930 × 300 × 400 mm (+/- 30mm)	Tak, podać	
10	Waga 53 kg (+/- 2 kg)	Tak, podać	
11	Akcesoria standardowe w zestawie - wąż zabiegowy z końcówkami: Ø5, Ø10, Ø15 mm	Tak	
12	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
13	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			

1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

### 15. Lampa do terapii światłem spolaryzowanym – 2 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
-----	-----------------	-------------------	--------------------

1.	Lampa do terapii światłem spolaryzowanym	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Urządzenie medyczne do terapii światłem o mocy źródła światła 20W	Tak	
4.	Średnica filtra min. 5cm	Tak, podać	
5.	Długości fali w zakresie min. 480-3400nm	Tak	
6.	Wymiary: szer./wys. 185 mm x 180 mm (+/-10 cm)	Tak, podać	
7.	W zestawie ze statywem podłogowym	Tak	
8.	Przewód sieciowy - odłączany	Tak	
9.	Elektroniczny czasomierz	Tak	
10.	Etui na urządzenie w zestawie	Tak	
11.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
12.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	

5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Ekopompa – zestaw do zasilania aparatu Aquavibron z zamkniętym obiegiem wody w komplecie z aparatem Aquavibron	kpl.	2						
2.	Aparat do naświetlania promieniami podczerwonymi – statywowy	szt.	3						
3.	Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego	szt.	1						
4.	Szyna do ćwiczeń biernych stawu kolanowego i biodrowego	szt.	2						
5.	Kabina UGUL (Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego) + pełne wyposażenie	kpl.	3						
6.	Aparat do masażu uciskowego sekwencyjnego KG i KD + mankiety	kpl.	2						
7.	Aparat do laseroterapii z aplikatorem skanującym	szt.	2						

8.	Aparat do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwości z 2 aplikatorami oraz stołem	kpl.	2						
9.	Urządzenie do elektroterapii	szt.	5						
10.	Aparat do terapii ultradźwiękami bezobstugowa głowica + nakładka magnetyczna do powierzchni obłych	szt.	2						
11.	Wanna wirowa do masażu wodnego kończyn górnych	szt.	1						
12.	Wanna wirowa do masażu wodnego stóp i podudzi	szt.	1						
13.	Aparat diatermia krótkofalowa	szt.	2						
14.	Aparat do krioterapii na zimne powietrze	szt.	2						
15.	Lampa do terapii światłem spolaryzowanym	szt.	2						
				RAZEM					



#### **Pakiet nr 4**

*Zamówienie dotyczy projektu RPSW.07.03.00-26-0009/19 pn. "Modernizacja oraz przebudowa budynku ZOZ we Włoszczowie wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny z przeznaczeniem na działalność rehabilitacyjną" przewidzianego do realizacji z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Działania Infrastruktura zdrowotna i społeczna*

#### **1. Stół rehabilitacyjny elektryczny - 1 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Stół rehabilitacyjny elektryczny	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Błat stołu dwusegmentowy	Tak	
4.	Segmenty blatu tapicerowane, ruchome; grubość tapicerki min. 4 cm, kolor tapicerki do uzgodnienia	Tak, podać	
5.	Długość stołu od 190 mm do 205 mm	Tak, podać	

6.	Szerokość stołu od 640 mm do 800 mm	Tak, podać	
7.	Długość podglówka od 440 mm do 470 mm	Tak, podać	
8.	Regulacja segmentu głowy w zakresie -40° do +40° lub szerszym	Tak, podać	
9.	Regulacja segmentu głowy za pomocą sprężyny gazowej	Tak	
10.	Elektryczna regulacja wysokości w zakresie 500 mm – 900 mm lub szerszym	Tak, podać	
11.	Regulacja wysokości za pomocą ramy lub sterowników nożnych	Tak	
12.	Stół wyposażony w system jezdny	Tak	
13.	Stół blokowany do podłogi za pomocą antypoślizgowych nóżek	Tak	
14.	Uchwyty do przypięcia pasów po obydwu stronach stołu	Tak	
15.	Konstrukcja stalowa	Tak	
16.	Otwór na twarz pacjenta z zaślepką w zestawie	Tak	
17.	Bezpieczne obciążenie robocze stołu min 200 kg	Tak	
18.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać	Tak	

	własny lub zewnętrzny serwis.		
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Ta, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

## 2. Stół rehabilitacyjny hydrauliczny - 3 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Stół rehabilitacyjny hydrauliczny	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	

3.	Blat stołu dwusegmentowy	Tak	
4.	Segmenty blatu tapicerowane, ruchome; grubość tapicerki min. 4 cm, kolor tapicerki .....	Tak, podać	
5.	Długość stołu od 190 mm do 205 mm	Tak, podać	
6.	Szerokość stołu od 640 mm do 800 mm	Tak, podać	
7.	Długość podglówka od 440 mm do 470 mm	Tak, podać	
8.	Regulacja segmentu głowy w zakresie -40° do +40° lub szerszym	Tak, podać	
9.	Regulacja segmentu głowy za pomocą sprężyny gazowej	Tak	
10.	Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie 500 mm – 900 mm lub szerszym	Tak, podać	
11.	Stół wyposażony w system jezdny	Tak, podać	
12.	Stół blokowany do podłogi za pomocą antypoślizgowych nóżek	Tak, podać	
13.	Uchwyty do przypięcia pasów po obydwu stronach stołu	Tak, podać	
14.	Konstrukcja stalowa	Tak	
15.	Otwór na twarz pacjenta z zaślepką w zestawie	Tak	
16.	Bezpieczne obciążenie robocze stołu min. 200 kg	Tak	
17.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			

1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Stół rehabilitacyjny elektryczny	szt.	1						
2.	Stół rehabilitacyjny hydrauliczny	szt.	3						
					<b>RAZEM</b>				

## **Pakiet nr 5**

### **1. Inhalator ultradźwiękowy - nebulizator - 1 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Inhalator ultradźwiękowy - nebulizator	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Możliwość rozpylania wszystkich rodzajów leków	Tak	
4.	Zawór powodujący oszczędne podawanie leku	Tak	
5.	System zaworów wdechowo- wydechowych zwiększających wydajność głowicy	Tak	
6.	Wydajność sprężarki (bez obciążenia) 14 l/min	Tak, podać	
7.	Pojemność zbiornika głowicy max. 7 ml	Tak, podać	
8.	Średnia średnica cząstek 2,45µm	Tak, podać	
9.	Wydajność aerozolu 0,65 ml/min	Tak	

10.	Zasilane z sieci prądu zmiennego	Tak	
11.	Max. pobór mocy 210 VA	Tak, podać	
12.	Poziom hałasu max. 55 dB	Tak, podać	
13.	Wymiary max. 200 x 280 x 110 mm	Tak, podać	
14.	Waga max. 2,5 kg	Ta, podać	
15.	W komplecie: - głowica rozpylająca x 1 szt. - przewód doprowadzający powietrze x1 szt. - maska dla dzieci x 1 szt. - maska dla dorosłych x 1 szt. - filtr zapasowy x 2 szt. - ustnik x 1 szt. - końcówka nosowa mała x 1szt. - końcówka nosowa duża x 1 szt. - zaworek oszczędzania leku x 1 szt.	Tak, podać	
16.	Przystosowany do pracy ciągłej	Tak	
17.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
18.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	

2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

## 2. Automatyczny ciśnieniomierz naramienny – 2 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Automatyczny ciśnieniomierz naramienny	Tak	



2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Testowany klinicznie	Tak	
4.	Zakres pomiaru Ciśnienie: 0-299 mmHg, tętno: 40-180 uderzeń na minutę	Tak, podać	
5.	Dokładność pomiaru Ciśnienie: +/- 3 mmHg, tętno: +/- 5 % wartości odczytu	Tak, podać	
6.	Wielkość mankietu 22 - 42 cm	Tak	
7.	Pamięć 100 odczytów dla 2 użytkowników z datą i godziną	Tak	
8.	Zasilanie – baterie typu AA	Tak	
9.	Funkcja wykrywania nieregularnej pracy serca	Tak	
10.	Duży cyfrowy wyświetlacz LCD	Tak	
11.	Wskaźnik migotania komór	Tak	
12.	Funkcja uśredniania wyników z 3 ostatnich pomiarów	Tak	
13.	Automatyczne wyłączenie po 5 minutach	Tak	
14.	Wskaźnik poziomu zużycia baterii	Tak	
15.	Waga urządzenia max. 400 g (bez baterii)	Tak, podać	
16.	Wymiary max. 17 x 13 x 10 cm	Tak, podać	
17.	Torba do przechowywania ciśnieniomierza	Tak	
18.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
19.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	

### Gwarancja i Serwis

1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Inhalator ultradźwiękowy - nebulizator	szt.	1						
2.	Automatyczny ciśnieniomierz naramienny	szt.	2						
<b>RAZEM</b>									

## **Pakiet nr 6**

### **1. Dysk sensomotoryczny – jeź do stóp – 8 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Dysk sensomotoryczny – jeź do stóp	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Dysk rehabilitacyjny, beret terapeutyczny, do balansowania i masażu – dwustronny – strona gładka i strona z wypustkami.	Tak	
4.	Średnica: 33 - 35cm	Tak, podać	
5.	Wysokość: 6-8 cm	Tak, podać	
6.	Materiał: PCV	Tak	

7.	Twardość gumy: średnia	Tak	
8.	Ostrość kolcy: zaokrąglone	Tak	
9.	Udźwig: do 140 kg	Tak, podać	
10.	Trwałość: wysoka	Tak	
11.	Rodzaj wypełnienia: pompowany	Tak	
12.	W zestawie pompka i igła do pompki	Tak	
13.	Kolor niebieski	Tak	
14.	Waga max. 1 kg	Tak	
15.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

## 2. Wałek rehabilitacyjny - 6 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2020/2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Wałek rehabilitacyjny	Tak	
2.	Przyrząd fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Do stosowania w rehabilitacji, podczas masaży, w gimnastyce korekcyjnej	Tak	
4.	Wykonany ze średnio-twardej lub twardej pianki poliuretanowej o podwyższonej odporności na odkształcenia	Tak	
5.	Materiał z powłoką PCV przeznaczony dla wyrobów medycznych - łatwy w czyszczeniu oraz dezynfekcji	Tak	
6.	Materiał odporny na płyny fizjologiczne (krew, mocz, pot) oraz na alkohol	Tak	
7.	Odporny na zadrapania	Tak	
8.	Olejoodporny	Tak	

9.	Średnica: 18 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
10.	Długość: 60 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
11.	Kolor ciemnoniebieski	Tak	
12.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

### 3. Klin rehabilitacyjny – 4 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	

4	Rok produkcji 2021	
---	--------------------	--

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Klin rehabilitacyjny	Tak	
2.	Przyrząd fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Do stosowania w rehabilitacji, podczas masaży, w gimnastyce korekcyjnej, w łagodzeniu skutków urazów	Tak	
4.	Wykonany ze średnio-twardej lub twardej pianki poliuretanowej o podwyższonej odporności na odkształcenia	Tak	
5.	Materiał z powłoką PCV przeznaczony dla wyrobów medycznych - łatwy w czyszczeniu oraz dezynfekcji	Tak	
6.	Materiał odporny na płyny fizjologiczne (krew, mocz, pot) oraz na alkohol	Tak	
7.	Odporny na zadrapania	Tak	
8.	Olejoodporny	Tak	
9.	Wysokość: 12 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
10.	Długość: 40 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
11.	Szerokość: 40 cm – 50 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
12.	Kolor ciemnoniebieski	Tak	
13.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak	

**Gwarancja i Serwis**

1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Dysk sensomotoryczny – jeź do stóp	szt.	8						
2.	Wałek rehabilitacyjny	szt.	6						
3.	Klin rehabilitacyjny	szt.	4						
<b>RAZEM</b>									



## **Pakiet nr 7**

### **1. Urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych i krwi - 1 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych i krwi	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Urządzenie posiadające zintegrowany uchwyt do przenoszenia	Tak, podać	
4.	Możliwość umocowania za pomocą zintegrowanego uchwyty do stojaków, statywów o różnych średnicach lub specjalnych szyn mocujących	Tak, podać	
5.	System zapewniający „suche grzanie” – bez udziału wody lub innych płynów	Tak, podać	
6.	Wymiennik ciepła, w postaci sterylnej przewodu przedłużającego długości 350 cm ze złączem luer, zaciskiem rolkowym – 30 szt./aparat	Tak	

7.	Możliwość ustawienia, regulacji temperatury płynu w zakresie od 37°C do 41°C. Skok co 0,5°C	Tak	
8.	Tolerancja w dokładności ustawienia temperatury po jej ustabilizowaniu max. 0,5°C	Tak	
9.	Automatyczny akustyczny i optyczny alarm jeżeli temperatura płynu spadnie poniżej < 36,5°C	Tak	
10.	Automatyczne wyłączenie grzałki urządzenia , gdy temperatura płynu wyniesie : powyżej 42°C wraz z alarmem dźwiękowym i optycznym.	Tak	
11.	Automatyczne autotesty urządzenia	Tak	
12.	Możliwość prowadzenie dwóch infuzji	Tak	
13.	Panel sterujący do komunikacji z użytkownikiem	Tak	
14.	Masa urządzenia max. 2,0 kg	Tak, podać	
15.	Max. wymiary zewnętrzne : 228 mm x 228 mm x 132 mm	Tak, podać	
16.	Przystosowany do pracy ciągłej	Tak	
17.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
18.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji minimum	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	

3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu, podać	Tak	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych i krwi	szt.	1						
					<b>RAZEM</b>				

## **Pakiet nr 8**

### **1. Krzesło transportowe wyposażone w elektryczny system trakcyjny - 1 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Krzesło transportowe wyposażone w elektryczny system trakcyjny	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Wykonane z materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących	Tak	
4.	Wyposażone w 4 kółka jezdne, przy czym przednie koła obrotowe o średnicy min. 100 mm, a tylne o średnicy min. 150 mm wyposażone w hamulce	Tak, podać	
5.	Wyposażone w elektryczny składany system trakcyjny umożliwiający zjazd/wjazd po schodach	Tak, podać	
6.	Wjazd po schodach z pełnym obciążeniem na jednym ładowaniu akumulatora na min. 18 piętro	Tak	
7.	Dopuszczalne obciążenie min. 220 kg (podać max. obciążenie)	Tak, podać	
8.	Max. waga krzesła z elektrycznym systemem zjazdu/wjazdu po schodach 26 kg	Tak, podać	

9.	Wyposażone w tylną ramę o regulowanej długości/wysokości służącą do znoszenia i zjazdu po schodach	Tak	
10.	Wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości na min. 3 poziomach	Tak	
11.	Dodatkowe wymagane akcesoria: - 4 punktowy system pasów zabezpieczających - składany podnózek - dodatkowe składane rączki tylne - system montażu butli tlenowej - uchwyt do montażu w ambulansie	Tak, podać	
12.	W zestawie podparcie głowy i 3 pasy unieruchamiające do zabezpieczenia pacjenta.	Tak	
13.	Wysokość krzesła min. 1000 mm	Tak, podać	
14.	Szerokość całkowita 520 mm (+/- 30 mm)	Tak, podać	
15.	Długość całkowita 700 mm (+/- 30 mm)	Tak, podać	
16.	Szerokość siedziska 420 mm (+/- 30 mm)	Tak, podać	
17.	Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowalnego, szybkie w demontażu	Tak	
18.	Instrukcja w języku polskim	Tak	
19.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać	Tak	

	własny lub zewnętrzny serwis.		
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Krzesło transportowe wyposażone w elektryczny system trakcyjny	szt.	1						
<b>RAZEM</b>									

### **Pakiet nr 9**

#### **1. Aparat kriochirurgiczny – 1 komplet**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat kriochirurgiczny	Tak	
2.	Przyrząd fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Czynnik roboczy: ciekły azot o temperaturze – 196°C	Tak	
4.	Pojemność 500ml (+/-50 ml)	Tak, podać	
5.	Wysokość 286mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
6.	Ciężar 540/895g(pusty/pełny) (+/- 50g)	Tak	
7.	Statyczny czas przechowywania 20-24 godzin	Tak	
8.	6 końcówek natryskowych w kpl. (w tym 1 igłowa wygięta)	Tak	
9.	W zestawie przedłużacz giętki	Tak	

10.	Adapter 45 st. – adapter kątowy				Tak				
11.	Sonda ginekologiczna 25x5x5 mm				Tak				
12.	Sonda ginekologiczna 19x5x5 mm				Tak				
13.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)				Tak, podać				
<b>Gwarancja i Serwis</b>									
1.	Okres gwarancji				Tak, podać				
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.				Tak				
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny				Tak, podać				
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu				Tak, podać				
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)				Tak				
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.				Tak				
Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Aparat kriochirurgiczny	kpl.	1						
<b>RAZEM</b>									



### **Pakiet nr 10**

Zamówienie w ramach projektu RPSW.07.03.00-26-0006/17 Zadanie „Działania mające na celu walkę z COVID-19-Włoszczowa” realizowanego w ramach RPO WŚ na lata 2014-2020.

#### **1.Szafa do przechowywania endoskopów – 1 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Szafa do przechowywania endoskopów	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Szafa na 6 endoskopów elastycznych z system uchwyty dla kolonoskopów i gastrokopów	Tak	
4.	Podwójne drzwi z zamkiem dla każdych drzwi	Ta	
5.	Uchwyty do otwierania drzwi wykonane ze stali nierdzewnej	Tak	
6.	Możliwość regulacji rozstawu wieszaków	Tak	

7.	Wieszaki wykonane ze stali nierdzewnej	Tak	
8.	Taca ociekowa	Tak	
9.	Zestaw gąbek ochronnych na końcówkę dystalną endoskopu – 50szt	Tak	
10.	Kolor do wyboru z palety RAL – przy zamówieniu	Tak	
11.	Malowana proszkowo	Tak	
12.	Pełne drzwi bez elementów szklanych	Tak	
13.	System uchwytów dla endoskopów typu bezświatłowodowego i światłowodowego – uchwyty w dolnej części komory bez konieczności skręcania endoskopu	Tak	
14.	Uchwyty wykonane ze stali nierdzewnej	Tak	
15.	Miękkie wygłuszenie tylnej ściany z elementów miękkich dla bezpieczeństwa endoskopów.	Tak	
16.	Wbudowany system automatycznej wentylacji (wbudowany kompresor) z osobnym wyłącznikiem	Tak	
17.	Komplet zaworów do endoskopów serii Imagina	Tak	
18.	Komplet adapterów do podłączenia kanałów A/W, wodnego oraz ssącego do aparatów serii Imagina	Tak	
19.	Wymiary Szerokość: 100cm (+/- 5%) Wysokość: 200cm (+/- 5%)	Tak, podać	
20.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	

2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak, podać	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Szafa do przechowywania endoskopów (na 6 endoskopów)	szt.	1						
					<b>RAZEM</b>				

## **Pakiet nr 11**

### **1. Aparat KTG ze stolikiem - 1 szt.**

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Kraj producenta	
3.	Nazwa, model, typ urządzenia	
4.	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
2.	Monitorowanie częstości pracy serca płodu FHR metodą ultradźwiękową	Tak	
3.	Zakres pomiaru FHR 30÷240 BPM	Tak	
4.	Obsługa za pomocą ekranu dotykowego/polskie menu, sensorów dotykowych oraz pokrętki	Tak	
5.	Dopuszczalny błąd pomiaru +/- 1BPM	Tak	
6.	Częstotliwość pracy przetwornika ultradźwiękowego – 2 MHz	Tak	
7.	Intensywność ultradźwiękowa $\leq 10 \text{ mW/cm}^2$	Tak	
8.	Ustawiane limitów (dolnego i górnego) alarmu dźwiękowego i wizualnego FHR	Tak	

9.	Ustawiany czas opóźnienia alarmów FHR	Tak	
10.	Pomiar TOCO, metodą zewnętrzną	Tak	
11.	Zakres pomiaru głowicy TOCO: 0÷1000g (0÷100 jednostek względnych), błąd nieliniowości +/- 8%	Tak	
12.	Funkcja autozerowania TOCO	Tak	
13.	Głowice wodoszczelne w standardzie: Toco IP68, Cardio IP68	Tak	
14.	Ustawianie linii odniesienia (bazowej) TOCO (0%, 5%, 10%, 15%, 20%)	Tak	
15.	Ustawianie poziomu czułości pomiaru TOCO (50%, 100%, 200%)	Tak	
16.	Ręczny znacznik ruchu płodu wyczuwanego przez pacjentkę	Tak	
17.	Funkcja automatycznego identyfikowania ruchów płodu	Tak	
18.	Funkcja zapisu znacznika klinicznego (cztery znaczniki)	Tak	
19.	Archiwizacja badań w pamięci wewnętrznej aparatu (min.72h lub 600 badań)	Tak	
20.	Wyświetlacz ciekłokrystaliczny, kolorowy, TFT LCD, min 10" z możliwością regulacji kąta nachylenia	Tak	
21.	Wyświetlane krzywe FHR, TOCO, znaczniki FM oraz znaczniki kliniczne	Tak	
22.	Wyświetlana wartość i poziom sygnału FHR	Tak	
23.	Wyświetlana wartość TOCO 0÷100 jednostek	Tak	

24.	Wyświetlane numeru urządzenia w sieci	Tak	
25.	Wbudowana drukarka termiczna	Tak	
26.	Zapis w czasie rzeczywistym krzywych FHR, TOCO, znaczników ruchu FM i znaczników klinicznych	Tak	
27.	Funkcja timera NST	Tak	
28.	Papier termoczuły o szerokości min. 56 mm (składanka)	Tak	
29.	Wydruk na papierze ze skalą 30-240BPM	Tak	
30.	3 poziomy prędkości przesuwu papieru: wydruk badania w skali poziomej – 1, 2 lub 3 cm/min ustawianej przez użytkownika	Tak	
31.	Długość przewodu głowic min. 2m	Tak	
32.	Możliwość monitorowania ciąży pojedynczej i bliźniaczej	Tak	
33.	Szybkość transmisji danych 9600 BPS, możliwość pracy w sieci	Tak	
34.	Możliwość przeglądania i wydruku zapisanych w pamięci badań (szybki wydruk do 75mm/s)	Tak	
35.	Możliwość montażu aparatu na ścianie	Tak	
36.	Analiza zapisu KTG (Fisher, Krebs, NST, CST, FIGO 2015) uwzględniająca m.in. STV, ACC, DEC	Tak	
37.	Możliwość bezprzewodowego podłączenia aparatu do systemu okołoporodowego	Tak	
38.	Wyposażenie standardowe: - głowica Cardio (przetwornik ultradźwiękowy) – 2 szt.		

	- głowica TOCO - 1 szt. - przycisk pacjentki EVENT – 1 szt. - papier termoczuły w formie składanki - pasy mocujące przetworniki - przewód zasilający	Tak	
39.	Wózek dedykowany pod KTG	Tak	
40.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie urządzenia na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak	
41.	Obsługa urządzenia oraz instrukcja obsługi potwierdzająca główne parametry techniczne w języku polskim	Tak	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.		Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Aparat KTG ze stolikiem	szt.	1						
					RAZEM				



## **Pakiet nr 12**

*Zamówienie dofinansowano ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w ramach Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych na podstawie umowy nr 13/Or/21/D z dnia 10.08.2021 r. zawartej z Powiatem Włoszczowskim na realizację zadania pn. "Funkcjonalizacja Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie poprzez adaptację pomieszczeń i wyposażenie pracowni TK, przebudowę i doposażenie Oddziału Chirurgii oraz wymianę wind"*

### **1. Dermatolom elektryczny z siatkownicą - 1 szt.**

<b>Lp.</b>	<b>Opis przedmiotu</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Parametr oferowany</b>
1.	<b>Dermatom</b>	Tak	
2.	Dermatom zasilany akumulatorowo z głowicą typu Wagner	Tak	
3.	Tytanowa obudowa dostosowana do mycia w środkach alkalicznych	Tak	
4.	Silnik bezszczotkowy komutowany elektronicznie o mocy min. 220 W	Tak	
5.	Oscylacje ostrza regulowane w zakresie od 0 do 6500 osc./min. przy pomocy przycisku na rękojeści	Tak	
6.	Szerokość cięcia regulowana od 8 mm do 78mm	Tak	
7.	Grubość cięcia regulowana 0,2 mm do 1,2 mm co 0,1 mm	Tak	
8.	Ostrza mocowane beznarzędziowo	Tak	
9.	Zestaw do sterylnej wkładania akumulatora - w zestawie lejek	Tak	
10.	Akumulatory niesterylizowalne umieszczane systemem lejkowym w sterylnej komorze akumulatora	Tak	
11.	Możliwość zasilania z sieci elektrycznej	Tak	

12.	Blokada przed niezamierzonym uruchomieniem	Tak	
13.	Skok ostrza 3 mm (+/- 0,2 mm)	Tak	
14.	Pokrywa komory akumulatora	Tak	
<b>15.</b>	<b>Siatkownica</b>	Tak	
16.	Siatkownica do powiększania powierzchni przeszczepów skóry	Tak	
17.	Współpraca z min. trzema różnymi matrycami	Tak	
18.	Walec tnący w zestawie	Tak	
19.	Możliwość samodzielnej wymiany walca tnącego	Tak	
20.	Korba z grzechotką w zestawie	Tak	
21.	Regulacja siły docisku walca do matrycy	Tak	
22.	Śruba mikrometryczna	Tak	
23.	Wymiary 150x 195x 105 mm (+/- 0,5 mm)	Tak, podać	
24.	Waga max. 4800 g	Tak, podać	
<b>25.</b>	<b>Kosz stalowy do dermatomu</b>	Tak	
26.	Kosz stalowy, perforowany	Tak	
27.	Wymiary zewnętrzne 405/255/105 mm (+/- 5 mm)	Tak, podać	

28.	Uchwyt napędu/piły - 1 szt.	Tak	
29.	Uchwyt pokrywy komory akumulatora - 1 szt.	Tak	
30.	Uchwyt lejka do sterylne go zakładania akumulatora 1 szt.	Tak	
<b>31.</b>	<b>Kosz stalowy do siatkownicy</b>	Tak	
32.	Kosz stalowy, perforowany	Tak	
33.	Wymiary zewnętrzne 405/255/105 mm (+/- 5 mm)	Tak, podać	
34.	Uchwyt siatkownicy, korby z grzechotką i walca tnącego	Tak	
<b>35.</b>	<b>Wanna i pokrywa kontenera</b>	Tak	
36.	Wanna kontenera ze stopu aluminium z uchwytami blokującymi się pod kątem 90 stopni - 1 szt.	Tak	
37.	Wymiary zewnętrzne 470/270/130 mm (+/-5 mm) - 1 szt.	Tak, podać	
38.	Pokrywa kontenera ¾	Tak	
39.	Filtr mikroporowy, 5000 cykli sterylizacji – min 2 szt.	Tak	
40.	Tabliczka identyfikacyjna, opis min. 13 miejsc	Tak	
<b>41.</b>	<b>Ładowarka</b>	Tak	
42.	Ładowarka elektroniczna, uniwersalna	Tak	
43.	Min. gniazda	Tak	

44.	Wskaźnik ładowania przy każdym gnieździe	Tak	
45.	Wskaźnik informujący o konieczności wykonania czynności serwisowych	Tak	
46.	Proces ładowania pulsacyjnego zapewniający optymalny bez histerezy pojemnościowej, maksymalny stan naładowania akumulatorów	Tak	
47.	Przewód sieciowy min. 5 m z wtyczką typu euro	Tak	
<b>48.</b>	<b>Matryce do siatkownicy do powiększenia powierzchni przeszczepu</b>	Tak	
49.	Matryca do nacinania przeszczepu skóry 1:1,5, pakowane sterylnie, jednorazowe, min. 10 szt. w opakowaniu zbiorczym	Tak	
<b>51.</b>	<b>Matryca do nacinania przeszczepu skóry 1:3, pakowane sterylnie, jednorazowe, min. 10 szt. w opakowaniu zbiorczym</b>	Tak	
60.	Matryca do nacinania przeszczepu skóry 1:6, pakowane sterylnie, jednorazowe, min. 10 szt. w opakowaniu zbiorczym	Tak	
<b>61.</b>	<b>Olej</b>	Tak	
57.	Olej do smarowania systemu	Tak	
58.	Olej w aerozolu	Tak	
59.	Objętość 300 ml	Tak	
<b>60.</b>	<b>Ostrza</b>	Tak	
61.	Ostrza do dermatomu	Tak	

62.	Ostrza do dermatomu z głowicą typu Wagner, pakowane sterylnie, jednorazowe w opakowaniu zbiorczym 10 szt.	Tak	
63.	Bateria	Tak	
64.	Akumulator litowo-jonowy ze zintegrowaną elektroniką sterującą	Tak	
65.	Napięcie 9,9 V, energia 10,89 Wh	Tak	
66.	Możliwość serwisowej wymiany samych ogniw akumulatora	Tak	
67.	Dodatkowy akumulator	Tak	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Dermatom z siatkownicą	szt.	1						
<b>RAZEM</b>									

### **Pakiet nr 13**

**Zamówienie dofinansowano ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w ramach Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych na podstawie umowy nr 13/Or/21/D z dnia 10.08.2021 r. zawartej z Powiatem Włoszczowskim na realizację zadania pn. "Funkcjonalizacja Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie poprzez adaptację pomieszczeń i wyposażenie pracowni TK, przebudowę i doposażenie Oddziału Chirurgii oraz wymianę wind"**

#### **1. Myjnia dezynfektor - 1 szt.**

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Kraj producenta	
3.	Nazwa, model, typ urządzenia	
4.	Rok produkcji 2021	

<b>Lp.</b>	<b>Opis przedmiotu</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Parametr oferowany</b>
1.	Urządzenie fabrycznie nowe przeznaczone do opróżniania, mycia i dezynfekcji basenów, kaczek, worków i pojemników na mocz, misek do mycia chorych, butli do ssaków i innych szpitalnych naczyń sanitarnych	Tak	
2.	Certyfikat wydany przez niezależną jednostkę potwierdzający zgodność urządzenia z normami europejskimi PN-EN ISO 15883-1 i PN-EN ISO 15883-3	Tak	
3.	Ładowanie od frontu	Tak	
4.	Drzwi uchylne otwierane i zamykane ręcznie bez oporów przy zamykaniu i otwieraniu	Tak	
5.	Wysokość otworu drzwiowego nie mniejsza niż 37 cm, umożliwiającą mycie basenów z długą rączką	Tak	
6.	Blokada drzwi podczas trwania procesu - zabezpieczenie przed otwarciem drzwi podczas całego	Tak	

	przebiegu procesu mycia i dezynfekcji, a także podczas przerw w zasilaniu		
7.	Kontrola blokady drzwi	Tak	
8.	Do zwolnienia blokady drzwi i uzyskania dostępu do wsadu wymagane jest użycie specjalnego klucza, kodu lub narzędzia, zgodnie z normą PN-EN ISO 15883-1. Nie dopuszcza się zwalniania blokady przy użyciu jednego przycisku.	Tak	
9.	Urządzenie montowane na posadzce	Tak	
10.	Ergonomiczny uchwyt do otwierania drzwi niewystający poza linię obudowy urządzenia	Tak	
11.	Dezynfekcja termiczna zgodnie z normą EN ISO 15883-3 (z możliwością podwyższenia temperatury ponad 80°C, wydłużeniem czasu trwania dezynfekcji, oraz regulacji wartości $A_0$ w zakresie 60-3000)	Tak	
12.	Odseparowany zbiornik na wodę o poj. 10l wyposażony w regulację poziomu wody, opróżniany automatycznie po zakończeniu programu. Izolacja od sieci wodociągowej zgodnie z DIN 1988/DIN-EN 1717.	Tak	
13.	Komora myjąca i inne zbiorniki wykonana ze stali nierdzewnej	Tak	
14.	Komora głęboko tłoczona bez spoin, z zaokrąglonymi narożnikami, sufit komory z nachyleniem ułatwiający samooczyszczenie i samodezynfekcję – różnica wysokości między przodem a tyłem komory nie mniejsza niż 10 cm	Tak	
15.	Komora i lej odpływowy o średnicy 100 mm tworzą jeden głęboko tłoczony zbiornik z odpływem lejkowym	Tak	
16.	Objętość komory $64 \pm 1$ l	Tak	
17.	Podłączenie odpływu podłogowe lub ściennie 100 Ø	Tak	



18.	Urządzenie wyposażone w czujnik drożności odpływu	Tak	
19.	Zatrzymanie cyklu w razie stwierdzenia przez system zablokowania odpływu	Tak	
20.	Komora o pojemności umożliwiającej jednoczesowe mycie i dezynfekcję 3 kaczek, lub/i 1basenu z pokrywką oraz 1 kaczki; wiader o pojemności 20 l	Tak	
21.	Konstrukcja uchwytów zapobiegająca wylewaniu nieczystości poza komorę mycia	Tak	
22.	Możliwość wymiany i stosowania uchwytów specjalistycznych bez stosowania narzędzi, w tym uchwytu umożliwiającego opróżnianie jednorazowych worków na mocz	Tak	
23.	Opróżnianie naczyń przy zamykaniu drzwi	Tak	
24.	Drzwi komory wyposażone w uszczelkę z trwałego tworzywa sztucznego stanowiącą jeden element, bez nacięć, gwarantującą paroszczelność. Brak przecieków pary wodnej z urządzenia podczas całego procesu.	Tak	
25.	System 13 dysz myjących: 1 dysza centralna;7 dysz obrotowych i 5 dysz natryskowych do czyszczenia zewnętrznego i wewnętrznego naczyń pielęgnacyjnych oraz komory myjącej	Tak	
26.	Urządzenie szczelne, uniemożliwiające wydobywanie się pary w czasie trwania procesu, wyposażone w system odprowadzający parę do kanalizacji	Tak	
27.	Maksymalny poziom wytwarzanego hałasu do 50 dB	Tak	
28.	Mikrokomputerowe sterowanie pracą urządzenia	Tak	
29.	Minimum 50 programów do wyboru: w tym co najmniej 3 programy standardowe dla mycia naczyń w zależności od stopnia zabrudzenia oraz co najmniej 47 programów do zaprogramowania według indywidualnych potrzeb	Tak	
30.	Ekran wyświetlający 2 linie po 20 znaków informacje niezbędne do obsługi i kontroli urządzenia w języku polskim oraz wartość A <sub>0</sub> podczas procesu dezynfekcji	Tak	

31.	Co najmniej dwa niezależne od siebie czujniki temperatury znajdujące się na spodzie komory myjni	Tak	
32.	Membranowy panel na frontowej ścianie urządzenia	Tak	
33.	Optyczna i akustyczna informacja o usterkach	Tak	
34.	Automatyczne dozowanie środka chemicznego oraz lanca ssąca do pojemnika ze środkiem chemicznym i sonda kontrolująca obecność środka	Tak	
35.	Kontrola prawidłowego dozowania środków chemicznych w każdym procesie, zgodnie z normą PN-EN ISO 15883-1	Tak	
36.	Miejsce przeznaczone na pojemnik ze środkiem chemicznym wewnątrz urządzenia	Tak	
37.	Zużycie wody na cykl: program oszczędny do 15 litrów, program normalny do 20 litrów, program intensywny do 25 litrów	Tak	
38.	Kontrola poziomu wody w zbiorniku	Tak	
39.	System informujący o ewentualnych przeciekach na pompie dozującej	Tak	
40.	Zasilanie: 1N PE~230V - 2,8 kW, 16A lub 3N PE~400V; 4,6 kW; 16A; 2,5 mm	Tak	
41.	Podłączenie wody zimnej R ½" , temperatura 5-25°C, prędkość przepływu > 18l/min., ciśnienie > 1 bar	Tak	
42.	Podłączenie wody ciepłej R ½" , temperatura 45-60°C, prędkość przepływu > 18l/min., ciśnienie > 1 bar	Tak	
43.	Maksymalne zużycie wody do 35l/cykl	Tak	
44.	Wymiary urządzenia: Szerokość/głębokość/wysokość/waga 500/450-600/1630-1730 mm/73-75 kg	Tak	

### Gwarancja i Serwis

1.	Okres gwarancji	Tak, Podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godziny.	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, Podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Myjnia dezynfektor	szt.	1						
<b>RAZEM</b>									

### **Pakiet nr 14**

*Zamówienie dofinansowano ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w ramach Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych na podstawie umowy nr 13/Or/21/D z dnia 10.08.2021 r. zawartej z Powiatem Włoszczowskim na realizację zadania pn. "Funkcjonalizacja Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie poprzez adaptację pomieszczeń i wyposażenie pracowni TK, przebudowę i doposażenie Oddziału Chirurgii oraz wymianę wind"*

#### **1. Lampa bezcieniowa zabiegowa – ścienna – 2 szt.**

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Kraj producenta	
3.	Nazwa, model, typ urządzenia	
4.	Rok produkcji 2021	

<b>Lp.</b>	<b>Opis przedmiotu</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Parametr oferowany</b>
1.	Lampa bezcieniowa zabiegowa ze źródłem światła LED, ścienna	Tak	
2.	Urządzenie fabrycznie nowe (nie powystawowe)	Tak	
3.	Diody LED w kolorze białym	Tak	
4.	Kopuła lampy nie powodująca wzrostu temperatury na czaszy lampy	Tak	
5.	Lampa nie powodująca zakłóceń w przepływie laminarnym posiadająca certyfikat kompatybilności z system jonizacji promieniowania jonizacji katalitycznej RCI - dołączyć do oferty	Tak	
6.	Średnica kopuły 36 cm (+/- 2 cm)	Tak	

7.	Obrót czaszy lampy o 270°	Tak	
8.	Wgłębność oświetlenia (L1+L2) 153 c	Tak	
9.	Natężenia światła lampy w odległości 1m od czoła lampy powyżej 60 [klux].	Tak	
10.	Lampa wyposażona w min. 18 źródeł światła LED	Tak, podać	
11.	Regulacja natężenia światła bezstopniowa w zakresie min. 45-100%	Tak	
12.	Żywotność żarówki 50 000 godzin	Tak	
13.	Regulacja natężenia światła bezstopniowa	Tak	
14.	Regulacja natężenia oraz włączanie i wyłączanie lampy przy pomocy panelu umieszczonego na czaszy	Tak	
15.	Temperatura barwowa dla lampy 4500 [K]	Tak	
16.	Współczynnik oddawania barw CRI 96	Tak	
17.	Średnica plamy świetlnej pola w odległości 1m od czoła lampy: min 170 mm	Tak	
18.	Zużycie prądu, max. 15W	Tak	
19.	Max. waga czaszy 3 kg	Tak, podać	
20.	Lampa wyposażona w uchwyt sterylny z bez relingu brudnego	Tak	
21.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	Tak	

### Gwarancja i Serwis

1.	Okres gwarancji	Tak, Podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak, Podać	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 24 godzin	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, Podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

### 2. Stół zabiegowy - 2 szt.

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Kraj producenta	
3.	Nazwa, model, typ urządzenia	
4.	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Stół posiada blat czterosegmentowy, wysokość blatów regulowana jest pompą hydrauliczną sterowaną nożnie	Tak	
2.	Segmenty blatów są regulowane z wykorzystaniem sprężyn gazowych	Tak	
3.	Tapicerka leża wykonana jest z pianki poliuretanowej z pokryciem wykonanym ze skaju	Tak	
4.	Stół wyposażony w układ jezdny z blokadą wykonany ze stali nierdzewnej	Tak	
5.	Długość stołu: 2000 mm (+/-20)	Tak, podać	
6.	Szerokość stołu: 650 mm (+/-20)	Tak, podać	
7.	Minimalna wysokość blatu: 620 mm	Tak, podać	
8.	Maksymalna wysokość blatu: 1060 mm	Tak, podać	
9.	Regulacja oparcia pleców od 0° do 65°	Tak, podać	
10.	Kąt uniesienia siedziska od 0° do 15°	Tak, podać	
11.	Kąt uniesienia podglówka 35°	Tak, podać	
12.	Przechył Trendelenburga 15° (+/-2)	Tak, podać	
13.	Przechył anty-Trendelenburga 15°(+/-2)	Tak, podać	
14.	Max. dopuszczalne obciążenie 180 kg	Tak, podać	
15.	Dodatkowe wyposażenie stołu: uchwyt do podkładów jednorazowych mocowany do oparcia pleców,	Tak	

	podpórka ręki, podkolanniki, misa ze stali nierdzewnej, podpora stopy, uchwyt ręki, listwy do mocowania wyposażenia dodatkowego		
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak, podać	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość Ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Lampa bezcieniowa zabiegowa – ścienna	szt.	2						
2.	Stół zabiegowy	szt.	2						
<b>RAZEM</b>									



## **Pakiet nr 15**

### **1. Kaseton elektryczno – gazowy sufitowy, z wyposażeniem dodatkowym, jednostanowiskowy dwustronny**

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Kraj producenta	
3.	Nazwa, model, typ urządzenia	
4.	Rok produkcji 2021	

<b>Lp.</b>	<b>Opis przedmiotu</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Parametr oferowany</b>
1.	Kaseton o długości 2000 m	Tak	
2.	<u>Wyposażenie:</u>	Tak	
3.	Punkty poboru gazów medycznych typ AGA:	Tak	
4.	Przód: tlen x1 szt., próżnia x1 szt., sprężone powietrze x1 szt.	Tak	
5.	Tył: tlen x1 szt., próżnia x1 szt., sprężone powietrze x1 szt.	Tak	
6.	Wyposażenie elektryczne:	Tak	
7.	Przód:	Tak	

8.	gniazda elektryczne 230 V z ramką x10 szt.	Tak	
9.	zaciski ekwipotencjalne x4 szt.	Tak	
10.	gniazdo teleinformatyczne 2xRJ45 x1szt.	Tak	
11.	włącznik oświetlenia miejscowego i nocnego podwójny x1szt.	Tak	
12.	włącznik dzwonek do przywołania personelu x1szt.	Tak	
13.	Tył:	Tak	
14.	gniazda elektryczne 230 V z ramką x8szt.	Tak	
15.	zaciski ekwipotencjalne x8szt.	Tak	
16.	<u>Wyposażenie dodatkowe:</u>	Tak	
17.	zestaw półkowy montowany na stałe do jednostki (1x półka, 2x szuflada, 1x maszt z wieszakiem do kroplówki, 2x szyna instrumentalna MODUR I=400 mm, 2x pojemnik na cewniki,) x 1szt.	Tak	
18.	parawan teleskopowy z zasłonką mocowany do konstrukcji mostu	Tak	
19.	lampa halogenowa na ramieniu FLH: lampa zabiegowo – diagnostyczna typ FLH, napięcie wejściowe: 220-230 V, natężenie: 50-60 Hz, napięcie wyjściowe: 12 V, łączna moc diod: 3x10 W, średni czas żywotności diod: 5000h, natężenie światła: 135 000 lux – przy 30 cm; 45 000 lux – przy 50 cm; 12 000 lux – przy 10 cm, temperatura barwowa: 4750 K, wielkość plamki świetlnej: 13 cm – przy odległości 1 m, długość kabla zasilającego: 3 m, długość ramienia: 92 cm	Tak	
20.	Oświetlenie nocne:	Tak	

21.	1 sztuka LED, okno otworu 75x24 mm, moc 0,6 W LED odpowiednik tradycyjnej żarówki 5 W, temperatura 3000 K, 10 lumenów, trwałość 20.000 h	Tak	
22.	Oświetlenie miejscowe:	Tak	
23.	2 żarówki LED średnica fi 50 mm, mocowanie GU10, moc każdej żarówki 5W LED odpowiednik tradycyjnej żarówki 50W, 36 stopni kąt światła, temperatura 2700 K, 355 lumenów, trwałość 15.000 h	Tak	
24.	Panel wykonany z wysokiej jakości profili aluminiowych, malowanych proszkowo	Tak	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis	Tak, podać	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi)	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
-----	----------------	----	-------	------------------------	-------------------------	----------------------	------------	---------------------	-----------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Kaseton elektryczno – gazowy sufitowy, z wyposażeniem dodatkowym, jedno stanowiskowy dwustronny	szt.	1						
					RAZEM				

## **Pakiet nr 16**

*Zamówienie dotyczy projektu RPSW.07.03.00-26-0009/19 pn. "Modernizacja oraz przebudowa budynku ZOZ we Włoszczowie wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny z przeznaczeniem na działalność rehabilitacyjną" przewidzianego do realizacji z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Działania Infrastruktura zdrowotna i społeczna*

### **1. Balkonik rehabilitacyjny trójfunkcyjny - 2 szt.**

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Balkonik rehabilitacyjny trójfunkcyjny	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Balkonik ma łączyć w sobie trzy funkcje - kroczącą, stałą oraz stałą z kółkami	Tak	
4.	Stabilna i wytrzymała konstrukcja – aluminium, poliuretan	Tak	
5.	Składana rama aluminiowa	Tak	
6.	Możliwość zablokowania funkcji kroczącej	Tak	

7.	Wymienne stopki podporowe zakończone gumą	Tak	
8.	Dodatkowe wymienne stopki przednie wyposażone w kółka o średnicy 12 cm (+/- 1 cm)	Tak, podać	
9.	Ergonomiczne uchwyty	Tak	
10.	Szerokość: 60 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
11.	Wysokość: 82,5 - 100 cm, regulowana skokowo co 2,5 cm (+/- 5 cm)	Tak, podać	
12.	Głębokość: 40 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
12.	Maksymalne obciążenie: 110 kg	Tak, podać	
13.	Waga max. 2,7 kg (+/- 0,3 kg)	Tak, podać	
14.	Kolor szary/srebrny	Tak, podać	
15.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	TAK, podać	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	TAK	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	

5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

## 2. Wózek inwalidzki - 2 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Wózek inwalidzki	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Składana rama aluminiowa o konstrukcji krzyżakowej, kolor srebrny	Tak	
4.	Miękkie, zdejmowane, zmywalne siedzisko i oparcie, kolor czarny/szary/granatowy	Tak, podać	
5.	Składane oparcie	Tak	

6.	Uchylne i odpinane podnóżki z regulacją wysokości w zakresie 29 – 41 cm	Tak, podać	
7.	Podnóżki zaopatrzone w pasy zabezpieczające stopy	Tak	
8.	Podłokietniki uchylne z funkcją demontażu	Tak	
9.	Pas zabezpieczające przed wypadnięciem	Tak	
10.	Koła przednie bezobstugowe pełne o średnicy 6" lub 7"	Tak, podać	
11.	Koła tylne pełne lub pneumatyczne o średnicy 24"	Tak, podać	
12.	Koła tylne bezobstugowe- szybkozłączki (funkcja szybkiego demontażu kół)	Tak	
15.	Koła anty-wywrotne z regulacją wychyłu	Tak	
16.	Aluminiowe ciągi	Tak	
17.	Podwójny system hamowania	Tak	
18.	Hamulec dla opiekuna z funkcją blokady postojowej	Tak	
19.	Hamulec dla pacjenta z regulacją docisku	Tak	
20.	Stopki dla opiekuna umożliwiające podnoszenie wózka stopą	Tak	
21.	Ergonomiczne ręczki dla opiekuna	Tak	
22.	Elementy odblaskowe w kołach tylnych lub ramie	Tak	
23.	Szerokość siedziska 48 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	



24.	Minimalna głębokość siedziska 42 cm (+/- 3 cm)	Tak, podać	
25.	Wysokość wózka max. 96 cm	Tak, podać	
26.	Wysokość oparcia od 40 - 50 cm	Tak, podać	
27.	Maksymalne obciążenie: 125 kg ( +/- 5 kg)	Tak, podać	
28.	Waga wózka max. 15 kg	Tak, podać	
29.	Szerokość wózka 70 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
30.	Szerokość po złożeniu max. 33 cm	Tak, podać	
31.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	TAK	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	tak	
6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	

### 3. Podpórka (chodzik) czterokołowa stalowa z podparciem pod łokcie - 1 szt.

1	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2	Kraj producenta	
3	Nazwa, model, typ urządzenia	
4	Rok produkcji 2021	

Lp.	Opis przedmiotu	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Podpórka (chodzik) czterokołowa stalowa z podparciem pod łokcie	Tak	
2.	Sprzęt fabrycznie nowy (nie powystawowy)	Tak	
3.	Rama stalowa, z możliwością złożenia	Tak	
4.	Kolor szary/srebrny	Tak, podać	
5.	Płynna regulacja wysokości podłokietników / uchwytów śrubami dociskowymi (regulacja wysokości w zakresie 16 cm);	Tak	
6.	Siedzisko miękkie, tapicerowane	Tak	
7.	Wysokość siedziska 55 cm ( +/- 3 cm)	Tak, podać	
8.	Wymiary siedziska szer. 43 x gł. 24 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	

9.	Pod siedziskiem wysuwana tacka na drobne przedmioty (ok 2 cm głębokości). Tackę można całkowicie wyciągnąć i położyć na koszyku	Tak	
10.	Wysokość: 100 -115 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
11.	Szerokość: 62 – 65 cm (+/- 2 cm)	Tak, podać	
12.	Dopuszczalne obciążenie 120 kg	Tak, podać	
13.	Masa całkowita max. 11 kg	Tak, podać	
14.	Koła pełne w wielkości 18 - 20 cm	Tak, podać	
15.	Przednie koła skrętne	Tak	
16.	Tylne koła z hamulcami wraz z zaciskiem postojowym	Tak	
17.	Dodatkowy, miękki uchwyt, który spełnia także funkcję oparcia	Tak	
18.	Certyfikaty/atesty dopuszczające stosowanie na rynku polskim (min. CE,PZH)	Tak, podać	
<b>Gwarancja i Serwis</b>			
1.	Okres gwarancji	Tak, podać	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis.	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max. 24 godziny	Tak	
4.	Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu.	Tak, podać	
5.	Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).	Tak	

6.	Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty instalacji/uruchomienia urządzenia.	Tak	
----	---	-----	--

Lp.	Nazwa produktu	Jm	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem netto	Stawka VAT	Wartość podatku VAT	Wartość ogółem brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Balkonik rehabilitacyjny trójfunkcyjny	szt.	2						
2.	Wózek inwalidzki	szt.	2						
3.	Podpórka (chodzik) czterokołowa stalowa z podparciem pod łokcie	szt.	1						
					RAZEM				

**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. Dane dotyczące oferenta:**

Nazwa .....

Siedziba .....

Tel. / fax. ....

NIP .....

REGON .....

E-mail .....

**2. Zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia za łączną kwotę:**

**Pakiet nr 1**

**Netto:** ....., **VAT:** ....., **Brutto:** .....

**(słownie brutto: ..... złotych).**

**Pakiet nr 2**

**Netto:** ....., **VAT:** ....., **Brutto:** .....

**(słownie brutto: ..... złotych).**

**Pakiet nr 3**

**Netto:** ....., **VAT:** ....., **Brutto:** .....

**(słownie brutto: ..... złotych).**

**Pakiet nr 4**

**Netto:** ....., **VAT:** ....., **Brutto:** .....

**(słownie brutto: ..... złotych).**

**Pakiet nr 5**

**Netto:** ....., **VAT:** ....., **Brutto:** .....

**(słownie brutto: ..... złotych).**

**Pakiet nr 6**

**Netto:** ....., **VAT:** ....., **Brutto:** .....



Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 7**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 8**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 9**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 10**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 11**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 12**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 13**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 14**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 15**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Pakiet nr 16**

Netto: ....., VAT: ....., Brutto: .....

(słownie brutto: ..... złotych).

**Szczegółowe wyliczenie poszczególnych pozycji zawiera zestawienie specyfików (formularz asortymentowo cenowy) stanowiące załącznik do Formularza Ofertowego**

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

4. Oświadczamy, że akceptujemy zawarty w Specyfikacji Warunków Zamówienia projekt umowy i zobowiązujemy się do jej podpisania w przypadku wyboru naszej oferty.

5. Oświadczamy, że na przedmiot zamówienia udzielamy gwarancji na okres:

Pakiet nr 1

..... lat gwarancji

Pakiet nr 2

..... lat gwarancji

Pakiet nr 3

..... lat gwarancji

Pakiet nr 4

..... lat gwarancji

Pakiet nr 5

..... lat gwarancji

Pakiet nr 6

..... lat gwarancji

Pakiet nr 7

..... lat gwarancji

Pakiet nr 8

..... lat gwarancji

Pakiet nr 9

..... lat gwarancji

Pakiet nr 10

..... lat gwarancji

Pakiet nr 11  
..... lat gwarancji

Pakiet nr 12  
..... lat gwarancji

Pakiet nr 13  
..... lat gwarancji

Pakiet nr 14  
..... lat gwarancji

Pakiet nr 15  
..... lat gwarancji

Pakiet nr 16  
..... lat gwarancji

6. Z naszej strony realizację zamówienia koordynować będzie: ..... tel.  
....., e-mail.....
7. Oferta zawiera/nie zawiera \* informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
8. Oświadczamy, iż wybranie naszej oferty jako najkorzystniejszej **nie wiąże/wiąże\*** się dla Zamawiającego z poniesieniem żadnych dodatkowych kosztów podwyższających cenę oferty, w szczególności wynikających z powstania obowiązku podatkowego, po stronie Zamawiającego  
.....
9. Oświadczam, że firma, którą reprezentuję jest: mikroprzedsiębiorstwem\*, małym przedsiębiorstwem \*, średnim przedsiębiorstwem\* dużym przedsiębiorstwem\*.
10. Oświadczam, że zamierzam/nie zamierzam\* powierzyć następującej części zamówienia  
..... podwykonawcom.....
11. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego. Osobami uprawnionymi do reprezentowania firmy, które będą podpisywać umowę są:

.....  
stanowisko

.....  
imię i nazwisko

12. Oświadczenie Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub 14 RODO:

*„Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 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.” \*\*\**





Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



**\*\*\* 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 – przekreśla treść oświadczenia.**

**\* - niepotrzebne skreślić**

.....  
imię i nazwisko podpis uprawnionego  
przedstawiciela oferenta

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  
ul. Żeromskiego 28  
29-100 Włoszczowa

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako u.p.z.p.),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II”, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w **pkt .....** **SWZ**, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:



Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



.....,  
w następującym zakresie: .....

..... (wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

*Uwaga: W przypadku gdy Wykonawca nie powołuje się na zasoby podmiotów trzecich w przedmiotowym postępowaniu oświadczenie należy wykreślić. Zamawiający równoznacznie ze skreśleniem oświadczenia będzie rozumiał nie uzupełnienie jego treści.*

#### **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.

.....

Załącznik nr 3 b

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  
ul. Żeromskiego 28  
29-100 Włoszczowa

**Wykonawca**

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

*podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy udostępniającego zasoby**

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

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako u.p.z.p.),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**”, oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **SWZ**, w następującym zakresie **tj. dotyczy warunku udziału określonego w pkt ..... SWZ**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**



Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



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.

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  
ul. Żeromskiego 28  
29-100 Włoszczowa

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2021 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako u.p.z.p.),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II”, oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy u.p.z.p.  
Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ustawy u.p.z.p. w zakresie określonym przez Zamawiającego w SWZ.

2. Oświadczam, że **zachodzą** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 6 lub 109 ust 1 pkt 2-5, 7-10, ustawy u.p.z.p.). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 uu.p.z.p. podjąłem następujące środki naprawcze:

.....  
.....

*Uwaga: W przypadku gdy nie zachodzą w stosunku do Wykonawcy okoliczności o których mowa w oświadczenia należy wykreślić treść oświadczenia. Zamawiający równoznacznie ze skreśleniem oświadczenia będzie rozumiał nie uzupełnienie jego treści*

#### **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.

.....

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  
ul. Żeromskiego 28  
29-100 Włoszczowa

**Wykonawca:**

.....

.....

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

reprezentowany przez:

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2021 r.

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako u.p.z.p.),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**”, oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy u.p.z.p. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ustawy u.p.z.p. w zakresie określonym przez Zamawiającego w SWZ.
2. Oświadczam, że **zachodzą** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych*





Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 6 lub 109 ust 1 pkt 2-5, 7-10, ustawy u.p.z.p.). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 u.p.z.p. podjąłem następujące środki naprawcze: .....

*Uwaga: W przypadku gdy nie zachodzą w stosunku do Wykonawcy okoliczności o których mowa w oświadczeniu należy wykreślić treść oświadczenia. Zamawiający równoznacznie ze skreśleniem oświadczenia będzie rozumiał niezuzpełnienie jego treści*

**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.

.....

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

### WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH W CIĄGU OSTATNICH TRZECH LAT DOSTAW

Niniejszym oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat, podmiot, który reprezentuje w niniejszym postępowaniu zrealizował/realizuje wymienione w tabeli dostawy/usługi, o charakterze tożsamym z przedmiotem zamówienia określonym w SWZ.

Wymagane informacje należy podać za okres ostatnich trzech lat, a w przypadku, gdy okres prowadzenia działalności jest krótszy – za ten okres.

Lp.	Nazwa Zamawiającego u którego wykonano lub wykonuje się zamówienie	Adres Zamawiającego	Terminy realizacji zamówienia	Wartość zamówienia brutto

W załączeniu dokumenty / referencje / potwierdzające należyte wykonanie/wykonywanie wyszczególnionych wyżej zamówień

Miejsce i data .....

.....  
**Podpisy i pieczętki imienne przedstawicieli  
Wykonawcy upoważnionych do jego  
reprezentowania**

**„Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności  
do tej samej grupy kapitałowej”**

W związku z udziałem w postępowaniu pn. .... jako **Wykonawca/ Podmiot udostępniający zasoby\*** ubiegający się o udzielenie zamówienia ..... (nazwa Wykonawcy) oświadczam, że:

1) nie przynależę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę;<sup>1</sup>

2) przynależę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086) z następującym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, tj.:<sup>1</sup>

.....

.....

(nazwa i adres Wykonawcy, który przynależy do tej samej grupy kapitałowej i złożył odrębną ofertę)

Jednocześnie w celu wykazania braku podstawy wykluczenia składam dokumenty/informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od Wykonawcy wskazanego w pkt 2 powyżej.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić lub usunąć

<sup>2</sup> w przypadku złożenia oświadczenia w pkt 2 należy przedłożyć wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty lub przedstawić informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od Wykonawcy przynależącego do tej samej grupy kapitałowej

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  
ul. Żeromskiego 28  
29-100 Włoszczowa

**Wykonawca:**

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*  
reprezentowany przez:

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy Podmiotu udostępniającego zasoby\***

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu,**

**o którym mowa w art. 125 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2021 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako u.p.z.p.),**

**w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania określonych w SWZ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

.....  
prowadzonego przez Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II,  
oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust 1 u.p.z.p. w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania określonych w SWZ o których mowa:

- w art. 108 ust 1 pkt 1, 3, 4, 5, 6 u.p.z.p.,
- w art. 109 ust 1 pkt 1 u.p.z.p.



Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



pozostają aktualne oraz są zgodne z prawdą i zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu tych informacji.

\* Niepotrzebne skreślić

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

Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

- 1) ..... (nazwa i adres Wykonawcy)
- 2) ..... (nazwa i adres Wykonawcy)
- 3) ..... (nazwa i adres Wykonawcy)

w postępowaniu pn. .... oświadczamy, że:

- 1) warunek udziału w postępowaniu, o którym mowa w rozdziale XI.I ust. 1 lit d SWZ spełnia:

.....

.....

(wskazanie danych Wykonawcy spełniającego warunek)

**Oświadczamy, że wskazany powyżej Wykonawca wykona dostawy/usługi, do których spełnienie warunków, o których mowa w rozdziale XI.I ust. 1 lit d SWZ jest wymagane, tj. zakres przedmiotowy określony w przedmiocie zamówienia.**

## Załącznik Nr 9

### UMOWA NR .... /.... /2021

zawarta we Włoszczowie w dniu .....2021 roku pomiędzy:

1. **Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpitalem Powiatowym im. Jana Pawła II**, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa; wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym w Kielcach, X Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS: 0000057160,

NIP 656-18-55-908, REGON 000304295, reprezentowanym przez:

.....,

przy kontrasygnacie.....,

zwanym dalej „**Zamawiającym**”,

a

2. ....

.....

reprezentowaną przez:

zwaną dalej „**Wykonawcą**”,

.....

zwanymi dalej łącznie „Stronami”, a osobno „Stroną”,

o następującej treści:

Niniejsza Umowa została zawarta w wyniku rozstrzygnięcia trybu podstawowego bez negocjacji na podstawie art. 275 pkt 1, przeprowadzonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.). Strony Umowy w wyniku tego rozstrzygnięcia ustalają, co następuje.

Strony Umowy w wyniku tego rozstrzygnięcia ustalają, co następuje:

#### § 1 Przedmiot umowy

1. Przedmiotem Umowy jest zakup i dostawa sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego do Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie zwanego dalej urządzeniem/urządzeniami w asortymencie, ilościach i po cenach określonych w formularzu ofertowym – załącznik nr 21 do niniejszej Umowy. Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy będzie zgodny ze złożoną ofertą. Integralną część umowy stanowi formularz asortymentowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej Umowy.
2. Wykonawca oświadcza, że przedmiot umowy jest fabrycznie nowy, niekondycjonowany, niepowystawowy, wyprodukowany w roku 2021, kompletny, dobrej jakości, wolny od wad fizycznych i prawnych, posiada wymagane przepisami prawa polskiego atesty

i spełnia normy obowiązujące dla tego rodzaju sprzętu na terenie RP, a także nie jest przedmiotem egzekucji ani zabezpieczony zastawem. Wykonawca oświadcza, że do przedmiotu umowy nie mają żadnego tytułu prawnego osoby trzeciej. W zakres Przedmiotu umowy wchodzi w szczególności:

- 1) Zakup i dostawa kompletnego sprzętu do siedziby Zamawiającego,
- 2) Instalacja, montaż i uruchomienie dostarczonego sprzętu,
- 3) Przeprowadzenie szkolenia dla wyznaczonych pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania i eksploatacji dostarczonego sprzętu – w siedzibie Zamawiającego,
- 4) Serwis gwarancyjny dostarczonego sprzętu.

### **§2 Wartość umowy**

1. Wartość niniejszej Umowy wynosi ..... (słownie:..... 00/100) zł netto plus należny podatek VAT w wysokości ... %, co daje wartość brutto: ..... (słownie: ..... 00/100) zł.
2. Urządzenia/Produkty, o których mowa w § 1 ust. 1 Umowy, dostarczane będą po cenach określonych w Załączniku nr 1.
3. Wynagrodzenie umowne ustalone w § 2 ust. 1 jest niezmiennie do zakończenia wykonania niniejszej Umowy.
4. Cena, o której mowa w ust. 1 obejmuje w szczególności:
  - 1) wartość przedmiotu Umowy,
  - 2) koszty pakowania i wymaganego oznakowania dla potrzeb transportu sprzętu,
  - 3) wszelkie koszty transportu sprzętu do Zamawiającego,
  - 4) koszty ubezpieczenia sprzętu do dnia przekazania sprzętu do eksploatacji,
  - 5) koszty załadunku i rozładunku sprzętu u Zamawiającego,
  - 6) wszelkie koszty opłat pośrednich (cła), opłaty i należności celne, podatek VAT,
  - 7) wszelkie koszty dojazdów, związane z wykonaniem umowy nie wymienione powyżej,
  - 8) koszty przeszkolenia pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie,
  - 9) koszty wymaganych przeglądów gwarancyjnych w okresie gwarancji,
  - 10) wszelkie inne koszty nie wymienione a ponoszone przez Wykonawcę związane z realizacją niniejszej umowy.
5. Wykonawca oświadcza, że ewentualna zmiana wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, a także ewentualna zmiana zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne nie będą miały wpływu na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę.

### **§ 3 Warunki płatności**

1. Płatność nastąpi po należyтым wykonaniu przedmiotu Umowy, przelewem w terminie 60 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury, na rachunek wskazany w jej



treści z zastrzeżeniem zastosowania mechanizmu podzielonej płatności polegającym na tym, że:

- a) zapłata kwoty odpowiadającej całości kwoty podatku wynikającej z otrzymanej faktury jest dokonywana na rachunek VAT;
  - b) zapłata całości kwoty odpowiadającej wartości sprzedaży netto wynikającej z otrzymanej faktury jest dokonywana na rachunek bankowy albo na rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, dla których jest prowadzony rachunek VAT, albo jest rozliczana w inny sposób;
  - c) podstawą do wystawienia faktury będzie podpisany protokół, o którym mowa w § 4 ust. 3.
2. Jako datę zapłaty faktury przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
  3. Wykonawca nie może przenieść wierzytelności na osobę trzecią bez zgody Zamawiającego i podmiotu tworzącego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
  4. Wyklucza się stosowanie przez strony umowy konstrukcji prawnej, o której mowa w art. 518 Kodeksu Cywilnego (w szczególności Wykonawca nie może zawrzeć Umowy poręczenia z podmiotem trzecim) oraz wszelkich innych konstrukcji prawnych skutkujących zmianą podmiotową po stronie wierzyciela.
  5. Naruszenie zakazu określonego w ust. 3 i ust. 4, skutkować będzie dla Wykonawcy obowiązkiem zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości scedowanego/spełnionego przez osobę trzecią świadczenia.
  6. W przypadku opóźnienia płatności przez Zamawiającego i naliczenia odsetek przez Wykonawcę, zaliczenie spłat dokonywanych przez Zamawiającego będzie następowało w pierwszej kolejności na należność główną, a po jej zaspokojeniu na należności uboczne (odsetki) – chyba że Zamawiający wskaże inaczej.

#### **§ 4 Warunki dostawy**

1. Wykonawca zobowiązany jest do wykonania przedmiotu Umowy, w nieprzekraczalnym terminie ..... tygodni od dnia podpisania umowy, tj. do dnia .....
2. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia przedmiotu Umowy do siedziby Zamawiającego.
3. Za termin wykonania przedmiotu umowy rozumie się termin przekazania i montażu sprzętu i wyposażenia oraz przeszkolenia pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie, co zostanie potwierdzone podpisaniem protokołu odbioru bez uwag i zastrzeżeń przez Wykonawcę i Zamawiającego, chyba że na pisemną prośbę Wykonawcy, Zamawiający wyrazi zgodę na rezygnację z instalacji, montażu, uruchomienia i szkolenia pracowników. W takim wypadku za termin wykonania przedmiotu umowy rozumie się termin przekazania sprzętu i wyposażenia wraz z oświadczeniem, że zapoznanie się użytkowników z instrukcją

obsługi jest wystarczające dla bezpiecznej instalacji, montażu, uruchomienia i użytkowania urządzeń, a wynikię z tego powodu ewentualne niewłaściwe użytkowanie nie będzie stanowić podstaw do odmowy napraw gwarancyjnych.

4. Wykonawca jest odpowiedzialny za prawidłowe przygotowanie sprzętu do użytkowania.
5. Wraz ze sprzętem Wykonawca prześle Zamawiającemu następujące dokumenty w języku polskim:
  - 1) instrukcję obsługi sprzętu,
  - 2) niezbędną dokumentację techniczną sprzętu,
  - 3) Testy akceptacyjne (odbiorowe),
  - 4) Testy specjalistyczne sprzętu,
  - 5) wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji sprzętu,
  - 6) kopię dokumentów w języku polskim dopuszczających sprzęt do obrotu i do używania wydanych przez podmioty upoważnione do wydawania: deklaracje zgodności, certyfikat CE wystawiony przez jednostkę notyfikowaną (jeżeli dotyczy), wpis lub zgłoszenie do rejestru (jeżeli dotyczy), paszporty techniczne,
  - 7) protokół lub protokoły dotyczące przedmiotu umowy przygotowuje Wykonawca.

#### **§ 5 Odpowiedzialność stron**

1. Wykonawca jest odpowiedzialny za dostawę przedmiotu Umowy oraz za dostarczenie wraz ze sprzętem, dokumentów wymienionych w warunkach dostawy.
2. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność za wszelkie roszczenia osób trzecich z tytułu naruszenia przez niego cudzych praw w tym praw autorskich w związku z realizacją niniejszej umowy.

#### **§ 6 Gwarancja**

1. Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt został dopuszczony do użytku w służbie zdrowia, jest nowy, kompletny oraz odpowiada wszelkim wymaganiom określonym w odpowiednich przepisach prawa.
2. Wykonawca udziela .....miesiący gwarancji na dostarczony sprzęt.
3. Gwarancja biegnie od daty podpisania przez Strony bez uwag i zastrzeżeń protokołu odbioru, o którym mowa w § 4 ust. 3.
4. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności celnych, związanych z ewentualną wymianą wadliwego sprzętu na nowy, jego wysyłką, odbiorem i dostarczeniem do Zamawiającego lub z importem części zamiennych bez udziału Zamawiającego.
5. Wykonawca w ramach udzielonej gwarancji odpowiada również za braki ilościowe w przedmiocie Umowy, stwierdzone u Zamawiającego po rozpakowaniu sprzętu na podstawie specyfikacji katalogowej (handlowej) sprzętu.
6. Wykonawca ma obowiązek naprawy wadliwego sprzętu w ciągu maksymalnie 48 godzin od chwili rozpoczęcia naprawy. Czas reakcji serwisu od przyjęcia zgłoszenia

- od Zamawiającego awarii - telefonicznie, faksem lub e-mailem do rozpoczęcia prac związanych z jej usuwaniem w ciągu 24 godzin. Nieprzystąpienie Wykonawcy do naprawy gwarancyjnej w ustalonym Umową terminie lub nie usunięcie usterek w ustalonym Umową terminie, uprawnia Zamawiającego, bez uprzedniej zgody Sądu, do dokonania naprawy zastępczej na koszt i ryzyko Wykonawcy, bez utraty uprawnień wynikających z gwarancji.
7. Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancyjnego o czas trwania naprawy, w przypadku wymiany sprzętu lub jego części gwarancja biegnie od nowa.
  8. Konieczność dokonania trzeciej naprawy tego samego elementu, podzespołu w okresie gwarancyjnym powoduje wymianę tego elementu, podzespołu na wolny od wad lub wymianę całego sprzętu na pełnowartościowy. Wymiana winna nastąpić w nieprzekraczalnym terminie 5 dni roboczych od daty zgłoszenia trzeciej naprawy.
  9. Zgodnie z zaleceniami producenta Wykonawca przeprowadzi w okresie ..... lat gwarancji bezpłatnie, wszystkie wymagane przeglądy techniczne wraz z wymianą zestawów serwisowych. Wszelkie koszty związane z przeglądem w szczególności koszt dojazdu serwisu i roboczogodzin pokrywa Wykonawca.
    - 1) o terminie przeprowadzenia przeglądu technicznego, konserwacji i napraw Wykonawca powiadomi pisemnie personel obsługi sprzętu, nie później niż na 7 dni przed dniem przeprowadzenia ww. czynności,
    - 2) przeprowadzenie przeglądu technicznego, konserwacji, napraw Wykonawca potwierdzi stosownie protokołem i przekaze protokół Zamawiającemu.
  10. Celem wykonania usług serwisowych personel Wykonawcy uzyska dostęp do sprzętu w godzinach pracy Zamawiającego (po uprzednim uzgodnieniu tego terminu z Zamawiającym).
  11. Wykonawca jest zobowiązany do sporządzenia protokołu przeglądu technicznego w ostatnim dniu upływu gwarancji poszczególnych elementów, podzespołów sprzętu. Przeprowadzenie przeglądu technicznego elementów, podzespołów i całego sprzętu Wykonawca potwierdzi stosownym protokołem i przekaze protokół Zamawiającemu.
  12. W razie odrzucenia reklamacji przez Wykonawcę, Zamawiający może wystąpić z wnioskiem o spowodowanie przeprowadzenia ekspertyzy.
  13. Jeżeli reklamacja Zamawiającego okaże się uzasadniona, koszty związane z przeprowadzeniem ekspertyzy ponosi Wykonawca.
  14. Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu 10-letni dostęp do części zamiennych, materiałów zużywalnych oraz autoryzowanego serwisu pogwarancyjnego.
  15. Montaż i obsługa serwisowa / gwarancyjna prowadzona będzie przez serwis gwarancyjny Wykonawcy, przy czym Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania w/w Autoryzowanego Serwisu jak za własne działania i zaniechania.

### **§ 7 Kary umowne**

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przedmiotu Umowy w formie kar umownych.
2. Zamawiający może naliczyć wobec Wykonawcy kary umowne:
  - 1) w wysokości 10% wynagrodzenia umownego (brutto), o którym mowa w § 2 ust. 1 gdy Zamawiający odstąpi od Umowy z powodu okoliczności, za które odpowiada Wykonawca,
  - 2) w wysokości 0,2% wynagrodzenia umownego (brutto), o którym mowa w § 2 ust. 1 za niedostarczenie w terminie przedmiotu Umowy, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki,
  - 3) w wysokości 0,2 % wynagrodzenia umownego (brutto), o którym mowa w § 2 ust. 1 za każde 24 godziny zwłoki w wykonywaniu napraw gwarancyjnych i wymiany sprzętu na nowy o których mowa w § 6 ust. 6 i 8.
3. W przypadku, gdy szkoda poniesiona przez Zamawiającego przewyższa wysokość kar umownych – Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych określonych przepisami Kodeksu cywilnego.
4. Kary umowne płatne będą w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania przez Wykonawcę stosownej noty, na rachunek bankowy wskazany w jej treści.
5. Zamawiający ma prawo potrącać kary umowne z wynagrodzenia Wykonawcy, na co niniejszym Wykonawca wyraża zgodę.
6. Kary umowne mogą podlegać sumowaniu, jednakże ich łączna wysokość nie może przekroczyć 70% wynagrodzenia brutto o którym mowa w § 2 Umowy.
7. Postanowienia dotyczące kar umownych i odszkodowania zachowują swą moc również w przypadku odstąpienia od Umowy.

### **§ 8 Odstąpienie od umowy.**

1. Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy:
  - 1) Z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w szczególności:
    - a) w przypadku niedostarczenia aktualnych dokumentów wymienionych w § 4 ust. 5.
    - b) w przypadku zwłoki z dostawą sprzętu ponad 14 dni od terminu określonego w § 4 ust. 1
  - 2) W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia Umowy.
2. Zamawiający może odstąpić od Umowy w terminie 60 dni od powzięcia wiadomości o okolicznościach, o których mowa w ust. 1.
3. Odstąpienie od niniejszej Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności oraz powinno zawierać uzasadnienie.

### **§ 9 Ochrona danych osobowych**

1. Strony przekazują sobie wzajemnie dane osobowe przedstawicieli Stron w celu realizacji obowiązków wynikających z niniejszej Umowy. Udostępnione dane osobowe obejmują wyłącznie: imię i nazwisko, stanowisko, dane kontaktowe (e-mail, numer telefonu, fax).

2. W stosunku do ww. danych osobowych Strony działają w zgodzie z obowiązkami nałożonymi na nie odpowiednio przez przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, w szczególności RODO i lokalne regulacje wydane na podstawie RODO.
3. Strony zobowiązują się do wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych w celu zapewnienia ochrony przetwarzanym danym osobowym. Stopień ochrony danych osobowych powinien być odpowiedni w stosunku do stopnia ryzyka naruszenia praw i wolności osób fizycznych w razie ich nieuprawnionego ujawnienia, przejęcia, przetwarzania, zmieniania, utraty albo zniszczenia.

### **§ 10 Postanowienia końcowe.**

1. Spory, mogące wyniknąć przy wykonywaniu niniejszej Umowy, strony zobowiązują się rozstrzygnąć polubownie, w razie braku możliwości polubownego załatwienia sporów, będą one rozstrzygane przez Sąd Powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają dla swej ważności, formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
3. Jeśli Wykonawca nie przystąpi do wykonania przedmiotu Umowy, usunięcia wad stwierdzonych przy odbiorze lub ich nie usunie w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, Zamawiający może powierzyć wykonanie tych czynności osobie trzeciej na koszt i ryzyko Wykonawcy.
4. Strony oświadczają, że mają prawo do zawarcia Umowy o niniejszej treści i że postanowienia Umowy nie naruszają praw osób trzecich.
5. Strony zobowiązują się, każda w swoim zakresie, do współdziałania przy wykonaniu niniejszej Umowy.
6. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego oraz obowiązujące przepisy wykonawcze.
7. Wykonawca zobowiązuje się, że dochodzenie zaległych należności wynikających z niniejszej Umowy w postępowaniu procesowym, poprzedzone będzie postępowaniem pojedynczym wskazanym w art. 184-186 kodeksu postępowania cywilnego.
8. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
9. Niniejsza Umowa obowiązuje od daty jej zawarcia .....
10. Formularz ofertowy i formularz asortymentowy stanowią załączniki nr 1 i 2 do niniejszej Umowy.

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**