**znak sprawy: DZP.271.36.2022**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zadanie nr 1**

#### FORMULARZ OFEROWANEGO SPRZĘTU

## LAMPA OPERACYJNA LED, 2 CZASZOWA z przygotowaniem pod kamerę – 2 zestawy

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

#### 

# OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEJ LAMPY OPERACYJNEJ LED, 2 CZASZOWEJ z przygotowaniem pod kamerę (2 zestawy)

1. Nazwa producenta:

…………………………………………………………………………

1. Nazwa i typ/model Sprzętu:

…………………………………………………………………………

1. Kraj pochodzenia:

…………………………………………………………………………

1. Rok produkcji ………………………………………………………...
2. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
3. Dostawę i uruchomienie urządzeń należy wykonać najpóźniej   
   do dnia **15-12-2022r.**
4. Urządzenia po dostawie i uruchomieniu muszą być gotowe do realizacji badań bez koniecznego zakupu dodatkowego wyposażenia czy oprogramowania.

# ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO- UŻYTKOWYCH LAMPY OPERACYJNEJ LED, 2 CZASZOWEJ z przygotowaniem pod kamerę - (2 zestawy)

TABELA „A”:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **/podać** | **Parametr oceniany** |
| I. | **PARAMETRY PODSTAWOWE:** | | | |
| 1 | Lampa operacyjna wyposażona w dwie oprawy oświetleniowe (lampa główna i satelita), przystosowana do zamontowania w sali bez lub  z sufitem podwieszonym.  W załączeniu rys. i dane dotyczące miejsca montażu. | TAK, opisać |  |  |
| 2 | Każda lampa mocowana na oddzielnym układzie ramion podwójnych (w tym jedno ramię uchylne) oraz dwuczęściowej obejmie zapewniające wysoką mobilność tzn. możliwość obrotu we wszystkich przegubach o kąt 360° | TAK |  |  |
| 3 | Każda lampa mocowana na oddzielnym układzie ramion podwójnych (w tym jedno ramię uchylne) oraz dwuczęściowej obejmie zapewniające wysoką mobilność tzn. możliwość obrotu we wszystkich przegubach o kąt 360° | TAK |  |  |
| 4 | Oprawy oświetleniowe okrągła, płaska, wykorzystujące technologię diod świecących LED. | TAK |  |  |
| 5 | Lampa emituje światło homogenne (nie dopuszcza się rozwiązań oświetleniowych z różnokolorowymi modułami oświetlającymi). | TAK |  |  |
| 6 | Lampy o konstrukcji zwartej, okrągłej, o średnicy zewnętrznej nie większej niż 76 cm, łatwe do utrzymania w czystości - dla czaszy głównej. | TAK, podać |  | Średnica zewnętrzna:  70 - 72 cm – **2 pkt**  73 – 76 cm – **0 pkt** |
| 7 | Lampy o konstrukcji zwartej, okrągłej, o średnicy zewnętrznej nie większej niż 60 cm, łatwe do utrzymania w czystości - dla satelity. | TAK, podać |  | Średnica zewnętrzna:  55 - 57 cm – **2 pkt**  58 - 60 cm – **0 pkt** |
| 8 | Lampa główna: matryca diodowa złożona z maksymalnie 46 punktów LED. | TAK, podać |  | Ilość punktów LED:  40 diod LED i mniej – **2 pkt**.  41- 46 diod LED – **0 pkt** |
| 9 | Satelita: matryca diodowa złożona z maksymalnie 33 punktów LED. | TAK, podać |  | Ilość punktów LED:  28 diod i mniej **– 2 pkt.**  29 - 33 diody – **0 pkt.** |
| 10 | Lampa główna: oprawa o natężeniu oświetlenia min. 160 kLux / 1 m. | TAK, podać |  |  |
| 11 | Satelita: oprawa o natężeniu oświetlenia  min. 140 kLux / 1 m. | TAK, podać |  |  |
| 12 | Lampa główna – zakres regulacji średnicy pola operacyjnego:, co najmniej 20 ÷ 30 cm. (ze względu na bezpieczeństwo nie dopuszcza się rozwiązania umożliwiającego zmianę średnicy pola operacyjnego przez osobę brudną np. z panelu ściennego lub panelu przy lampie). | TAK, podać |  |  |
| 13 | Satelita – zakres regulacji średnicy pola operacyjnego: co najmniej 18 ÷ 28 cm. (ze względu na bezpieczeństwo nie dopuszcza się rozwiązania umożliwiającego zmianę średnicy pola operacyjnego przez osobę brudną np. z panelu ściennego lub panelu przy lampie). | TAK, podać |  |  |
| 14 | Średnica oświetlanego pola przy oświetleniu 10% Ec (d10) wg 50.102.1.3 normy IEC 60601-2-41 dla lampy głównej min.200mm. | TAK, podać |  |  |
| 15 | Średnica oświetlanego pola przy oświetleniu 10% Ec (d10) wg 50.102.1.3 normy IEC 60601-2-41 dla satelity min.170mm | TAK, podać |  |  |
| 16 | Średnica oświetlanego pola przy oświetleniu 10% Ec (d50) wg 50.102.1.3 normy IEC 60601-2-41 dla głównej i satelity min.100mm | TAK, podać |  |  |
| 17 | Współczynnik odwzorowania barw - Ra:  min. 95 | TAK, podać |  |  |
| 18 | Głębia oświetlenia 20% - min. 1450mm dla czaszy głównej | TAK, podać |  |  |
| 19 | Głębia oświetlenia 20% - min. 1200mm dla czaszy satelitarnej | TAK, podać |  |  |
| 20 | Współczynnik odwzorowania koloru czerwonego – R9: min. 93 | TAK, podać |  |  |
| 21 | Temperatura barwowa 4500 °K | TAK |  |  |
| 22 | Przyrost temperatury w obszarze głowy chirurga: nie większy niż 0,5 °C. | TAK |  |  |
| 23 | Możliwość regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej 50 ÷ 100 %, oddzielnie dla każdej czaszy, regulatorem umieszczonym na czaszy. | TAK |  |  |
| 24 | Każda z czasz posiadająca funkcję oświetlenia endoskopowego polegająca na szybkim obniżeniu natężenia oświetlenia lampy do wartości 2-5% wartości EC . | TAK |  |  |
| 25 | Każda z czasz posiadająca funkcję doświetlenia centralnej części pola oświetlanego polegająca na szybkim zwiększeniu natężenia oświetlenia diod położonych w centrum oprawy przy zachowaniu założonego EC lampy; funkcja włączana przez operatora i personel pomocniczy. | TAK |  |  |
| 26 | Żywotność układu świetlnego min. 45000 h. | TAK |  | 45000 h – **0 pkt.**  Więcej niż 45000 – **2 pkt.** |
| 27 | Lampa wyposażona we wskaźnik umożliwiający natychmiastową identyfikację środka pola oświetleniowego. Wskaźnik wygasa samoistnie po paru sekundach od włączenia. | TAK |  |  |
| 28 | Uchwyty „brudne” na obrzeżu czaszy, umożliwiające manipulowanie lampą przez personel pomocniczy. | TAK |  |  |
| 29 | Sterylizowalny uchwyt umieszczony asymetrycznie w czaszy lampy. | TAK |  |  |
| 30 | Każda z opraw wyposażona w panel, umieszczony na czaszy z funkcjami:  - włącz/ wyłącz  - doświetlenie centralnej części pola operacyjnego  - włączanie wskaźnika laserowego  - funkcja oświetlenia endoskopowego polegająca na szybkim obniżeniu natężenia oświetlenia lampy do wartości 2-5% wartości EC  - Regulacja Temperatury barwowej  - regulacja natężenia oświetlenia. | TAK |  |  |
| 31 | Każda z lamp wyposażona w dodatkowy panel naścienny z funkcjami:  - włącz/ wyłącz  - doświetlenie centralnej części pola operacyjnego  - funkcja oświetlenia endoskopowego polegająca na szybkim obniżeniu natężenia oświetlenia lampy do wartości 2-5% wartości EC  - Regulacja Temperatury barwowej  - regulacja natężenia oświetlenia | TAK |  |  |
| 32 | Możliwość przypisania przez operatora dodatkowej funkcji obsługiwanej z poziomu sterylnego uchwytu (regulacja średnicy pola standard u wszystkich **+ dodatkowa wybrana funkcja np. jasność, funkcja endo, doświetlenie centralnej części pola, wskaźnik laserowy**). | TAK |  |  |
| 33 | Łączny pobór mocy dla czaszy głównej nie większy niż 70W | TAK, podać |  |  |
| 34 | Łączny pobór mocy dla satelity nie większy niż 50W | TAK, podać |  |  |
| 35 | Czasza główna z przygotowaniem pod przenośną kamerę. | TAK, opisać |  |  |
| 36 | Sterylizowalny uchwyt z możliwością regulacji średnicy pola oświetlanego oraz z możliwością włączenia dodatkowej funkcji na pierścieniu uchwytu do wyboru przez użytkownika (dodatkowe funkcje: wskaźnik laserowy, doświetlenia pola operacyjnego oświetleniem penetrującym, regulacja natężenia światła). – 4 szt. na 1 komplet lamp. | TAK |  |  |
| II. | **PARAMETRY POZOSTAŁE:** | | | |
| 1 | Szkolenie personelu w zakresie użytkowania i eksploatacji urządzeń wliczone w oferowaną cenę. | TAK |  |  |
| 2 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK |  |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  |  |
| 4 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.  **(podać)** | TAK, podać |  | 24 miesiące  – 0 pkt.  36 miesięcy i więcej – 5 pkt. |
| 5 | Wykonanie w ramach zaoferowanej ceny obowiązkowych przeglądów (dotyczy również części) w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty. | TAK |  |  |
| 6 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny osobiście lub przez podmiot uprawniony przez producenta urządzenia. | TAK |  |  |
| 7 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK, podać |  |  |
| 8 | Czas reakcji serwisu\* do 48 **godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  |  |
| 9 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 14 **dni** roboczych w przypadku konieczności dostarczenia nowych części 30 dni roboczych. | TAK |  |  |
| 10 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  |  |
| 11 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  |  |

\*) jako czas reakcji rozumie się również podjęcie działań naprawczych przez serwis zdalnie w ramach łączy informatycznych on-line.

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio  
   TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5) *ustawy Pzp* jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

## LAMPA OPERACYJNA LED, 1 CZASZOWA z przygotowaniem pod kamerę – 1 zestaw.

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

#### OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEJ LAMPY OPERACYJNEJ LED, 1 CZASZOWEJ z przygotowaniem pod kamerę - (1 zestaw)

1. Nazwa producenta:

…………………………………………………………………………

1. Nazwa i typ/model Sprzętu:

…………………………………………………………………………

1. Kraj pochodzenia:

…………………………………………………………………………

1. Rok produkcji ………………………………………………………...
2. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
3. Dostawę i uruchomienie urządzeń należy wykonać najpóźniej  
   do dnia **5-12-2022r.**
4. Urządzenia po dostawie i uruchomieniu muszą być gotowe do realizacji badań bez koniecznego zakupu dodatkowego wyposażenia czy oprogramowania.

# ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO- UŻYTKOWYCH LAMPY OPERACYJNEJ LED, 1 CZASZOWEJ z przygotowaniem pod kamerę - (1 zestaw)

TABELA „B”:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **/podać** | **Parametr oceniany** |
| I. | **PARAMETRY PODSTAWOWE:** | | | |
| 1 | Lampa operacyjna 1 ramienna, wyposażona w jedną oprawę oświetleniową mocowaną na suficie.  W załączeniu rys. i dane dotyczące miejsca montażu. | TAK, opisać |  |  |
| 2 | Lampa mocowana na oddzielnym układzie ramion podwójnych (w tym jedno ramię uchylne) oraz dwuczęściowej obejmie zapewniające wysoką mobilność tzn. możliwość obrotu we wszystkich przegubach o kąt 360°. | TAK |  |  |
| 3 | Oprawa oświetleniowe okrągła, płaska, wykorzystujące technologię diod świecących LED. | TAK |  |  |
| 4 | Lampa emituje światło homogenne (nie dopuszcza się rozwiązań oświetleniowych z różnokolorowymi modułami oświetlającymi). | TAK |  |  |
| 5 | Lampa o konstrukcji zwartej, okrągłej, o średnicy zewnętrznej nie większej niż 76 cm, łatwe do utrzymania w czystości -dla czaszy głównej. | TAK, podać |  | Średnica zewnętrzna:  70 - 72 cm – **2 pkt**  73 – 76 cm – **0 pkt** |
| 6 | Lampa z matrycą diodową złożona z maksymalnie 46 punktów LED. | TAK, podać |  | Ilość punktów LED:  40 diod LED i mniej – **2 pkt**.  41- 46 diod LED – **0 pkt** |
| 7 | Oprawa o natężeniu oświetlenia min. 160 kLux / 1 m. | TAK |  |  |
| 8 | Zakres regulacji średnicy pola operacyjnego: co najmniej  20 ÷ 30 cm. (ze względu na bezpieczeństwo nie dopuszcza się rozwiązania umożliwiającego zmianę średnicy pola operacyjnego przez osobę brudną np. z panelu ściennego lub panelu przy lampie). | TAK, podać |  | Średnica pola operacyjnego:  20-30 cm  **– 0 pkt**  Większy niż 20 - 30 cm – **2 pkt** |
| 9 | Średnica oświetlanego pola przy oświetleniu 10% Ec (d10) wg 50.102.1.3 normy IEC 60601-2-41 dla lampy głównej min.200mm | TAK, podać |  |  |
| 10 | Średnica oświetlanego pola przy oświetleniu 10% Ec (d10) wg 50.102.1.3 normy IEC 60601-2-41 dla satelity min.170mm | TAK, podać |  |  |
| 11 | Średnica oświetlanego pola przy oświetleniu 10% Ec (d50) wg 50.102.1.3 normy IEC 60601-2-min.100mm | TAK, podać |  |  |
| 12 | Współczynnik odwzorowania barw - Ra:  min. 95 | TAK, podać |  |  |
| 13 | Głębia oświetlenia 20% - min. 1450mm | TAK, podać |  |  |
| 14 | Współczynnik odwzorowania koloru czerwonego – R9: min. 93 | TAK, podać |  |  |
| 15 | Temperatura barwowa 4500 °K | TAK |  |  |
| 16 | Przyrost temperatury w obszarze głowy chirurga: nie większy niż 0,5 °C. | TAK |  |  |
| 17 | Możliwość regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej 50 ÷ 100 %, oddzielnie dla każdej czaszy, regulatorem umieszczonym na czaszy. | TAK |  |  |
| 18 | Czasza z funkcją oświetlenia endoskopowego polegająca na szybkim obniżeniu natężenia oświetlenia lampy do wartości 2-5% wartości EC | TAK |  |  |
| 19 | Czasza z funkcją doświetlenia centralnej części pola oświetlanego polegająca na szybkim zwiększeniu natężenia oświetlenia diod położonych w centrum oprawy przy zachowaniu założonego EC lampy; funkcja włączana przez operatora i personel pomocniczy | TAK |  |  |
| 20 | Żywotność układu świetlnego min. 45000 h. | TAK, podać |  | 45000 h – **0 pkt.**  Więcej niż 45000 – **2 pkt.** |
| 21 | Lampa wyposażona we wskaźnik umożliwiający natychmiastową identyfikację środka pola oświetleniowego. Wskaźnik wygasa samoistnie po paru sekundach od włączenia. | TAK |  |  |
| 22 | Uchwyty „brudne” na obrzeżu czaszy, umożliwiające manipulowanie lampą przez personel pomocniczy. | TAK |  |  |
| 23 | Sterylizowalny uchwyt umieszczony asymetrycznie w czaszy lampy . | TAK |  |  |
| 24 | Oprawa wyposażona w panel, umieszczony na czaszy z funkcjami:  - włącz/ wyłącz  - doświetlenie centralnej części pola operacyjnego  - włączanie wskaźnika laserowego  - funkcja oświetlenia endoskopowego polegająca na szybkim obniżeniu natężenia oświetlenia lampy do wartości 2-5% wartości EC  - Regulacja Temperatury barwowej  - regulacja natężenia oświetlenia | TAK |  |  |
| 25 | Lampa wyposażona w dodatkowy panel naścienny z funkcjami:  - włącz/ wyłącz  - doświetlenie centralnej części pola operacyjnego  - funkcja oświetlenia endoskopowego polegająca na szybkim obniżeniu natężenia oświetlenia lampy do wartości 2-5% wartości EC  - Regulacja Temperatury barwowej  - regulacja natężenia oświetlenia | TAK |  |  |
| 26 | Możliwość przypisania przez operatora dodatkowej funkcji obsługiwanej z poziomu sterylnego uchwytu (regulacja średnicy pola standard u wszystkich **+ dodatkowa wybrana funkcja np. jasność, funkcja endo, doświetlenie centralnej części pola, wskaźnik laserowy**) | TAK |  |  |
| 27 | Łączny pobór mocy dla czaszy nie większy niż 70W | TAK, podać |  | 70W – 0 pkt  **Mniej niż 70W – 2 pkt** |
| 28 | Sterylizowalny uchwyt z możliwością regulacji średnicy pola oświetlanego oraz z możliwością włączenia dodatkowej funkcji na pierścieniu uchwytu do wyboru przez użytkownika (dodatkowe funkcje: wskaźnik laserowy, doświetlenia pola operacyjnego oświetleniem penetrującym, regulacja natężenia światła). – 2 szt. | TAK |  |  |
| II. | **PARAMETRY POZOSTAŁE:** | | | |
| 1 | Szkolenie personelu w zakresie użytkowania  i eksploatacji urządzeń wliczone w oferowaną cenę | TAK |  |  |
| 2 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK |  |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  |  |
| 4 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.  **(podać)** | TAK, podać |  | 24 miesiące  – 0 pkt.  36 miesięcy i więcej – 5 pkt. |
| 5 | Wykonanie w ramach zaoferowanej ceny obowiązkowych przeglądów (dotyczy również części) w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty. | TAK |  |  |
| 6 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny osobiście lub przez podmiot uprawniony przez producenta urządzenia. | TAK |  |  |
| 7 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK, podać |  |  |
| 8 | Czas reakcji serwisu\* do 48 **godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  |  |
| 9 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 14 **dni** roboczych. W przypadku konieczności dostarczenia nowych części 30 dni roboczych . | TAK |  |  |
| 10 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  |  |
| 11 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  |  |

\*) jako czas reakcji rozumie się również podjęcie działań naprawczych przez serwis zdalnie w ramach łączy informatycznych on-line.

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio  
   TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5) *ustawy Pzp* jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

miejscowość i data

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF