

Nr sprawy: ZP – 38/10

# **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

Przedmiot zamówienia: **Dostawa aparatury medycznej operacyjnej i wyposażenia do nowo wybudowanego budynku szpitalnego w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie**

Tryb: Przetarg nieograniczony

Wartość szacunkowa: Powyżej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 193 000 euro

ZATWIERDZAM

.....

**DYREKTOR**

**Paweł Obermeyer**

**ROZDZIAŁ I**  
**NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
Al. Solidarności 67, 03-401 WARSZAWA  
Tel 022 818 50 61 (centrala), 022 618 71 90 (Dział Zamówień Publicznych)  
e-mail: zamowienia@praski.waw.pl  
adres strony internetowej: www.praski.waw.pl

**ROZDZIAŁ II**  
**TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA ORAZ PODSTAWA PRAWNA**

1. Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223 poz. 1655 ze zm.) zwanej dalej „ustawą” oraz na podstawie przepisów wykonawczych wydanych na jej podstawie.
2. W zakresie nieuregulowanym w niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zwanej dalej „SIWZ”, mają zastosowanie przepisy ustawy.

**ROZDZIAŁ III**  
**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Nazwa postępowania nadana przez Zamawiającego:

**„Dostawa aparatury medycznej operacyjnej i wyposażenia do nowo wybudowanego budynku szpitalnego w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie”.**

2. Symbol postępowania: ZP-38/10.
3. Opis przedmiotu zamówienia.

Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa pierwszego wyposażenia Centralnego Bloku Operacyjnego, Oddziału Pooperacyjnego, Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w nowo wybudowanym budynku szpitalnym A-2 w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie wraz z montażem, uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu w zakresie obsługi i użytkowania. Zamówienie realizowane jest w ramach zadania inwestycyjnego p.n. „Przebudowa wraz z rozbudową Szpitala Praskiego”.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w załączniku nr 2 i nr 3 do niniejszej specyfikacji (Załączniki nr 2.1 – 2.4 Formularz cenowy oraz Załączniki nr 3.1. – 3.4. Wykaz parametrów technicznych – w zależności od Pakietu). Parametry opisane w opisie przedmiotu zamówienia jako parametry „wymagane”/ „konieczne”/ „graniczne”/ „odcinające” są bezwzględnie wymagane i muszą być uwidocznione i potwierdzone w materiałach informacyjnych opisujących przedmiot zamówienia. Nie spełnienie przez oferowany przedmiot zamówienia jakiegokolwiek z parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z treścią SIWZ. Oferowany przez Wykonawcę przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy (rok produkcji nie starszy niż 2010), zgodny z wyspecyfikowanym, musi być kompletny i po zamontowaniu, zainstalowaniu, ustawieniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Przedmiot zamówienia obejmuje następujące części:

- Pakiet nr 1 – Dostawa stołu operacyjnego przeziernego wraz z aparatem RTG.
- Pakiet nr 2 – Dostawa stołów operacyjnych, łóżek medycznych i wyposażenia.
- Pakiet nr 3 – Dostawa diatermii chirurgicznych.
- Pakiet nr 4 – Dostawa aparatury operacyjnej urologicznej.

Oferowany przedmiot zamówienia musi być dopuszczony do obrotu i używania w jednostkach służby zdrowia na terytorium RP zgodnie z polskim prawem oraz prawem Unii Europejskiej. Musi posiadać aktualne polskie lub obowiązujące w Unii Europejskiej certyfikaty / świadectwa dopuszczenia do stosowania w placówkach ochrony zdrowia o ile są wymagane zgodnie z prawem.

Oferowany przedmiot zamówienia musi być dopuszczony do obrotu i używania w jednostkach służby zdrowia na terytorium RP zgodnie z polskim prawem oraz prawem Unii Europejskiej. Musi posiadać aktualne polskie lub obowiązujące w Unii Europejskiej certyfikaty / świadectwa dopuszczenia do stosowania w placówkach ochrony zdrowia o ile są wymagane zgodnie z prawem. Wymagana przez Zamawiającego gwarancja na przedmiot zamówienia – nie mniej niż 24 miesiące. W okresie gwarancji dokonane zostaną bezpłatne przeglądy serwisowe urządzeń w ilości zgodnej z wytycznymi producenta, ale nie mniejszej niż 1 w ciągu roku. Wykonawca jest zobowiązany podać oferowaną częstotliwość przeglądów w ciągu roku w załączonym do oferty wypełnionym „Wykazie parametrów technicznych”. Gwarancja musi obejmować przeglądy okresowe (bez materiałów eksploatacyjnych podlegających normalnemu zużyciu) wymagane przez producentów wyposażenia. Po zakończonym montażu i pierwszym uruchomieniu urządzenia Wykonawca musi dostarczyć kartę gwarancyjną na urządzenie. W przypadku rozbieżności zapisów karty gwarancyjnej, załącznika do SIWZ (opis przedmiotu zamówienia) z zapisami dotyczącymi gwarancji wynikającymi z umowy pierwszeństwo mają zapisy, które są korzystniejsze dla Zamawiającego.

Wykonawca przeprowadzi szkolenia pracowników Centralnego Bloku Operacyjnego, Oddziału Pooperacyjnego, Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w zakresie obsługi całego wyposażenia oraz technologii obróbki narzędzi i sprzętu medycznego wielokrotnego użytku w terminie ustalonym z Zamawiającym zgodnie z zasadami określonymi w projekcie umowy. Szkolenia muszą być potwierdzone protokołem i pracownicy powinni otrzymać indywidualne zaświadczenia o odbytych szkoleniach

Wykonawca zobowiązany jest dołączyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia instrukcje obsługi lub DTR sprzętu w języku polskim, karty gwarancyjne, wypisane paszporty techniczne oferowanego sprzętu (z wyszczególnieniem w paszporcie technicznym nazwy producenta, nazwy urządzenia, modelu i typu urządzenia, roku produkcji, klasy urządzenia, oznaczenia CE, osoby odpowiedzialnej za sprzęt, daty uruchomienia urządzenia).

Wykonawca powinien posiadać własny lub zewnętrzny autoryzowany serwis na przedmiot zamówienia (załączyć stosowne autoryzacje). Należy podać dane teleadresowe autoryzowanych serwisów.

Uwaga! Środki finansowe przeznaczone na realizację zamówienia pochodzą z funduszy otrzymanych przez Zamawiającego od organu założycielskiego.

4. Nazwa i kod według Wspólnego Słownika Zamówień:

- 33192100-3 Łóżka do użytku medycznego
- 33192230-3 Stoły operacyjne
- 33162000-3 Urządzenia i przyrządy używane na salach operacyjnych
- 33192340-7 Meble stanowiące wyposażenie sal operacyjnych, z wyjątkiem stołów

5. Zamówienie obejmuje 4 Pakiety. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne Pakiety lub na całość zamówienia.  
Każdy z wyodrębnionych pakietów jest oddzielną częścią zamówienia. Wykonawca może złożyć ofertę na jeden z pakietów, na wybrane lub na wszystkie pakiety. Pakiet sam w sobie stanowi całość i jest niepodzielny tzn. Wykonawca musi złożyć ofertę na cały pakiet.
6. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
7. Zamawiający nie przewiduje zastosowania aukcji elektronicznej przy wyborze oferty najkorzystniejszej.

#### **ROZDZIAŁ IV** **PRZEWIDYWANE ZAMÓWIENIA UZUPEŁNIAJĄCE**

Zamawiający nie przewiduje zamówień uzupełniających, o których mowa w art. 67 ust 7 ustawy Prawo zamówień publicznych.

#### **ROZDZIAŁ V** **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Przewidywany termin realizacji – do 10 tygodni od podpisania umowy, z zastrzeżeniem zmiany terminu zgodnie z zapisami w projekcie umowy.

Zamawiający informuje, że realizacja przedmiotu zamówienia w zakresie dostawy, montażu wraz z adaptacją pomieszczeń i uruchomieniem będzie możliwa po dokonaniu odbioru końcowego robót budowlanych wykonywanych w budynku A-2. O terminie odbioru końcowego robót budowlanych Wykonawca zostanie poinformowany oddzielnym pismem. Termin dostawy przedmiotu zamówienia Wykonawca uzgodni z Zamawiającym z wyprzedzeniem co najmniej 14 dniowym.

#### **ROZDZIAŁ VI** **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** **ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW**

1. Opis warunków udziału w postępowaniu.

Zgodnie z art. 22 ust.1 ustawy, o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia. Wykonawcy spełnią warunek wykazując, że wykonali w ciągu ostatnich trzech lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, dostawy na co najmniej n/w łączną kwotę – w zależności od Pakietu:

- |              |   |
|--------------|---|
| Pakiet nr 1: | wykazanie się realizacją dostaw stołów operacyjnych z aparatem RTG z ramieniem C w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 1 mln PLN brutto;         |
| Pakiet nr 2: | wykazanie się realizacją dostaw stołów operacyjnych, łóżek medycznych wielopozycyjnych w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 1,5 mln PLN brutto; |
| Pakiet nr 3: | wykazanie się realizacją dostaw diatermii chirurgicznych w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 200 tys. PLN brutto;                              |
| Pakiet nr 4: | wykazanie się realizacją dostaw aparatury operacyjnej urologicznej w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 300 tys. PLN brutto;                    |

- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej. Wykonawcy spełnią warunek wykazując, że posiadają na rachunku bankowym środki finansowe bądź zdolność kredytową w wysokości zapewniającej prawidłowe wykonanie przedmiotowego zamówienia w zależności od Pakietu:

Pakiet nr 1: minimum 1 000 000,00 PLN;

Pakiet nr 2: minimum 2 000 000,00 PLN;

Pakiet nr 3: minimum 250 000,00 PLN;

Pakiet nr 4: minimum 400 000,00 PLN;

oraz wykazując, że są ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej na niżej wymienioną kwotę w zależności od Pakietu:

Pakiet nr 1: minimum 1 000 000,00 PLN;

Pakiet nr 2: minimum 2 000 000,00 PLN;

Pakiet nr 3: minimum 250 000,00 PLN;

Pakiet nr 4: minimum 400 000,00 PLN;

Wykonawca, który nie wykaże spełniania warunków udziału w postępowaniu wskazanych przez Zamawiającego powyżej oraz nie wykaże braku podstaw wykluczenia z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy, zostanie wykluczony z postępowania.

## 2. Opis sposobu dokonywania oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu:

- a) Zamawiający oceni, czy Wykonawca spełnia warunki, o których mowa w pkt. 1 na podstawie złożonego wraz z ofertą oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu (Rozdział VII pkt 1a SIWZ - według wzoru Zał. nr 3 do SIWZ) oraz na podstawie złożonych wraz z ofertą dokumentów żądanych przez Zamawiającego, wymienionych w Rozdziale VII SIWZ, potwierdzających spełnianie tych warunków.
- b) Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu zostanie dokonana na zasadzie: spełnia/nie spełnia. Zamawiający na podstawie złożonych wraz z oferta dokumentów będzie badał czy dokumenty te potwierdzają wymóg spełnienia określonego przez Zamawiającego warunku. W przypadku, gdy wymóg spełnienia warunku zostanie potwierdzony w dokumentach złożonych przez Wykonawca, warunek zostanie uznany za *spełniony*. W przypadku, gdy wymóg spełnienia warunku nie zostanie potwierdzony w dokumentach złożonych przez Wykonawcę, warunek zostanie uznany za *niespełniony*.
- c) Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia lub zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.

**ROZDZIAŁ VII**  
**WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW,**  
**JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA**  
**SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1. W celu potwierdzenia **spełnienia przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu** wymienionych w art. 22 ust. 1 ustawy Wykonawca jest zobowiązany złożyć wraz z ofertą:

- a) oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu określonych w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych (według wzoru - Załącznik nr 4);
- b) wykazu wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie - sporządzony według wzoru wykazu stanowiącego Załącznik nr 5 do SIWZ. Wykonawca potwierdzi spełnianie warunku udziału w postępowaniu, jeżeli wykaz będzie zawierał co najmniej – w zależności od Pakietu:

Pakiet nr 1: dostawy stołów operacyjnych z aparatem RTG z ramieniem C w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 1 mln PLN brutto;

Pakiet nr 2: dostawy stołów operacyjnych, łóżek medycznych wielopozycyjnych w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 1,5 mln PLN brutto;

Pakiet nr 3: dostawy diatermii chirurgicznych w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 200 tys. PLN brutto;

Pakiet nr 4: dostawy aparatury operacyjnej urologicznej w okresie ostatnich 3 lat o wartości łącznej minimum 300 tys. PLN brutto;

*Gdy Wykonawca składa ofertę na więcej niż jeden pakiet musi wykazać się wykonaniem a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych wykonywaniem dostaw w wymaganej przez Zamawiającego min. wartości dla każdego pakietu oddzielnie.*

*W tym celu Wykonawca do oferty może załączyć oddzielne wykazy dostaw dla każdego z pakietów lub załączyć jeden wykaz, w którym wykazane zostaną wszystkie dostawy łącznie dla wszystkich pakietów, na które składana jest oferta z zaznaczeniem, która dostawa dotyczy danego pakietu.*

- c) informacji banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, w których Wykonawca posiada rachunek, potwierdzającej wysokość posiadanych środków finansowych lub zdolność kredytową wykonawcy, wystawionej nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert; Wykonawca potwierdzi spełnienie warunku, jeśli wykaże iż posiada środki finansowe lub zdolność kredytową w wysokości zapewniającej prawidłowe wykonanie przedmiotowego zamówienia w zależności od Pakietu:

Pakiet nr 1: minimum 1 000 000,00 PLN;

Pakiet nr 2: minimum 2 000 000,00 PLN;

Pakiet nr 3: minimum 250 000,00 PLN;

Pakiet nr 4: minimum 400 000,00 PLN;

- d) opłaconej polisy, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na niżej wymienioną kwotę w zależności od Pakietu:

Pakiet nr 1: minimum 1 000 000,00 PLN;  
Pakiet nr 2: minimum 2 000 000,00 PLN;  
Pakiet nr 3: minimum 250 000,00 PLN;  
Pakiet nr 4: minimum 400 000,00 PLN;

2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust 1 ustawy, Wykonawca jest zobowiązany złożyć wraz z ofertą:

- a) oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia (według wzoru - Załącznik nr 4);
- b) aktualnego odpisu z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenia w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy;
- c) aktualnego zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
- d) aktualnego zaświadczenia właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert;
- e) aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
- f) aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

3. W celu potwierdzenia, że **oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego**, Zamawiający żąda złożenia wraz z ofertą następujących dokumentów:

a) Dotyczy wyrobów medycznych:

- zaświadczenie podmiotu uprawnionego do kontroli jakości potwierdzającego, że dostarczane produkty odpowiadają określonym normom oraz potwierdzające dopuszczenie wyrobu medycznego do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych tj. :
  - 1) **certyfiakat CE wydany przez jednostkę notyfikowaną** potwierdzający spełnienie wymagań zasadniczych (certyfiakat zezwalający na oznakowanie wyrobu znakiem CE), jeśli certyfikacja była prowadzona z udziałem jednostki notyfikującej (jeśli dotyczy);
  - 2) **deklarację zgodności** wyrobu medycznego z określonymi dla niego wymaganiami zasadniczymi wystawioną przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela;
  - 3) **dokumenty potwierdzające dokonanie zgłoszenia wyrobu do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania /zgłoszenia lub wpisy/**, jeśli przepisy ustawy o wyrobach medycznych wymagają zgłoszenia lub **oświadczenie o przyczynach braku zgłoszenia**, jeśli przepisy ustawy o wyrobach medycznych nie wymagają zgłoszenia (podać klasę wyrobu, miejsce produkcji oraz kraj rejestracji na terenie UE) lub z określonych powodów nie dokonano zgłoszenia.

b) Dotyczy wyrobów niemedycznych:

- zaświadczenie podmiotu uprawnionego do kontroli jakości potwierdzającego, że dostarczane produkty odpowiadają określonym normom oraz potwierdzające

dopuszczenie wyrobu do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o systemie oceny zgodności tj. :

- 1) **certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikowaną** potwierdzający spełnienie wymagań zasadniczych (certyfikat zezwalający na oznakowanie wyrobu znakiem CE), jeśli certyfikacja była prowadzona z udziałem jednostki notyfikującej (jeśli dotyczy);
- 2) **deklarację zgodności** wyrobu niemedyceznego z określonymi dla niego wymaganiami zasadniczymi.

- c) materiały informacyjne (np. katalogi, foldery, specyfikacja techniczna, informacja od producenta), potwierdzające, że oferowane produkty są zgodne z opisem przedmiotu zamówienia.

**Zamawiający wymaga, aby w/w dokumenty potwierdzające zgodność z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego były odpowiednio oznaczone, tj. Wykonawcy powinni w prawym górnym rogu każdego dokumentu oznaczyć, którego Pakietu oraz której pozycji Formularza cenowego dotyczy dokument.**

#### **Uwaga!**

Brak opisu poszczególnych wskazanych w opisie przedmiotu zamówienia parametrów tak w ofercie jak i w załączonych do oferty materiałach informacyjnych opisujących przedmiot zamówienia, niezgodność zapisów w ww. dokumentach lub niezgodność zapisów w ww. dokumentach z opisem przedmiotu zamówienia dokonany przez Zamawiającego będzie traktowane jako brak danego parametru w oferowanym przedmiocie zamówienia i skutkować odrzuceniem oferty.

W przypadku, gdy dany parametr wskazany w opisie przedmiotu zamówienia (Załącznik nr 2 i 3 do SIWZ) nie jest opisany w materiałach informacyjnych można załączyć oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela na terenie Polski potwierdzające istnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów w oferowanym przedmiocie zamówienia.

### **ROZDZIAŁ VIII**

#### **POTWIERDZENIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU PRZEZ WYKONAWCÓW MAJĄCYCH SIEDZIBĘ LUB MIEJSCE ZAMIESZKANIA POZA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

1. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (Dz. U. Nr 226, poz. 1817) w:
  - 1) § 2 ust. 1 pkt 2-4 i pkt 6 - składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
    - a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości,
    - b) nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
    - c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie;
  - 2) § 2 ust. 1 pkt 5 - składa zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy.
2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a i c oraz pkt 2 w/w rozporządzenia, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Dokument, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b w/w rozporządzenia, powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

3. Jeżeli w miejscu zamieszkania osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w ust. 1 w/w rozporządzenia, zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania.

**ROZDZIAŁ IX**  
**WYMAGANIA DOTYCZĄCE DOKUMENTÓW**  
**W PRZYPADKU SKŁADANIA OFERTY WSPÓLNEJ**

1. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia ofertę składają na zasadach określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych.
2. W przypadku, o którym mowa powyżej, Wykonawcy muszą ustanowić pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy. Dokument pełnomocnictwa powinien być podpisany przez wszystkich wykonawców.
3. Jeżeli oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie została wybrana jako najkorzystniejsza, Wykonawcy przed zawarciem umowy zobowiązani są przedstawić Zamawiającemu umowę regulującą ich współpracę.

**ROZDZIAŁ X**  
**WYMAGANIA DOTYCZĄCE FORMY DOKUMENTÓW**  
**ORAZ UZUPEŁNIANIE DOKUMENTÓW**

1. Kopia dokumentu (dokumentów) musi być poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę (osoby) uprawnioną (uprawnione) do reprezentowania Wykonawcy.
2. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy złożona przez wykonawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez osobę (osoby) uprawnioną (uprawnione) do reprezentowania Wykonawcy. Oryginały dokumentów nie są wymagane.
4. Jeżeli Wykonawca nie dołączy do oferty wymaganych dokumentów lub z treści dołączonych dokumentów nie będzie wynikać, że zostały spełnione warunki określone w Rozdziale VI pkt. 1, to Zamawiający wykluczy Wykonawcę odpowiednio na podstawie art. 24 ust. 1 i ust. 2 ustawy Pzp z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3 ustawy.
5. Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy w określonym terminie nie złożyli wymaganych przez Zamawiającego oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w art. 25 ust. 1, lub którzy nie złożyli pełnomocnictw, albo którzy złożyli wymagane przez Zamawiającego oświadczenia i dokumenty, o których mowa w art. 25 ust. 1, zawierające błędy lub którzy złożyli wadliwe pełnomocnictwa, do ich złożenia w wyznaczonym terminie, chyba, że mimo ich złożenia oferta wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania; Złożone na wezwanie Zamawiającego oświadczenia lub dokumenty powinny potwierdzać spełnianie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu oraz spełnianie przez oferowane dostawy, wymagań określonych przez Zamawiającego, nie później niż w dniu w którym upłynął termin składania ofert.

**ROZDZIAŁ XI**  
**POTWIERDZENIE POZOSTAŁYCH WYMAGAŃ SIWZ**

1. W celu spełnienia pozostałych wymagań SIWZ Wykonawca załączy do oferty:
  - a) Wypełniony „Formularz ofertowy” – załącznik Nr 1 do SIWZ
  - b) Wypełniony „Formularz cenowy” – załącznik Nr 2 do SIWZ (Zał. od 2.1. do 2.4. w zależności od Pakietu).
  - c) Wypełniony „Wykaz parametrów technicznych i warunków gwarancji” – Załącznik nr 3 do SIWZ (Zał. od 3.1. do 3.4. w zależności od Pakietu oraz Załącznik 3.5. w ilości odpowiadającej zakresowi oferty).
  - d) Dowód wpłaty wadium (np. wydruk dokonanego przelewu). Jeśli wadium jest wniesione w formie innej niż pieniężna – wymagane jest dołączenie oryginału dokumentu wadialnego w oddzielnej kopercie (nie wpinać w sposób trwały do oferty), w sposób umożliwiający Zamawiającemu jego zwrot w terminach określonych w ustawie.

**ROZDZIAŁ XII**  
**INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ**  
**ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI**

1. Sposób porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami:
  - a) Zamawiający dopuszcza następujące formy porozumiewania się z Wykonawcami: pisemnie, faxem oraz pocztą elektroniczną (e-mail).
  - b) Każdy fax, który wpłynie do Zamawiającego uważa się za dokument złożony w terminie, jeśli jego czytelna treść dotrze do Zamawiającego przed upływem terminu i zostanie niezwłocznie potwierdzona pisemnie.
  - c) Każdy e-mail, który wpłynie do Zamawiającego uważa się za dokument złożony w terminie, jeśli jego czytelna treść dotrze do Zamawiającego przed upływem terminu i zostanie niezwłocznie potwierdzona pisemnie.
  - d) Każda strona na żądanie drugiej obowiązana jest potwierdzić fakt otrzymania faxu lub e-maila.
  - e) Korespondencja z Zamawiającym odbywać się będzie wyłącznie w języku polskim.
2. Warunki uzyskania dodatkowych wyjaśnień dotyczących treści SIWZ.
  - a) Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ.
  - b) Zamawiający jest zobowiązany udzielić wyjaśnień, o ile wnioski w sprawie wyjaśnień SIWZ wpłyną do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert. W przypadku złożenia przez Wykonawcę wniosku po upływie powyższego terminu, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania.
  - c) Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert
  - d) Zamawiający wyznacza następujące osoby do porozumiewania się z Wykonawcami w zakresie niniejszego postępowania:  
dr Rafał Górewicz – w zakresie przedmiotu zamówienia,  
Małgorzata Kania, Marta Chudziak, Agnieszka Danieluk – fax: 022 618 71 90,  
e-mail: zamowienia@praski.waw.pl – w sprawach zgodności z ustawą.

**ROZDZIAŁ XIII**  
**WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

1. Zamawiający wymaga wniesienia wadium, na cały okres związania ofertą, w następującej wysokości:

Pakiet		Wymagane wadium PLN
Pakiet	1	8 800,00
Pakiet	2	15 800,00
Pakiet	3	2 400,00
Pakiet	4	3 900,00
<b>RAZEM</b>		<b>30 900,00</b>

**W przypadku składania oferty na więcej niż jeden pakiet, wadium należy wnieść w wysokości, stanowiącej sumę kwot wadów wymaganych dla pakietów, na które składana jest oferta.**

2. Wadium może być wniesione :

- a) w pieniądzu na rachunek Zamawiającego w Banku Gospodarstwa Krajowego I Oddział w Warszawie, nr konta: 96 1130 1017 0020 0760 6720 0002.
- b) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym,
- c) gwarancjach bankowych,
- d) gwarancjach ubezpieczeniowych,
- e) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust.5 pkt.2 ustawy z dnia 9 listopada 2000r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości. (Dz. U. Nr 109, poz. 1158 ze zm.).

Wadium musi zostać wniesione przed upływem terminu składania ofert, a kopia dowodu (potwierdzona „za zgodność z oryginałem” przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy) jego wniesienia dołączona do oferty.

Wadium wnoszone w pieniądzu Zamawiający przechowuje na rachunku bankowym.

W przypadku, gdy Wykonawca wnosi wadium w formach określonych w pkt. 2 lit. b – e, dowód wniesienia wadium nie może być wpięty w sposób trwały do pozostałych stron oferty. Zamawiający zaleca złożenie oryginału dowodu wniesienia wadium w oddzielnej kopercie, w sposób umożliwiający Zamawiającemu jego zwrot w terminach określonych w ustawie. Kopie dowodu wniesienia wadium należy dołączyć do oferty.

3. Zatrzymanie wadium.

W przypadku wniesienia wadium w formach określonych w pkt. 2 lit. b - e jw., dokumenty te muszą zawierać określenie przypadków, w których wadium zostaje zatrzymane przez Zamawiającego, tj., kiedy Wykonawca, którego oferta została wybrana:

- a) odmówił podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie,
- b) nie wniósł zabezpieczenia należytego wykonania umowy,
- c) zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,

lub kiedy Wykonawca, który złożył ofertę:

- d) w odpowiedzi na wezwanie, o którym mowa w art. 26 ust. 3, nie złożył dokumentów lub oświadczeń, o których mowa w art. 25 ust. 1, lub pełnomocnictw, chyba że udowodni, że wynika to z przyczyn nieleżących po jego stronie.

W przypadku wniesienia wadium w formie pieniądza Zamawiający zatrzymuje wadium (w przypadkach określonych wyżej) wraz z należnymi odsetkami.

4. Zwrot wadium.

Zamawiający zwraca wadium na zasadach określonych w art. 46 ustawy Prawo zamówień publicznych.

#### **ROZDZIAŁ XIV** **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Wykonawca jest związany ofertą przez okres **60** dni.

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert

#### **ROZDZIAŁ XV** **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT** **I OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY**

A. Sposób przygotowania ofert:

1. Wykonawca przygotowuje i przedstawia ofertę zgodnie z opisem określonym w SIWZ.
2. Treść oferty musi odpowiadać treści SIWZ.
3. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę.
4. Ofertę należy złożyć, pod rygorem nieważności, w formie pisemnej.
5. Oferta wraz z wymaganymi załącznikami musi być napisana w języku polskim.
6. Wymaga się, aby wszystkie kartki oferty były ze sobą połączone w sposób trwały.
7. Zaleca się, aby oferta zawierała spis treści oraz numerację stron.
8. Oferta winna być napisana na maszynie do pisania, komputerze lub nieścieralnym atramentem oraz winna być podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy. Wymaga się, aby wszystkie załączniki do oferty były również podpisane i ponumerowane przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych do wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu. *Za osoby upoważnione do występowania w imieniu Wykonawcy uznaje się osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy, wskazane we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej bądź w stosownym pełnomocnictwie, które należy załączyć do oferty w oryginale lub kopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” notarialnie.*
9. Zaleca się, aby wszelkie zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia w tekście oferty były parafowane i datowane przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy.
10. Wykonawca oznaczy klauzulą „TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA” te elementy oferty, które zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o dostępie informacji niejawnych. Zastrzeżenie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa musi zawierać podstawę prawną zastrzeżenia, wykaz zastrzeżonych dokumentów wraz z podaniem numeru strony oferty, którą stanowi zastrzeżony dokument. Wykonawca nie może zastrzec informacji, dotyczących nazwy (firmy) oraz adresu wykonawcy, a także informacji dot. ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności o ile takie występują w złożonej ofercie.
11. Wykonawca poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty. Wymaga się, aby Wykonawca uzyskał wszelkie informacje, które mogą być konieczne do przygotowania oferty oraz podpisania umowy.

12. Oferta winna być sporządzona na formularzu o nazwie „Formularz Ofertowy”, stanowiącym załącznik nr 1. Formularz ofertowy jest drukiem do ewentualnego wykorzystania przez Wykonawcę składającego ofertę.
13. Zamawiający dopuszcza, aby Wykonawca sporządził ofertę wraz z załącznikami na własnych formularzach pod warunkiem, że ich istotna treść odpowiadać będzie warunkom określonym przez Zamawiającego w niniejszej SIWZ oraz warunkom określonym w ustawie oraz w aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie.
14. Załączniki nr 1, 2, 3, 4, 5, 6 do SIWZ muszą być złożone w formie oryginału i podpisane przez osobę (osoby) uprawnioną (uprawnione) do reprezentowania Wykonawcy.
15. Zaleca się, aby oferta zawierała dane Wykonawcy dotyczące:
  - nazwy i adresu Wykonawcy,**
  - nr REGON oraz NIP,**
  - adres internetowy (URL), adres poczty elektronicznej (e-mail) oraz numer telefonu/faksu.***Zamawiający zamieszcza te informacje w Ogłoszeniu o Udzieleniu Zamówienia.*
16. Do oferty muszą być załączone wszystkie dokumenty wymagane odpowiednimi postanowieniami SIWZ.
17. Wykonawca musi umieścić ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami w prawidłowym, zamkniętym opakowaniu, w sposób gwarantujący zachowanie w poufności jej treści oraz zabezpieczający jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert.
  - Zaleca się, aby opakowanie posiadało:
  - nazwę i adres Wykonawcy,
  - nazwę i adres Zamawiającego,

Oznaczenie:

<p><b>ZP-38/10</b></p> <p><b>OFERTA na</b></p> <p><b>„Dostawa wyposażenia budynku A-2 – aparatura operacyjna”</b></p> <p><b>Pakiet nr ..... - .....</b></p> <p><i>numer nazwa</i></p> <p><b>NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 02.07.2010 R. GODZ. 10.15</b></p>
--

18. Ze względu na możliwość uszkodzenia opakowania podczas przesyłania oferty, zaleca się zastosowanie dwóch kopert oznakowanych jak wyżej.
19. Wykonawca może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonej oferty przed terminem składania ofert. Powiadomienie o wprowadzaniu zmian przez Wykonawcę musi być złożone według takich samych wymagań jak składana oferta, z dopiskiem na opakowaniu np. „ZMIANA OFERTY”. Koperty oznaczone dopiskiem np. „ZMIANA OFERTY” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty i zostaną dołączone do oferty.
20. Wykonawca ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania poprzez złożenie pisemnego powiadomienia z napisem na kopercie np. „WYCOFANIE OFERTY”.
21. Wykonawca nie może wycofać oferty i wprowadzić zmian w ofercie po upływie terminu składania ofert. Wycofanie oferty po upływie terminu składania ofert spowoduje, że oferta nie będzie rozpatrywana lecz pozostanie w dokumentacji postępowania.

B. Opis sposobu obliczenia ceny.

1. Cena oferty powinna być obliczona zgodnie z Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2 do SIWZ.
2. Cenę oferty (zawierającą wszystkie jej składniki) należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zaokrąglając zgodnie z zasadami rachunkowymi.
6. W łącznej cenie oferty brutto należy uwzględnić wszystkie koszty (w szczególności koszty dostawy, montażu, uruchomienia i szkolenia), opłaty do wykonania i poniesienia przez Wykonawcę, a konieczne do wykonania przedmiotu umowy oraz ewentualne upusty i rabaty.

**ROZDZIAŁ XVI**  
**MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

Ofertę należy złożyć w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego SPZOZ w Warszawie, Al. Solidarności 67, budynek „D” pokój nr 12 - Sekretariat

**do dnia 02 lipca 2010r. do godz. 10:00.**

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego, w Sali konferencyjnej, bud. E

**w dniu 02 lipca 2010r o godz. 10:15.**

Wszystkie oferty otrzymane przez Zamawiającego po terminie podanym powyżej zostaną zwrócone bez otwierania po upływie terminu na wniesienie środków ochrony prawnej.

**ROZDZIAŁ XVII**  
**KRYTERIA, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ**  
**PRZY WYBORZE OFERT**

1. Ocenie będą podlegały oferty Wykonawców niewykluczonych oraz oferty nieodrzucone.
2. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

<b>lp</b>	<b>KRYTERIUM</b>	<b>%</b>	<b>SPOSÓB OBLICZANIA</b>
1	Cena	100%	$K = \frac{\text{cena najniższa oferowana}}{\text{cena oferty ocenianej}} \times 100 \times 100\%$

3. Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryteria) zostanie uznana za najkorzystniejsza, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja zamówienia zostanie powierzona wykonawcy, który uzyska najwyższą ilość punktów.
4. Każdy pakiet podlegać będzie odrębnej ocenie

## **ROZDZIAŁ XVIII** **FORMALNOŚCI PO WYBORZE OFERTY**

Umowę może podpisać w imieniu Wykonawcy osoba (osoby) upoważniona (upoważnione) do reprezentowania Wykonawcy, wymieniona w aktualnym odpisie z właściwego rejestru albo w aktualnym zaświadczeniu o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub pełnomocnik, który przedstawi pełnomocnictwo od osoby (osób) wymienionej w ww. dokumencie, udzielającej pełnomocnictwa.

Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza zobowiązany jest do stawienia się na wezwanie w siedzibie Zamawiającego we wskazanym przez niego terminie w celu podpisania umowy. Nie stawienie się umocowanego do podpisania umowy przedstawiciela Wykonawcy we wskazanym terminie skutkować będzie konsekwencjami przewidzianymi w art. 46 ust. 5 Ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r.

Konsorcjum/spółka cywilna przed podpisaniem umowy musi przedstawić Zamawiającemu umowę łączącą podmioty występujące wspólnie.

Dopuszcza się możliwość przesłania umowy pocztą celem podpisu przez Wykonawcę, zgodnie z decyzją Zamawiającego.

## **ROZDZIAŁ XIX** **WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA** **NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy

## **ROZDZIAŁ XX** **ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

Projekt umowy – załącznik nr 7 do SIWZ.

Zamawiający zgodnie z art. 144 ustawy Prawo zamówień publicznych przewiduje zmiany postanowień niniejszej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie, której dokonano wyboru Wykonawcy w zakresie zmiany terminu realizacji umowy w przypadku wystąpienia okoliczności powyższe uzasadniających niezależnych od Wykonawcy i Zamawiającego, a w szczególności wynikających z opóźnienia przejęcia i pozwolenia na użytkowanie budynku A-2.

## **ROZDZIAŁ XXI** **ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ**

Uczestnikom niniejszego postępowania oraz innym osobom wymienionym w art. 179 ustawy przysługują środki ochrony prawnej na zasadach określonych w Dziale VI cytowanej wyżej ustawy.

## **ROZDZIAŁ XXII** **ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ**

1. Formularz ofertowy.
2. Formularz cenowy (od 2.1. do 2.4.)
3. Wykaz parametrów technicznych oraz warunki gwarancji (od 3.1. do 3.4. plus 3.5.).
4. Wzór oświadczenia o spełnianiu warunków udziału.
5. Wzór oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia.
6. Wzór wykazu dostaw.
7. Projekt umowy.





Pieczętka firmowa Wykonawcy

## FORMULARZ OFERTOWY

### OFERTA

na .....

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

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

adres e- mail: ..... tel: ..... fax: .....

NIP: ..... REGON: .....

Osoba/osoby wyznaczone do reprezentowania Wykonawcy w celu podpisania umowy:

.....  
.....

Nawiązując do postępowania w trybie przetargu nieograniczonego:

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za **ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ**:

Cena netto: .....zł /słownie:...../

Podatek VAT: (w...%) i .....zł /słownie: .....

Cena brutto: .....zł /słownie: .....

Numer pakietu	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
pakiet nr 1			
<i>kwota brutto słownie</i>			
pakiet nr 2			
<i>kwota brutto słownie</i>			
pakiet nr 3			
<i>kwota brutto słownie</i>			
pakiet nr 4			
<i>kwota brutto słownie</i>			
<b>RAZEM</b>			

- a) **z okresem gwarancji** na oferowany przedmiot zamówienia ..... (min. **24** miesiące),
  - b) w okresie gwarancji dokonane zostaną przeglądy serwisowe urządzeń w ilości .....  
(zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie mniej niż 1 raz w roku),
  - c) **z terminem dostawy**, montażu, instalacji, uruchomienia .....  
tygodni do dnia podpisania umowy do 10 tygodni od podpisania umowy z zastrzeżeniem przesunięcia terminu zgodnie z zapisami w projekcie umowy),
  - d) Szkolenie personelu zostanie przeprowadzone w terminie ..... dni (maksymalnie 2 miesiące) od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbiorczego, o którym mowa w § 2 projektu umowy,
  - e) **przy warunkach płatności** ..... (minimum 30 dni) od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę,
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do jej treści żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Zamówienie zamierzamy wykonać z udziałem podwykonawców / całość prac wykonamy we własnym zakresie \*
- W przypadku udziału podwykonawców, Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, której wykonanie powierzy podwykonawcom  
.....  
.....
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, tj. **60** dni od upływu terminu na składanie ofert.
5. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

6. Wadium zostało wniesione w wysokości i formie:

.....zł/słownie:.....złotych/  
w formie .....

Po zakończeniu postępowania wadium prosimy zwrócić na konto:

.....

7. Osobą uprawnioną ze strony wykonawcy do kontaktów z zamawiającym w sprawie dostaw oraz przyjmowania zawiadomień o usterkach przedmiotu zamówienia jest:

.....  
.....

8. Najbliższa dla Zamawiającego jednostka serwisowa znajduje się /podać dokładny adres/:

....., tel.....

9. Oferta zawiera ..... ponumerowanych stron, w tym  
strony nr ..... oferty są jawne, natomiast  
strony nr ..... oferty są niejawne\*.

10. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- (1).....
- (2).....
- (3).....
- (...).....

\*niepotrzebne skreślić

.....  
*Podpis(y) osoby (osób) wskazanych w  
dokumencie uprawniającym do występowania w  
obrocie prawnym lub posiadających  
pełnomocnictwo.*

## FORMULARZ CENOWY

### PAKIET NR 1 – DOSTAWA STOŁU OPERACYJNEGO PRZEZIERNEGO WRAZ Z APARATEM RTG

L.p.	Nazwa urządzenia	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto w zł	Podatek VAT %	Cena jednostkowa brutto w zł	Cena całkowita brutto w zł	<u>Należy wpisać kolejno:</u> 1. Producent. 2. Nazwa /Typ / Model urządzenia. 3. Numer katalogowy 4. Kraj pochodzenia 5. Rok produkcji.
1.	Stół operacyjny przezierny wraz z aparatem RTG dla chirurgii naczyniowej z oprzyrządowaniem.	1					
<b>RAZEM</b>							

.....  
*Podpis(y) osoby (osób) wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo.*

## FORMULARZ CENOWY

### PAKIET NR 2 – DOSTAWA STOŁÓW OPERACYJNYCH I ŁÓŻEK MEDYCZNYCH

L.p.	Nazwa urządzenia	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto w zł	Podatek VAT %	Cena jednostkowa brutto w zł	Cena całkowita brutto w zł	<u>Należy wpisać kolejno:</u> 1. Producent. 2. Nazwa /Typ / Model urządzenia. 3. Numer katalogowy 4. Kraj pochodzenia 5. Rok produkcji.
1.	Przewoźny stół operacyjny z oprzyrządowaniem	4					
2.	Stół operacyjny uniwersalny	1					
3.	Fotel operacyjny do zabiegów endoskopowych, ginekologicznych, urologicznych	2					
4.	Łóżko wielopozycyjne z oprzyrządowaniem	10					
5.	Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem	10					
6.	Szafka przyłóżkowa na kółkach	10					
7.	Materac przeciwodleżynowy	10					
8.	Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem	20					
9.	Szafka przyłóżkowa na kółkach	20					
10.	Materac przeciwodleżynowy	20					
11.	Łóżko wielopozycyjne z oprzyrządowaniem	4					
12.	Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem	2					
13.	Szafka przyłóżkowa na kółkach	6					
14.	Łóżko szpitalne z łamanym leżem z wyposażeniem	35					
15.	Szafka przyłóżkowa na kółkach	35					
16.	Materac przeciwodleżynowy paroprzepuszczalny	45					
17.	Łóżko szpitalne z łamanym leżem z wyposażeniem	35					
18.	Szafka przyłóżkowa na kółkach	35					
19.	Materac przeciwodleżynowy paroprzepuszczalny	45					
20.	Łóżko z regulowaną wysokością leża	2					
21.	Stół diagnostyczno-zabiegowy z oprzyrządowaniem	1					

22.	Stół diagnostyczno-zabiegowy z oprzyrządowaniem	1				
23.	Stół diagnostyczno-zabiegowy z oprzyrządowaniem	1				
24.	Stół diagnostyczno-zabiegowy z oprzyrządowaniem	1				
25.	Stół diagnostyczno-zabiegowy z oprzyrządowaniem	2				
26.	Umywalka lekarska z baterią bezdotykową	2				
27.	Lampa uniwersalna bakteriobójcza mobilna z termoobiegiem	1				
28.	Lampa diagnostyczno-zabiegowa	1				
29.	Lampa diagnostyczno-zabiegowa	1				
30.	Lampa diagnostyczno-zabiegowa	1				
31.	Lampa diagnostyczno-zabiegowa	1				
32.	Lampa diagnostyczno-zabiegowa	1				
33.	Dozownik tlenu z nawilżaczem	20				
34.	Dozownik tlenu z nawilżaczem	10				
35.	Dozownik tlenu z nawilżaczem	20				
36.	Dozownik tlenu z nawilżaczem	10				
37.	Regulator próżni do centralnej instalacji	30				
38.	Regulator próżni do centralnej instalacji	20				
39.	Dźwig do podnoszenia pacjentów	1				
40.	Konsola zasilająca do mycia leżących pacjentów	1				
41.	Wanna- wózek do mycia leżących pacjentów	1				
42.	Konsola zasilająca do mycia leżących pacjentów	1				
43.	Wanna- wózek do mycia leżących pacjentów	1				
44.	Konsola zasilająca do mycia leżących pacjentów	1				
45.	Wanna- wózek do mycia leżących pacjentów	1				
46.	Konsola zasilająca do mycia leżących pacjentów	1				
47.	Wanna- wózek do mycia leżących pacjentów	1				
48.	Konsola zasilająca do mycia leżących pacjentów	1				
49.	Wanna - wózek do mycia leżących pacjentów	1				
50.	Stół do przygotowania opatrunków gipsowych	1				
<b>RAZEM</b>						

## FORMULARZ CENOWY

### PAKIET NR 3 – DOSTAWA DIATERMII CHIRURGICZNYCH

L.p.	Nazwa urządzenia	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto w zł	Podatek VAT %	Cena jednostkowa brutto w zł	Cena całkowita brutto w zł	<u>Należy wpisać kolejno:</u> 1. Producent. 2. Nazwa /Typ / Model urządzenia. 3. Numer katalogowy 4. Kraj pochodzenia 5. Rok produkcji.
1.	Diatermia chirurgiczna na wózku z argonem z oprzyrządowaniem	1					
2.	Diatermia chirurgiczna na wózku z oprzyrządowaniem	4					
3.	Diatermia chirurgiczna na wózku z oprzyrządowaniem	1					
<b>RAZEM</b>							

.....  
*Podpis(y) osoby (osób) wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo.*

## FORMULARZ CENOWY

### PAKIET NR 4 – DOSTAWA APARATURY OPERACYJNEJ UROLOGICZNEJ

L.p.	Nazwa urządzenia	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto w zł	Podatek VAT %	Cena jednostkowa brutto w zł	Cena całkowita brutto w zł	<u>Należy wpisać kolejno:</u> 1. Producent. 2. Nazwa /Typ / Model urządzenia. 3. Numer katalogowy 4. Kraj pochodzenia 5. Rok produkcji.
1.	Elektroresektor bipolarny z wyposażeniem do resekcji prostaty z oprzyrządowaniem	1					
2.	Elektroresektor bipolarny z wyposażeniem do resekcji w obrębie pęcherza moczowego z oprzyrządowaniem	1					
3.	Cystouretroskopia z oprzyrządowaniem	1					
4.	Laser Holmowy z oprzyrządowaniem	1					
<b>RAZEM</b>							

.....  
*Podpis(y) osoby (osób) wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo.*

## WYKAZ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Pakiet nr 1 – Dostawa stołu operacyjnego przeziernego wraz z aparatem RTG.

**Stół operacyjny przezierny wraz z aparatem RTG dla chirurgii naczyniowej z oprzyrządowaniem – łącznie 1 szt.**

Nazwa ..... oferowanego  
 urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok  
 produkcji:.....  
 Producent:..... numer  
 seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: ..... Certyfikaty CE  
 .....  
 Wykonawca:.....klasa urządzenia  
 .....

Lp.	Opis parametru	Wartość wymagana	Wartość oferowana
<b>Generator i lampa RTG</b>			
1.	Moc generatora RTG	Min. 10 kW	
2.	Częstotliwość tętnienia wysokiego napięcia	Min. 50 kHz	
3.	Zakres napięć	Min. 40 - 120 kV	
4.	Zakres prądu [mA] <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoroscopia ciągła (standardowa)</li> <li>• Fluoroscopia ciągła (wysokokontrastowa)</li> </ul>	Min. 10,0 mA Min. 20,0 mA	
5.	Fluoroscopia pulsacyjna	Min. 12 obr/sek	
6.	Lampa z wirującą anodą	Tak	
7.	Ilość ognisk lampy RTG	Min. 2	
8.	Małe ognisko lampy RTG	Nie większe niż 0,3	
9.	Duże ognisko lampy RTG	Nie większe niż 0,6	
10.	Pojemność cieplna lampy RTG	Min. 250 kHU	
11.	Pojemność cieplna kołpaka RTG	Min. 1500 kHU	
12.	Automatyka ADC	Tak	

13.	Automatyka zabezpieczająca lampę przed przegrzaniem	Tak	
14.	Dodatkowa filtracja w celu redukcji dawki	Tak	
15.	Blendy obrotowe prostokątne, niezależne od siebie	Tak	
16.	Blenda irysowa (okrągła)	Tak	
<b>Geometria</b>			
17.	Ramię C w pełni wyważone	Tak	
18.	Angulacja (obrót wokół osi wzdłużnej)	Min.. $\pm 180^\circ$	
19.	Ruch orbitalny (obrót wokół osi poprzecznej)	Min. $135^\circ$	
20.	Odchylenie (obrót wokół osi pionowej)	Min. $\pm 10^\circ$	
21.	Przesuw poziomy [cm]	Min. 20 cm	
22.	Przesuw pionowy zmotoryzowany [cm]	Min. 45 cm	
23.	Hamulce wszystkich ruchów	Tak	
24.	Najniższa wysokość promienia poziomego	Max. 75 cm	
25.	Odległość SID [cm]	Min. 95 cm	
26.	Prześwit między wzmacniaczem obrazu a głowicą	Min. 75 cm	
27.	Aretaż kół w pozycji równoległej do stołu operacyjnego	Tak	
<b>Tor wizyjny</b>			
28.	Średnica wzmacniacza obrazu ["]	Min. 12"	
29.	Ilość dostępnych formatów wzmacniacza obrazu	Min. 3	
30.	Ilość monitorów obrazowych typu LCD	2	
31.	Przekątna ekranu monitorów ["]	Min. 18"	
32.	Luminancja	Min. 500 Cd/m <sup>2</sup>	
33.	Regulacja wysokości i kąta monitorów	Tak	
34.	Obrót obrazu	Tak	
<b>System cyfrowego obrazowania</b>			
35.	Pamięć ostatniego obrazu (LIH)	Tak	
36.	Kolimacja komputerowa zdalna na zatrzymanym obrazie (wg LIH) bez użycia promieniowania	Tak	
37.	Matryca obrazu	Min. 1000x1000 pix.	

38.	Głębokość akwizycji	Min. 12 bit	
39.	Pojemność pamięci	Min. 5000 obrazów w matrycy min. 1000x1000 pix.	
40.	Prędkość akwizycji dyskowej	Min. 6 obr/s	
41.	Przyłącze sieciowe w standardzie DICOM	Tak	
42.	Specjalistyczny pakiet naczyniowy: min. Fluoroscopia subtrakcyjna, Fluoroscopia subtrakcyjna CO <sub>2</sub> , Pixelshift, Maxop, Roadmap, Roadmap CO <sub>2</sub> , Remasking	Tak	
43.	Redukcja szumów w czasie rzeczywistym	Tak	
44.	Powiększenia, pomiary odległości i kątów	Tak	
45.	Funkcja mozaika podgląd 16 obrazów na jednym ekranie	Tak	
46.	Wyostżanie krawędzi w czasie rzeczywistym	Tak	
47.	Blendy elektroniczne przysłaniające niediagnostyczne elementy obrazu	Tak	
48.	Klawiatura alfanumeryczna do wpisywania danych i nanoszenia opisów	Tak	
49.	Zbiorcze zestawienie dawki dla badania	Tak	
<b>Wyposażenie</b>			
50.	Pedał wyzwalania skopii	Tak	
51.	Ręczne wyzwalanie skopii / grafii za pomocą uchwytu na przewodzie	Tak	
52.	Wstrzykiwacz automatyczny	Tak	
53.	Stół zabiegowy z regulowaną elektrycznie wysokością blatu.	Tak	
<b>Wymagania dodatkowe, warunki gwarancji i serwisu</b>			
54.	Rok produkcji oferowanego fabrycznie nowego sprzętu	2010	
55.	Dokumentacja: instrukcje obsługi w jęz. polskim	Tak	
56.	Certyfikaty i dopuszczenia zgodne z obowiązującym prawem	Tak	
57.	Bezterminowa licencja na dostarczone oprogramowanie	Tak	
58.	Czas trwania gwarancji na cały dostarczony sprzęt min. 24 miesiące	Tak /podać/	
59.	Gwarancja obejmuje naprawy, konserwacje, przeglądy wraz z materiałami i częściami zamiennymi	Tak	
60.	Okres, przez który dostawca gwarantuje dostępność części – minimum 10 lat	Tak	
61.	Czas reakcji serwisu, maksimum 48 godzin w dni robocze	Tak	
62.	Czas skutecznej naprawy niewymagającej wymiany części – maksimum 3 dni robocze	Tak	
63.	Czas skutecznej naprawy wymagającej importu części –	Tak	

	maksimum 7 dni roboczych		
64.	Okres niesprawności aparatu przedłużający gwarancję - powyżej 2 dni	Tak	
65.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
66.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	

**Uwaga:**

Wykonawca zobowiązany jest dołączyć dokumenty i materiały firmowe, potwierdzające zgodność zadeklarowanych parametrów technicznych ze stanem faktycznym. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli.

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

## WYKAZ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Pakiet nr 2 – Dostawa stołów operacyjnych i łóżek medycznych.

#### Poz.1. Przewoźny stół operacyjny z oprzyrządowaniem – łącznie 4 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: ..... Certyfikaty CE .....  
 Oferent:..... klasa urządzenia  
 .....

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETR WYMAGANY	OFEROWANY PARAMETR
1	Stół do operacji ogólnochirurgicznych współpracujący z wyposażeniem dodatkowym specjalistycznym do zabiegów ortopedycznych, ginekologicznych, urologicznych i innych	TAK	
2	Funkcje stołu uzyskiwane przy pomocy siłowników elektrohydraulicznych sterowanych pilotem przewodowym: - regulacja wysokości - przechył boczny - przechył wzdłużny - poziomowanie blatu przy pomocy jednego przycisku Pilot wyposażony we wskaźniki diodowe naładowania baterii	TAK	
3	Stół z funkcją wymienności blatów posiadający podstawę mobilną z możliwością jej przejazdu bez użycia wózka	TAK – 4 szt.	
4	Podstawa umożliwiająca najazd transporterem z dwóch stron	TAK	
5	Podstawa jak i blaty wykonane ze stali nierdzewnej kwasoodpornej, zmatowionej	TAK	
6	Zasilanie bateryjne 24 V z urządzeniem ładującym wbudowanym w podstawę stołu	TAK	
7	Długość stołu z blatem min. 2100 mm	TAK	
8	Całkowita szerokość blatu min. 550 mm	TAK	
9	Blat wyposażony w listwy umożliwiające montaż wyposażenia dodatkowego	TAK	
10	Zakres regulacji wysokości min. od 780 do 1100 mm	TAK	
11	Zakres regulacji oparcia pleców min. od - 45 <sup>0</sup> do 85 <sup>0</sup>	TAK	
12	Zakres regulacji podgłówek min od - 45 <sup>0</sup> do 45 <sup>0</sup>	TAK	

13	Regulacja przechyłu bocznego min +/- 30 <sup>0</sup>	TAK	
14	Regulacja przechyłu wzdłużnego (pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga) min +/- 40 <sup>0</sup>	TAK	
15	Zakres regulacji kątowej podnóżków min. od - 90 <sup>0</sup> do 20 <sup>0</sup>	TAK	
16	Podnóżki z możliwością rozchylenia o min. 180° - podnóżki blokowane przy pomocy klamek		
17	Blat stołu co najmniej 5-cio segmentowy składający się z następujących segmentów: - podglówek płytowy - dwuczęściowy segment oparcia pleców z regulacją wypiętrzenia klatki piersiowej – wypiętrzenie na wysokość min. 110 mm, wypiętrzenie dzielone w proporcji 1:2 regulowane od strony głowy pacjenta za pomocą odłączanej korby - segment lędźwiowym - segmenty nóg dwuczęściowy	TAK – 4 szt.	
18	Regulacja segmentów podglówka, oparcia pleców, oraz segmentów nóg z wykorzystaniem sprężyn gazowych ułatwiających regulację segmentami lub z pilota przy pomocy układu elektrohydraulicznego	TAK	
19	Elementy konstrukcyjne zewnętrzne podstawy oraz blatu wykonane ze stali nierdzewnej ewentualnie silikonowe osłony przegubu – nie dopuszcza się obudowy wykonanej z tworzywa oraz konstrukcji z innych materiałów niż stal nierdzewna	TAK	
20	Miękkie materace wykonane z jednolitego materiału, odcinane z blatu stołu. Materace z domieszką aktywnego srebra redukującego bakterie Ecoli i MRSA o min. 99% potwierdzonego świadectwem z laboratorium badawczego – świadectwo dołączyć do oferty.	TAK	
21	Materace bezszwowe z pianki poliuretanowej spienionej, antystatyczne	TAK	
22	Dopuszczalne obciążenie min. 225 kg	TAK	
23	Masa stołu nie przekraczająca 250 kg	TAK	
24	Stół gwarantujący możliwość wykonywania zdjęć RTG pacjenta na całej długości blatu oraz umożliwiający monitorowanie pacjenta ramieniem C na całej jego długości a w szczególności:	TAK	
25	- konstrukcja blatu przezierna dla promieni RTG na całej długości bez poprzecznych przeszkód utrudniających wykonywanie zdjęć RTG i monitorowanie pacjenta	TAK	
26	- wykonywanie zdjęć RTG przy pomocy tacy uniwersalnej umieszczanej i przesuwanej w tunelu w blacie	TAK	
27	- przesuw wzdłużny blatu wynoszący min. 300 mm regulowany mechanicznie lub elektrohydraulicznie	TAK	
28	- konstrukcja blatu bez jakichkolwiek elementów i belek poprzecznych utrudniających prześwietlanie	TAK	

29	Regulacja przesuwu wzdłużnego przy pomocy uchwytów owalnych – zwalnianie przy pomocy rączki umieszczonej pod uchwytem	TAK	
30	<p>Wyposażenie do 4 szt. stołów :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- transporter do przewożenia blatów osadzony na czterech kołach podwójnych z centralną blokadą oraz funkcją jazdy kierunkowej posiadający funkcję regulacji wysokości – 4 szt.</li> <li>- wieszak na kroplówkę z uchwytem mocującym – 4 szt.</li> <li>- podpórka ręki z uchwytem mocującym o długości min. 45 cm – 8 szt.</li> <li>- podkolanniki z uchwytami mocującymi umożliwiającymi regulację kątową i pionową – 2 szt.</li> <li>- miska urologiczna z uchwytem – 1 szt.</li> <li>- ramka ekranu anestezjologicznego z uchwytem mocującym – 4 szt.</li> <li>- uchwyt przewodów anestezjologicznych z uchwytem mocującym – 2 szt.</li> <li>- segment ginekologiczny do przedłużenia blatu mocowany do segmentu siedziska – 1 szt.</li> <li>- wózek – podstawa przejezdna na wyposażenie – 1 szt.</li> <li>- podpora do operacji klatki piersiowej z uchwytem mocującym – 1 szt.</li> <li>- podpora do operacji ręki ze stali nierdzewnej z uchwytem mocującym – 1 szt.</li> <li>- przystawka do operacji ręki ze stali nierdzewnej z uchwytem mocującym – 1 szt.</li> <li>- przystawka proktologiczna ze stali nierdzewnej z materacem z pianki z uchwytem mocującym – 1 szt.</li> <li>- przystawka do operacji kolana ze stali nierdzewnej z materacem z pianki z uchwytem mocującym – 1 szt.</li> <li>- podpórka ręki ze stali nierdzewnej z materacem z pianki z uchwytem mocującym - 4szt.</li> <li>- uchwyt ręki ze stali nierdzewnej z materacem z pianki z uchwytem mocującym – 4 szt.</li> <li>- uchwyt uda ze stali nierdzewnej z materacem z pianki z uchwytem mocującym – 4 szt.</li> <li>- oparcie boczno-barkowe ze stali nierdzewnej z materacem z pianki z uchwytem mocującym – 8 szt.</li> <li>- podpora do operacji łokotki ze stali nierdzewnej z uchwytem mocującym – 1 szt.</li> <li>- wałek podporowy ze stali nierdzewnej z materacem z pianki w kształcie walca z uchwytem mocującym – 4 szt.</li> <li>- oparcie łonowe ze stali nierdzewnej z materacem z pianki z uchwytem mocującym – 2 szt.</li> <li>- pas uda z klamrą – 4 szt.</li> <li>- pas tułowia z klamrą – 4 szt.</li> <li>- pas ręki nadgarstka – 4 szt.</li> <li>- podglówek specjalistyczny do ułożenia pacjenta twarzą w dół posiadający regulację rozstawu podpórek – 1 szt.</li> <li>- materac specjalistyczny do operacji kręgosłupa – 1 szt.</li> <li>- uchwyt na kasetę RTG – 2 szt.</li> <li>- blat na narzędzia z uchwytem mocującym – 4 szt.</li> <li>- przystawka ortopedyczna kompletna wyposażona w: zespół podporowy do gipsowania z blatem i kołkiem</li> </ul>	TAK	

<p>zaporowym, ramiona teleskopowe z regulacją wydłużenia i składania, łamana w dwóch osiach – 2 szt., podpórka nogi – 2 szt., podpórka prętowa 2 szt., uchwyty do podpórek 4 szt., uchwyt stopy metalowy z pasami 2 szt., uchwyt pięty 2 szt., wspornik biodra do operacji na boku – 1 szt., podpórka ramion przystawki 2 szt.,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wózek na przystawkę ortopedyczną – 1 szt.</li> <li>- krążek pod głowę żelowy o wymiarach min. 9x4x2 cm – 1 szt.</li> <li>- krążek żelowy pod głowę o wymiarach min. 14x6x3 cm - 1szt. szt.</li> <li>- krążek żelowy pod głowę o wymiarach min. 20x7,5x4 cm – 1 szt.</li> <li>- podglówek pod głowę żelowy w kształcie rożka o wymiarach min. 20x7,5x7 cm – 1 szt.</li> <li>- podglówek pod głowę żelowy w kształcie rożka o wymiarach min. 20x7,5x4 cm – 1 szt.</li> <li>- podkład pod pięty żelowy o wymiarach min. 20x11x7 cm – 2 szt.</li> <li>- Maty żelowe płaskie operacyjne na blat o wymiarach: <ul style="list-style-type: none"> <li>1/ min. 99x50x1 cm – 2 szt.</li> <li>2/ min. 50x50x1 cm 2 szt.</li> <li>3/ min. 25x50x1 cm – 2 szt.</li> <li>4/ min. 183x50x1 cm – 2 szt.</li> </ul> </li> <li>- podkład żelowy pod wałek krokowy do przystawki ortopedycznej z zapięciem rzepowym o wymiarach min. 21x18x1 cm – 1 szt.</li> <li>- podkład żelowy pod biodra w kształcie trójkąta z otworem pod wałek krokowy – 1 szt.</li> <li>- wałek żelowy o wymiarach min. 35x15x7 cm – 2 szt.</li> <li>- podkład żelowy pod twarz profilowany z wypiętrzeniami o wymiarach min. 16x6x1,6 cm – 1 szt.</li> <li>- pozycjoner uniwersalny żelowy o wymiarach min. 33x12x6 cm – 2 szt.</li> <li>- pozycjoner uniwersalny żelowy o wymiarach min. 33x7x5 cm – 2 szt.</li> <li>- półwałek żelowy o wymiarach min. 30x15x10 cm – 1 szt.</li> <li>- podkład pod ręce na podpórkę ręki o wymiarach min. 42x15x1 cm – 2 szt.</li> <li>- system do ogrzewania pacjenta 2 szt. posiadający następujące parametry:  Rozprowadzenie ciepła przy pomocy wody w specjalnych matach grzewczych  System bezpieczeństwa pokazujący ilość płynu grzewczego, automatyczny test funkcji i czytelne wyświetlacze na bieżąco informują użytkownika o prawidłowym działaniu urządzenia.  Możliwość podłączenia jednej lub dwóch mat grzewczych w różnych kształtach i rozmiarach  Precyzyjna regulacja temperatury z wyświetlaczem elektronicznym  Temperatura maty grzewczej regulowana w zakresie 35-39°C za pomocą przycisku  Konstrukcja umożliwiająca postawienie urządzenia na stole lub na mobilnym stojaku.  Zasilanie 230V, 50/60Hz</li> </ul>		
--	--	--

Moc urządzenia min. 530W Pojemność zbiornika min. 0,7l do max 1,4l Czas rozgrzewania w zakresie 20 do 37°C – 5 do 10 min Wyłącznik bezpieczeństwa przy temperaturze 41,5°C Waga nie więcej niż 9,5kg Wymiary 200x290x330mm +/- 10% Mata grzewcza, miękka, elastyczna, z systemem wodno-piankowym, wyposażona w zamknięty obieg wody, odciążenie nacisku miejscami do 52 % za pomocą wkładu piankowego dostosowującego się do ciała pacjenta, higieniczna, bezlateksowa i antybakteryjna powierzchnia, przewód łączący min. 3m z szybkozłączami, rozmiar 100x50cm, Mata grzewcza poliuretanowa miękka, możliwość stosowania jako nakrycie lub jako mata pod ciało pacjenta, przewód łączący min. 3m z szybkozłączami, rozmiar 56x70cm		
Deklaracja CE	TAK	
Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
Data i podpis Wykonawcy

## Poz. 2. Stół operacyjny uniwersalny – łącznie 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: ..... Certyfikaty CE .....  
 Oferent:..... klasa urządzenia .....

LP.	PARAMETRY TECHNICZNE	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
1.	Mobilny hydrauliczny stół zabiegowo-operacyjny z blokadą	TAK	
2.	Szerokość całkowita min: 550 mm	TAK	
3.	Długość całkowita min: 2100 mm	TAK	
4.	Regulacja wysokości blatu w zakresie min: od 750 mm do 1000 mm	TAK	
5.	Stół przejezdny z blokadą uruchamianą pedałem nożnym	TAK	
6.	Blat stołu przezierny dla promieni RTG, mocowany na stałe do kolumny.	TAK	
7.	Możliwość monitorowania pacjenta ramieniem C.	TAK	
8.	Blat stołu składający się z 5 segmentów: - segment głowy - segment pleców dzielony z wypiętrzeniem ławeczki nerkowej w proporcji 1:2 - segment lędźwiowa - dzielone podnóżki	TAK	
9.	Zakres regulacji segmentu pleców: - opuszczanie min: - 40° - podnoszenie min: + 85°	TAK	
10.	- Zakres regulacji segmentu nożnego: - Opuszczanie min: -90° - Podnoszenie min: 20°	TAK	
11.	Zakres regulacji segmentu głowy: - opuszczanie min: -45° - podnoszenie min: 45°	TAK	
12.	Zakres regulacja pozycji – regulacja przy pomocy sprężyn gazowych z blokadą: -Trendelenburga min. 30° -anty- Trendelenburga min. 30°	TAK	
13.	Obustronna regulacja przechyłu bocznego blatu min: 25°	TAK	
14.	Regulacja wysokości za pomocą siłownika hydraulicznego nożnego umieszczonego z boku kolumny	TAK	
15.	Regulacje segmentu oparcia pleców, podgłówką, regulacja podnóżków wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
16.	Przechyły boczne uzyskiwane mechanizmem śrubowym za pomocą mechanizmu ręcznego z boku stołu	TAK	
17.	Możliwość zamiany segmentów nóg oraz segmentu głowy	TAK	
18.	Antystatyczne oraz bezszwowe materace odporne na środki dezynfekujące. Materace z domieszką aktywnego srebra redukującego bakterie Ecoli i MRSA o min. 99% potwierdzonego świadectwem z laboratorium badawczego – świadectwo dołączyć	TAK	

	do oferty.		
19.	Konstrukcja stołu oraz podstawa wykonane ze stali nierdzewnej	TAK	
20.	Kolumna stołu umieszczona centralnie	TAK	
21.	Dopuszczalne obciążenie stołu min.200 kg	TAK	
22.	Wyposażenie stołu operacyjnego: - wieszak kroplówki - ramka ekranu - ramka parawanu	TAK	
23.	Deklaracja CE	TAK	
24.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
25.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
26.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
27.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
28.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
29.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
30.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
31.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
32.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 3. Fotel operacyjny do zabiegów endoskopowych, ginekologicznych, urologicznych – łącznie 2 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

LP.	PARAMETRY TECHNICZNE	<u>PARAMETR WYMAGANY</u>	<u>PARAMETR OFEROWANY</u>
33.	Mobilny hydrauliczny fotel zabiegowo-operacyjny z blokadą	TAK	
34.	Szerokość całkowita min: 550 mm	TAK	
35.	Długość całkowita min: 2100 mm	TAK	
36.	Regulacja wysokości blatu w zakresie min: od 750mm do 1000mm	TAK	
37.	Fotel przejezdny z blokadą uruchamianą pedałem nożnym	TAK	
38.	Blat fotela przezierny dla promieni RTG, mocowany na stałe do kolumny.	TAK	
39.	Możliwość monitorowania pacjenta ramieniem C.	TAK	
40.	Blat fotela składający się z 5 segmentów: - segment głowy - segment pleców dzielony z wypiętrzeniem ławeczki nerkowej w proporcji 1:2 - segment lędźwiowa - dzielone podnóżki	TAK	
41.	Zakres regulacji segmentu pleców: - opuszczanie min: - 40° - podnoszenie min: + 85°	TAK	
42.	- Zakres regulacji segmentu nożnego: - Opuszczanie min: -90° - Podnoszenie min: 20°	TAK	
43.	Zakres regulacji segmentu głowy: - opuszczanie min: -45° - podnoszenie min: 45°	TAK	
44.	Zakres regulacja pozycji – regulacja przy pomocy sprężyn gazowych z blokadą: -Trendelenburga min. 30° -anty- Trendelenburga min. 30°	TAK	
45.	Obustronna regulacja przechyłu boczno blatu min: 25°	TAK	
46.	Regulacja wysokości za pomocą siłownika hydraulicznego nożnego umieszczonego z boku kolumny	TAK	
47.	Regulacje segmentu oparcia pleców, podgłówka, regulacja podnóżków wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
48.	Przechyły boczne uzyskiwane mechanizmem śrubowym za pomocą mechanizmu ręcznego z boku stołu	TAK	
49.	Możliwość zamiany segmentów nóg oraz segmentu głowy	TAK	

50.	Antystatyczne oraz bezszwowe materace odporne na środki dezynfekujące. Materace z domieszką aktywnego srebra redukującego bakterie Ecoli i MRSA o min. 99% potwierdzonego świadectwem z laboratorium badawczego – świadectwo dołączyć do oferty.	TAK	
51.	Konstrukcja fotela oraz podstawa wykonane ze stali nierdzewnej	TAK	
52.	Kolumna fotela umieszczona centralnie	TAK	
53.	Dopuszczalne obciążenie fotela min.200 kg	TAK	
54.	Wyposażenie fotela operacyjnego: - podkolanniki z konstrukcją ze stali nierdzewnej i materacem z pianki poliuretanowej spienionej wraz uchwytem mocującym – 2 szt. - podpórka kątowa ręki z konstrukcji ze stali nierdzewnej i materacem z pianki poliuretanowej spienionej wraz z uchwytem mocującym – 1 szt. - pas uda z klamrą – 1 szt. - pas tułowia z klamrą – 1 szt. - miska ginekologiczne z uchwytem mocującym ze stali nierdzewnej – 1 szt. - miska urologiczna z odpływem i uchwytem mocującym ze stali nierdzewnej – 1 szt. - ekran anestezjologiczny ze stali nierdzewnej z uchwytem mocującym – 1 szt. - wieszak kroplówki ze stali nierdzewnej z uchwytem mocującym	TAK	
55.	Deklaracja CE	TAK	
56.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
57.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
58.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
59.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
60.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
61.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
62.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
63.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
64.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

## Poz. 4. Łóżko wielopozycyjne z oprzyrządowaniem

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... Oferent:.....  
 Kraj pochodzenia: .....  
 Certyfikaty CE dla łóżka i materaca – numery certyfikatów .....

### Łóżko wielopozycyjne z oprzyrządowaniem – 10 sztuk

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Długość całkowita bez przedłużenia leża	2250 ± 50mm	
	Długość leża pod materac	2000 ± 50mm	
	Szerokość leża pod materac	900± 10mm	
	Szerokość przy całkowicie opuszczonych barierkach	900 ± 30mm	
	Szerokość przy całkowicie podniesionych barierkach	1100 ± 30mm	
	Regulacja elektryczna wysokości	TAK	
	Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	450 ± 15 mm	
	Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	750 ± 15 mm	
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo. Leże podzielone na min. 4 segmenty z czego min. 3 ruchome. Segmenty leża wypełnione płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego lub płytami stalowymi lakierowanymi proszkowo zapewniającymi stabilną podstawę dla materaca oraz bezpieczną resuscytację .	TAK	
	Leże łóżka wyposażone w ogranicznik zlokalizowany w segmencie podudzia zapobiegający zsuwaniu się materaca na szczyt od strony nóg w trakcie unoszenia segmentu oparcia.	TAK	
	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców oraz osobna regulacja oparcia do pozycji krzesła kardiologicznego dostępna z jednego przycisku.	TAK	
	Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-70°	
	Elektryczna regulacja segmentu uda	TAK	
	Zakres regulacji segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-25°	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Manualna regulacja segmentu podudzia – mechanizm zapadkowy ze wspomaganie sprężyną min. 3 pozycje do łatwiejszego podniesienia segmentu z nogami pacjenta.	TAK	
	Zakres regulacji segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża.	min. -15°-0°	
	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga.	TAK	
	Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga	min. -12°- +12°	
	Rama łóżka wyposażona w obustronne wskaźniki kąta nachylenia leża z podziałką wyrażoną w stopniach w zakresie od 0° do 12° osobno do nachylenia Trendelenburga i anty-Trendelenburga.	TAK	
	<p>Regulacje funkcji sterowanych elektrycznych odbywają się z użyciem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przycisków na panelu centralnym z możliwością selektywnej blokady zlokalizowanych pod szczytem łóżka od strony nóg pacjenta – wszystkie regulacje.</li> <li>- regulacja wysokości, kąta nachylenia oparcia, segmentu uda oraz pozycji krzesła kardiologicznego sterowana z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej i wewnętrznej</li> </ul> <p>Możliwość elektrycznego ustawienia segmentów leża do pozycji krzesła kardiologicznego z wychyleniem do pozycji anty-Trendelenburga.</p> <p>Możliwość ustawienia segmentów leża do pozycji naczyniowej z uniesionymi nogami w sekcji podudzia</p>	TAK	
	4 koła o średnicy min.130 mm z indywidualną lub centralną blokadą oraz funkcją jazdy kierunkowej.	TAK	
	Funkcja jazdy kierunkowej realizowana poprzez zablokowanie do jazdy na wprost min. jednego koła od strony nóg pacjentki co umożliwi przetaczanie łóżka przez jedną osobę personelu medycznego.	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR dostępna z obustronnych dźwigni wyraźnie odróżniająca się kolorystycznie od innych i oznaczona napisem CPR lub RKO.	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami łóżka, zapewniające ochronę na całej długości leża w pozycji leżącej oraz ochronę w pozycji siedzącej po bokach. Barierki po złożeniu chowają się pod leże dla zapewnienia łatwego transferu pacjenta zarówno na wózek do transportu w pozycji leżącej jak i w pozycji siedzącej. Materace styczne są na całej długości po dostawieniu wózka do transportu pacjenta.	TAK	
	Konstrukcja barierki bocznych umożliwiająca ich składanie rozkładanie przy użyciu jednej ręki oraz zabezpiecza pacjentkę przed zaklinowaniem kończyn pod barierkami. Barierki służą dodatkowo jako podparcie przy opuszczaniu łóżka.	TAK	
	Wysokość od górnej powierzchni leża w pozycji płaskiej do górnej krawędzi barierki bocznych gdy są uniesione dla zapewnienia bezpieczeństwa zapobieganiu wypadnięciu z łóżka pacjentów przy grubości materaca do 150 mm	min 400 mm	
	Zewnętrzne wykończenie barierki bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka z tworzywa sztucznego. Szczyty łóżka od strony głowy zdejmowane jednym ruchem dla natychmiastowego dostępu anestezjologa do pacjenta w sytuacjach ratujących życie. Szczyty łóżka z tworzywa sztucznego z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka.	TAK	
	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze	min. 200 kg	
	Maksymalny łączny ciężar łóżka.	max. 145 kg	
	Łóżko oznaczone trwale znakiem CE oraz kodem kreskowym w świetle obowiązujących uregulowań unijnych.	TAK	
	<b>MATERAC</b>		
	Długość	200 cm ± 3 cm	
	Szerokość	90 cm ± 1 cm	
	Wysokość	14 cm ± 1 cm	
	Pianka z sekcjami o różnej gęstości	TAK	
	Materac piankowy, prewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwodleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	Min. 150	
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 36 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	Podać <u>max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
<b>Wymagane normy</b>			
	<p>Spełnianie następujących norm przewidzianych dla łóżek szpitalnych :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma IEC 60601-1 Określająca parametry elektrycznego wyposażenia medycznego: ogólne wymagania dotyczące bezpieczeństwa</li> <li>• Norma IEC 606 01-1-2 Norma najwyższego poziomu, określająca stopień zgodności elektromagnetycznej dla elektrycznego wyposażenia medycznego.</li> <li>• Norma IEC 60601-2-38 określająca wymagania dotyczące bezpieczeństwa łóżek szpitalnych pod względem ich konstrukcji, wytrzymałości mechanicznej, zagrożenia ze strony elementów mechanicznych, stopnia zabezpieczenia przed oddziaływaniem substancji płynnych oraz podstawowej charakterystyki.</li> </ul>	TAK	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma UL 60601. Podstawowa norma dotycząca medycznego wyposażenia elektrycznego.</li> <li>• Norma IXP 4. Określa poziom zabezpieczenia przed oddziaływaniem substancji płynnych</li> </ul>	TAK	

.....  
Data i podpis Wykonawcy

**Poz. 5. + Poz. 8 + Poz. 12 - Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem – łącznie 30 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... Oferent:.....  
 Kraj pochodzenia: .....  
 Certyfikaty CE dla łóżka i materaca – numery certyfikatów .....

**1.1. Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem – 2 szt.**

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Długość bez przedłużenia leża	2150 ± 50mm	
	Długość z przedłużeniem leża	2400 ± 50mm	
	Możliwość wydłużenia leża	TAK	
	Szerokość przy całkowicie opuszczonych barierkach	950 ± 30mm	
	Szerokość przy całkowicie podniesionych barierkach	1050 ± 30mm	
	Regulacja elektryczna wysokości z indykatorem diodowym lub dźwiękowym osiągnięcia wysokości minimalnej	TAK	
	Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	400 ± 30 mm	
	Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	800 ± 30 mm	
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta kolumnach. Leże podzielone na min. 4 ruchome segmenty wypełnione zdejmowanymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego.	TAK	
	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców	TAK	
	Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-60°	
	Elektryczna regulacja segmentu uda wraz z autokonturem	TAK	
	Zakres regulacji segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-35°	
	Elektryczna regulacja segmentu podudzia	TAK	
	Zakres regulacji segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża	min. -23°-0°	
	Autoregresja segmentu pleców i uda	TAK	
	Ruch wsteczny teleskopowy segmentu oparcia	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	TAK	
	Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga	min. -16°- +16°	
	Elektryczna regulacja pozycji krzesła kardiologicznego dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów włączając pozycję anty-Trendelenburga przekształcających pozycję łóżka do pozycji siedzącej.	TAK	
	Elektrycznie regulowana pozycja szokowa dostępna z jednego przycisku wyróżniającego się od innych przycisków. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża a następnie przechyla się do pozycji anty-Trendelenburga	TAK	
	Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża z dowolnego ustawienia łóżka.	TAK	
	Regulacje elektrycznych funkcji łóżka dostępne obustronnie z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej dla personelu medycznego z funkcjami selektywnej blokady. Wszystkie przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Regulacje niektórych funkcji elektrycznych dostępne z paneli wbudowanych w barierki od strony wewnętrznej dla pacjenta. Przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Wbudowane baterie zasilające osobna dla pozycji szokowej i osobna dla wszystkich pozostałych funkcji sterowanych elektrycznie. Takie rozwiązanie znacznie podnosi bezpieczeństwo łóżka gwarantując dostępność pozycji ratunkowej w każdej sytuacji.	TAK	
	4 koła o średnicy 150 mm bez widocznej metalowej osi antystatyczne, łatwe do dezynfekcji	TAK	
	5-te koło pod segmentem oparcia wspomagające manewrowanie łóżkiem.	TAK	
	Poziome metalowe uchwyty na akcesoria min. 8 haków	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Centralna jednoczesna blokada wszystkich kół uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg z alarmem nie włączonej blokady.	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka	TAK	
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, zapewniające ochronę na całej długości leża, wyposażone w wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45° oraz kąta nachylenia ramy łóżka dla terapii ułożeniowej.	TAK	
	Konstrukcja barierki bocznych umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki oraz zablokowanie na min. 3 różnych wysokościach. Barierki służą jako podparcie przy opuszczaniu łóżka przez pacjenta.	TAK	
	Zewnętrzne wykończenie barierki bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka z tworzywa sztucznego, bez widocznych elementów metalowych	TAK	
	Łóżko wyposażone w wskaźnik pozycji bioder do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża.	TAK	
	Łóżko wyposażone w pozycjoner przewodów i drenów.	TAK	
	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze	min. 220 kg	
	Zasilanie elektryczne 220-240 V;60 Hz/ 50 Hz	TAK	
	Łóżko wyposażone w półkę na pościel	TAK	
	Łóżko wyposażone w ramę wyciągową	TAK	
	<b>MATERAC</b>		
	Długość materaca [cm]	min 195	
	Szerokość materaca[cm]	min. 85	
	Grubość materaca [cm]	min. 14	
	Materac piankowy, przewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min. 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	min. 150	
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 48 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

## 1.2 Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem – 8 szt.

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Długość bez przedłużenia leża	2150 ± 50mm	
	Długość z przedłużeniem leża	2400 ± 50mm	
	Możliwość wydłużenia leża	TAK	
	Szerokość przy całkowicie opuszczonych barierkach	950 ± 30mm	
	Szerokość przy całkowicie podniesionych barierkach	1050 ± 30mm	
	Regulacja elektryczna wysokości z indykatorem diodowym lub dźwiękowym osiągnięcia wysokości minimalnej	TAK	
	Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	400 ± 30 mm	
	Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	800 ± 30 mm	
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta kolumnach. Leże podzielone na min. 4 ruchome segmenty wypełnione zdejmowanymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego.	TAK	
	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców	TAK	
	Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-60°	
	Elektryczna regulacja segmentu uda wraz z autokonturem	TAK	
	Zakres regulacji segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-35°	
	Elektryczna regulacja segmentu podudzia	TAK	
	Zakres regulacji segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża	min. -23°-0°	
	Autoregresja segmentu pleców i uda	TAK	
	Ruch wsteczny teleskopowy segmentu oparcia	TAK	
	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	TAK	
	Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga	min. -16°-+16°	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Elektryczna regulacja pozycji krzesła kardiologicznego dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów włączając pozycję anty-Trendelenburga przekształcających pozycję łóżka do pozycji siedzącej.	TAK	
	Elektrycznie regulowana pozycja szokowa dostępna z jednego przycisku wyróżniającego się od innych przycisków. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża a następnie przechyla się do pozycji anty-Trendelenburga	TAK	
	Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża z dowolnego ustawienia łóżka.	TAK	
	Regulacje elektrycznych funkcji łóżka dostępne obustronnie z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej dla personelu medycznego z funkcjami selektywnej blokady. Wszystkie przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Regulacje niektórych funkcji elektrycznych dostępne z paneli wbudowanych w barierki od strony wewnętrznej dla pacjenta. Przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Wbudowane baterie zasilające osobna dla pozycji szokowej i osobna dla wszystkich pozostałych funkcji sterowanych elektrycznie. Takie rozwiązanie znacznie podnosi bezpieczeństwo łóżka gwarantując dostępność pozycji ratunkowej w każdej sytuacji.	TAK	
	4 koła o średnicy 150 mm bez widocznej metalowej osi antystatyczne, łatwe do dezynfekcji	TAK	
	5-te koło pod segmentem oparcia wspomagające manewrowanie łóżkiem.	TAK	
	Poziome metalowe uchwyty na akcesoria min. 8 haków	TAK	
	Centralna jednoczesna blokada wszystkich kół uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg z alarmem nie włączonej blokady.	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, zapewniające ochronę na całej długości leża, wyposażone w wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45° oraz kąta nachylenia ramy łóżka dla terapii ułożeniowej.	TAK	
	Konstrukcja barierki bocznych umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki oraz zablokowanie na min. 3 różnych wysokościach. Barierki służą jako podparcie przy opuszczaniu łóżka przez pacjenta.	TAK	
	Zewnętrzne wykończenie barierki bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka z tworzywa sztucznego, bez widocznych elementów metalowych	TAK	
	Łóżko wyposażone w wskaźnik pozycji bioder do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża.	TAK	
	Łóżko wyposażone w pozycjoner przewodów i drenów.	TAK	
	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze	min. 220 kg	
	Zasilanie elektryczne 220-240 V;60 Hz/ 50 Hz	TAK	
	Łóżko wyposażone w półkę na pościel	TAK	
	<b>MATERAC</b>		
	Długość materaca [cm]	min 195	
	Szerokość materaca[cm]	min. 85	
	Grubość materaca [cm]	min. 14	
	Materac piankowy, przewencyjny, przeciwodleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	

<b>Lp</b>	<b>Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia</b>	<b>Wartość lub zakres wartości wymaganych</b>	<b>Wartość lub zakres wartości oferowanych</b>
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min. 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	min. 150	
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 48 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

### 1.3 Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem – 3 szt.

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Długość bez przedłużenia leża	2150 ± 50mm	
	Długość z przedłużeniem leża	2400 ± 50mm	
	Możliwość wydłużenia leża	TAK	
	Szerokość przy całkowicie opuszczonych barierkach	950 ± 30mm	
	Szerokość przy całkowicie podniesionych barierkach	1050 ± 30mm	
	Regulacja elektryczna wysokości z indykatorem diodowym lub dźwiękowym osiągnięcia wysokości minimalnej	TAK	
	Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	400 ± 30 mm	
	Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	800 ± 30 mm	
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta kolumnach. Leże podzielone na min. 4 ruchome segmenty wypełnione zdejmowanymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego.	TAK	
	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców	TAK	
	Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-60°	
	Elektryczna regulacja segmentu uda wraz z autokonturem	TAK	
	Zakres regulacji segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-35°	
	Elektryczna regulacja segmentu podudzia	TAK	
	Zakres regulacji segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża	min. -23°-0°	
	Autoregresja segmentu pleców i uda	TAK	
	Ruch wsteczny teleskopowy segmentu oparcia	TAK	
	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	TAK	
	Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga	min. -16°-+16°	
	Elektryczna regulacja pozycji krzesła kardiologicznego dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów włączając pozycję anty-Trendelenburga przekształcających pozycję łóżka do pozycji siedzącej.	TAK	
	Elektrycznie regulowana pozycja szokowa dostępna z jednego przycisku wyróżniającego się od innych przycisków. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża a następnie przechyla się do pozycji anty-Trendelenburga	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża z dowolnego ustawienia łóżka.	TAK	
	Regulacje elektrycznych funkcji łóżka dostępne obustronnie z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej dla personelu medycznego z funkcjami selektywnej blokady. Wszystkie przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Regulacje niektórych funkcji elektrycznych dostępne z paneli wbudowanych w barierki od strony wewnętrznej dla pacjenta. Przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Wbudowane baterie zasilające osobna dla pozycji szokowej i osobna dla wszystkich pozostałych funkcji sterowanych elektrycznie. Takie rozwiązanie znacznie podnosi bezpieczeństwo łóżka gwarantując dostępność pozycji ratunkowej w każdej sytuacji.	TAK	
	4 koła o średnicy 150 mm bez widocznej metalowej osi antystatyczne, łatwe do dezynfekcji	TAK	
	5-te koło pod segmentem oparcia wspomagające manewrowanie łóżkiem.	TAK	
	Poziome metalowe uchwyty na akcesoria min. 8 haków	TAK	
	Centralna jednoczesna blokada wszystkich kół uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg z alarmem nie włączonej blokady.	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka	TAK	
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, zapewniające ochronę na całej długości leża, wyposażone w wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45° oraz kąta nachylenia ramy łóżka dla terapii ułożeniowej.	TAK	
	Konstrukcja barierki bocznych umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki oraz zablokowanie na min. 3 różnych wysokościach. Barierki służą jako podparcie przy opuszczaniu łóżka przez pacjenta.	TAK	
	Zewnętrzne wykończenie barierki bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka z tworzywa sztucznego, bez widocznych elementów metalowych	TAK	
	Łóżko wyposażone w wskaźnik pozycji bioder do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża.	TAK	
	Łóżko wyposażone w pozycjoner przewodów i drenów.	TAK	
	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze	min. 220 kg	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Zasilanie elektryczne 220-240 V;60 Hz/ 50 Hz	TAK	
	Łóżko wyposażone w półkę na pościel	TAK	
	Łóżko wyposażone w system pomiaru masy ciała pacjenta w celu monitorowania, diagnozowania i leczenia z legalizacją i oznaczeniem zgodnym z wytycznymi dyrektywy 90/384/EWG wdrożoną rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 grudnia 2003 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla wag nieautomatycznych podlegających ocenie zgodności (Dz. U. z 2004 r. Nr 4, poz. 23	TAK	
	Deklaracja zgodności z dyrektywą 90/384/EWG	TAK	
	Możliwość wyświetlenia wagi z dokładnością min 100g	TAK	
	Waga wyposażona w system autokompensacji masy przedmiotów dodawanych i odejmowanych na leże w trakcie pobytu pacjenta na łóżku tak by wyświetlana waga pacjenta pozostała bez zmian.	TAK	
	Automatycznie wygaszana po max 30 s. wartość masy ciała pacjenta zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych pacjenta.	TAK	
	<b>MATERAC</b>		
	Długość materaca [cm]	min 195	
	Szerokość materaca[cm]	min. 85	
	Grubość materaca [cm]	min. 14	
	Materac piankowy, prewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min. 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	min. 150	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 48 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

#### 1.4 Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem – 7 szt.

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Długość bez przedłużenia leża	2150 ± 50mm	
	Długość z przedłużeniem leża	2400 ± 50mm	
	Możliwość wydłużenia leża	TAK	
	Szerokość przy całkowicie opuszczonych barierkach	950 ± 30mm	
	Szerokość przy całkowicie podniesionych barierkach	1050 ± 30mm	
	Regulacja elektryczna wysokości z indykatorem diodowym lub dźwiękowym osiągnięcia wysokości minimalnej	TAK	
	Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	400 ± 30 mm	
	Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	800 ± 30 mm	
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta kolumnach. Leże podzielone na min. 4 ruchome segmenty wypełnione zdejmowanymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego.	TAK	
	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców	TAK	
	Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-60°	
	Elektryczna regulacja segmentu uda wraz z autokonturem	TAK	
	Zakres regulacji segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-35°	
	Elektryczna regulacja segmentu podudzia	TAK	
	Zakres regulacji segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża	min. -23°-0°	
	Autoregresja segmentu pleców i uda	TAK	
	Ruch wsteczny teleskopowy segmentu oparcia	TAK	
	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	TAK	
	Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga	min. -16°-+16°	
	Elektryczna regulacja pozycji krzesła kardiologicznego dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów włączając pozycję anty-Trendelenburga przekształcającą pozycję łóżka do pozycji siedzącej.	TAK	
	Elektrycznie regulowana pozycja szokowa dostępna z jednego przycisku wyróżniającego się od innych przycisków. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża a następnie przechyla się do pozycji anty-Trendelenburga	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna dostępna z jednego przycisku. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża z dowolnego ustawienia łóżka.	TAK	
	Regulacje elektrycznych funkcji łóżka dostępne obustronnie z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej dla personelu medycznego z funkcjami selektywnej blokady. Wszystkie przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Regulacje niektórych funkcji elektrycznych dostępne z paneli wbudowanych w barierki od strony wewnętrznej dla pacjenta. Przyciski membranowe wodoodporne.	TAK	
	Wbudowane baterie zasilające osobna dla pozycji szokowej i osobna dla wszystkich pozostałych funkcji sterowanych elektrycznie. Takie rozwiązanie znacznie podnosi bezpieczeństwo łóżka gwarantując dostępność pozycji ratunkowej w każdej sytuacji.	TAK	
	4 koła o średnicy 150 mm bez widocznej metalowej osi antystatyczne, łatwe do dezynfekcji	TAK	
	5-te koło pod segmentem oparcia wspomagające manewrowanie łóżkiem.	TAK	
	Poziome metalowe uchwyty na akcesoria min. 8 haków	TAK	
	Centralna jednoczesna blokada wszystkich kół uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg z alarmem nie włączonej blokady.	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka	TAK	
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, zapewniające ochronę na całej długości leża, wyposażone w wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45° oraz kąta nachylenia ramy łóżka dla terapii ułożeniowej.	TAK	
	Konstrukcja barierki bocznych umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki oraz zablokowanie na min. 3 różnych wysokościach. Barierki służą jako podparcie przy opuszczaniu łóżka przez pacjenta.	TAK	
	Zewnętrzne wykończenie barierki bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka z tworzywa sztucznego, bez widocznych elementów metalowych	TAK	
	Łóżko wyposażone w wskaźnik pozycji bioder do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża.	TAK	
	Łóżko wyposażone w pozycjoner przewodów i drenów.	TAK	
	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze	min. 220 kg	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Zasilanie elektryczne 220-240 V;60 Hz/ 50 Hz	TAK	
	Łóżko wyposażone w półkę na pościel	TAK	
	<b>MATERAC</b>		
	Długość materaca [cm]	min 195	
	Szerokość materaca[cm]	min. 85	
	Grubość materaca [cm]	min. 14	
	Materac piankowy, prewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min. 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	min. 150	
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 48 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	

### 1.5 Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem - 8 szt.

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	<b>Konstrukcja</b>		
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na kolumnach, powłoka odporna na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne, promieniowanie UV	TAK	
	Leże podzielone na min. 4 ruchome segmenty wypełnione zdejmowanymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego.	TAK	
	Barierki boczne oraz szczyty łóżka wykonane z tworzywa sztucznego	TAK	
	<b>Wymiary zewnętrzne łóżka</b>		
	Długość bez przedłużenia długości leża[cm]	215-225	
	Szerokość przy maksymalnie uniesionych barierkach [cm]	max. 110	
	Szerokość przy opuszczonych barierkach	max. 99	
	<b>Sterowanie łóżkiem dla pacjenta i personelu medycznego</b>		
	Nachylenie segmentu pleców w stosunku do poziomu ramy elektrycznie sterowane[°]	min.65°	
	Nachylenie segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża elektrycznie sterowane[°]	min. 35°	
	Nachylenie segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża manulanie sterowane[°]	min. -23°	
	Regulacja elektryczna wysokości leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca [cm]	od 40 do 80 ±2	
	Regulacja wysokości z indykatorem diodowym lub dźwiękowym osiągnięcia wysokości minimalnej	TAK	
	<b>Sterowanie elektryczne łóżkiem tylko dla personelu medycznego</b>		
	Regulacja pozycji Trendelburga i anty-Trendelburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	TAK	
	Pozycja Trendelburga [°]	Min. 16°	
	Pozycja anty-Trendelburga [°]	Min. 16°	
	Regulacja pozycji krzesła kardiologicznego oraz pozycji egzaminacyjnej	TAK	

<b>Lp</b>	<b>Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia</b>	<b>Wartość lub zakres wartości wymaganych</b>	<b>Wartość lub zakres wartości oferowanych</b>
	Regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, segmentu uda, oraz regulacja wysokości leża z możliwością zablokowania tych funkcji.	TAK	
	Odsuwana do tyłu i do góry oś oparcia pleców przy jego nachylaniu (autoregresja segmentu pleców) dla zmniejszenia kompresji w obrębie jamy brzusznej i profilaktyki przeciwodleżynowej a także dla zwiększenia komfortu pacjenta.	TAK	
	Autokonturowanie – automatyczne podnoszenie segmentu uda przy podnoszeniu segmentu pleców zapobiegające zsuwaniu się pacjenta w dół łóżka, materac dopasowany do leża zapobiegający wybrzuszeniu się podczas unoszenia segmentu pleców.	TAK	
	Koła o średnicy [cm]	min. 15	
	System sterowania kierunkiem jazdy na wprost i na boki, centralna jednoczesna podwójna blokada kół dostępna z jednej dźwigni zlokalizowanej pod szczytem łóżka od strony nóg.	TAK	
	Łóżko wyposażone w alarm nie włączonej centralnej blokady kół.	TAK	
	Elastyczne i sprężynujące narożne zderzaki ochronne w każdym rogu łóżka	TAK	
	Gniazdo pod wysięgnik do kroplówek lub na inne akcesoria w każdym rogu leża.	TAK	
	Zasilanie elektryczne [V/Hz]	220-240/50	
	Wbudowany akumulator podtrzymujący sterowanie elektryczne łóżka przy zaniku zasilania sieciowego lub podczas transportu	na minimum 6 pełnych cykli	
	Sterowanie funkcjami elektrycznymi z pilota dla personelu medycznego z możliwością umocowania w barierce bocznej	TAK	
	Przycisk funkcji świadomego uruchomienia regulacji dostępna z panelu w centralnej części leża.	TAK	
	Możliwość selektywnej blokady wybranych funkcji elektrycznych przez obsługę.	TAK	
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża bez przestrzeni pomiędzy poręczami , zapewniające ochronę na całej długości leża.	TAK	
	Barierki boczne wyposażone w wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45° dla terapii ułożeniowej. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa IEC 60601-2-38	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Konstrukcja barierki bocznej umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki. Bariereki służą jako podparcie przy opuszczaniu łóżka przez pacjenta.	TAK	
	Pozycjonowanie do badania – funkcja dostępna z jednego przycisku - jednoczesne wypoziomowanie wszystkich segmentów leża z dowolnej pozycji	TAK	
	Łóżko wyposażone w wskaźnik pozycji bioder do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża.	TAK	
	Łóżko wyposażone w uchwyty na akcesoria min. 6 haków	TAK	
	Maksymalne obciążenie . Łóżko wyposażone w czujnik przeciążenia odcinający zasilanie. [Kg]	min. 250	
	Łatwość demontażu szczytów łóżka poprzez szybkie uniesienie, bez blokad	TAK	
	<b>Łóżko wyposażone w materac piankowy z pokrowcem</b>		
	Długość materaca [cm]	min 195	
	Szerokość materaca[cm]	min. 85	
	Grubość materaca [cm]	min. 14	
	Materac piankowy, prewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min. 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	min. 150	

<b>Lp</b>	<b>Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia</b>	<b>Wartość lub zakres wartości wymaganych</b>	<b>Wartość lub zakres wartości oferowanych</b>
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Wyposażenie</b>		
	Uchwyty na worki na mocz z każdej strony łóżka.	TAK	
	Min. 8 uchwytów do ewentualnego unieruchomienia pacjenta	TAK	
	Rama ortopedyczna podwójna dostosowana do oferowanego łóżka ze stałym szczytem tj. z przegubami ruchomymi,	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 48 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać min. 1 przegląd/rok	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	
	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

### 1.6 Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem - 2 szt.

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	<b>Konstrukcja</b>		
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na kolumnach, powłoka odporna na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne, promieniowanie UV	TAK	
	Leże podzielone na min. 4 ruchome segmenty wypełnione zdejmowanymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego.	TAK	
	Barierki boczne oraz szczyty łóżka wykonane z tworzywa sztucznego	TAK	
	<b>Wymiary zewnętrzne łóżka</b>		
	Długość bez przedłużenia długości leża[cm]	215-225	
	Szerokość przy maksymalnie uniesionych barierkach [cm]	max. 110	
	Szerokość przy opuszczonych barierkach	max. 99	
	<b>Sterowanie łóżkiem dla pacjenta i personelu medycznego</b>		
	Nachylenie segmentu pleców w stosunku do poziomu ramy elektrycznie sterowane[°]	min.65°	
	Nachylenie segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża elektrycznie sterowane[°]	min. 35°	
	Nachylenie segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża manulanie sterowane[°]	min. -23°	
	Regulacja elektryczna wysokości leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca [cm]	od 40 do 80 ±2	
	Regulacja wysokości z indykatorem diodowym lub dźwiękowym osiągnięcia wysokości minimalnej	TAK	
	<b>Sterowanie elektryczne łóżkiem tylko dla personelu medycznego</b>		
	Regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	TAK	
	Pozycja Trendelenburga [°]	Min. 16°	
	Pozycja anty-Trendelenburga [°]	Min. 16°	
	Regulacja pozycji krzesła kardiologicznego oraz pozycji egzaminacyjnej	TAK	
	Regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, segmentu uda, oraz regulacja wysokości leża z możliwością zablokowania tych funkcji.	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Odsuwana do tyłu i do góry oś oparcia pleców przy jego nachyleniu (autoregresja segmentu pleców) dla zmniejszenia kompresji w obrębie jamy brzusznej i profilaktyki przeciwoleżynowej a także dla zwiększenia komfortu pacjenta.	TAK	
	Autokonturowanie – automatyczne podnoszenie segmentu uda przy podnoszeniu segmentu pleców zapobiegające zsuwaniu się pacjenta w dół łóżka, materac dopasowany do leża zapobiegający wybrzuszeniu się podczas unoszenia segmentu pleców.	TAK	
	Koła o średnicy [cm]	min. 15	
	System sterowania kierunkiem jazdy na wprost i na boki, centralna jednoczesna podwójna blokada kół dostępna z jednej dźwigni zlokalizowanej pod szczytem łóżka od strony nóg.	TAK	
	Łóżko wyposażone w alarm nie włączonej centralnej blokady kół.	TAK	
	Elastyczne i sprężynujące narożne zderzaki ochronne w każdym rogu łóżka	TAK	
	Gniazdo pod wysięgnik do kroplówek lub na inne akcesoria w każdym rogu leża.	TAK	
	Zasilanie elektryczne [V/Hz]	220-240/50	
	Wbudowany akumulator podtrzymujący sterowanie elektryczne łóżka przy zaniku zasilania sieciowego lub podczas transportu	na minimum 6 pełnych cykli	
	Sterowanie funkcjami elektrycznymi z pilota dla personelu medycznego z możliwością umocowania w barierce bocznej	TAK	
	Przycisk funkcji świadomego uruchomienia regulacji dostępna z panelu w centralnej części leża.	TAK	
	Możliwość selektywnej blokady wybranych funkcji elektrycznych przez obsługę.	TAK	
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża bez przestrzeni pomiędzy poręczami , zapewniające ochronę na całej długości leża.	TAK	
	Barierki boczne wyposażone w wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45° dla terapii ułożeniowej. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa IEC 60601-2-38	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka	TAK	
	Konstrukcja barierki bocznej umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki. Barierki służą jako podparcie przy opuszczaniu łóżka przez pacjenta.	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Pozycjonowanie do badania – funkcja dostępna z jednego przycisku - jednocześnie wypoziomowanie wszystkich segmentów leża z dowolnej pozycji	TAK	
	Łóżko wyposażone w wskaźnik pozycji bioder do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża.	TAK	
	Łóżko wyposażone w uchwyty na akcesoria min. 6 haków	TAK	
	Maksymalne obciążenie . Łóżko wyposażone w czujnik przeciążenia odcinający zasilanie. [Kg]	min. 250	
	Łatwość demontażu szczytów łóżka poprzez szybkie uniesienie, bez blokad	TAK	
	<b>Łóżko wyposażone w materac piankowy z pokrowcem</b>		
	Długość materaca [cm]	min 195	
	Szerokość materaca[cm]	min. 85	
	Grubość materaca [cm]	min. 14	
	Materac piankowy, prewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min. 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	min. 150	
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Wyposażenie</b>		

<b>Lp</b>	<b>Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia</b>	<b>Wartość lub zakres wartości wymaganych</b>	<b>Wartość lub zakres wartości oferowanych</b>
	Uchwyty na worki na mocz z każdej strony łóżka.	TAK	
	Min. 8 uchwytów do ewentualnego unieruchomienia pacjenta	TAK	
	Rama ortopedyczna podwójna dostosowana do oferowanego łóżka ze stałym szczytem tj. z przegubami ruchomymi,	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 48 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać min. 1 przegląd/rok	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	
	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 11.Łóżko wielopozycyjne z oprzyrządowaniem – 4 sztuk**

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Długość całkowita bez przedłużenia leża	2250 ± 50mm	
	Długość leża pod materac	2000 ± 50mm	
	Szerokość leża pod materac	900± 10mm	
	Szerokość przy całkowicie opuszczonych barierkach	900 ± 30mm	
	Szerokość przy całkowicie podniesionych barierkach	1100 ± 30mm	
	Regulacja elektryczna wysokości	TAK	
	Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	450 ± 15 mm	
	Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca	750 ± 15 mm	
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo. Leże podzielone na min. 4 segmenty z czego min. 3 ruchome. Segmenty leża wypełnione płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego lub płytami stalowymi lakierowanymi proszkowo zapewniającymi stabilną podstawę dla materaca oraz bezpieczną resuscytację .	TAK	
	Leże łóżka wyposażone w ogranicznik zlokalizowany w segmencie podudzia zapobiegający zsuwaniu się materaca na szczyt od strony nóg w trakcie unoszenia segmentu oparcia.	TAK	
	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców oraz osobna regulacja oparcia do pozycji krzesła kardiologicznego dostępna z jednego przycisku.	TAK	
	Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-70°	
	Elektryczna regulacja segmentu uda	TAK	
	Zakres regulacji segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża	min. 0°-25°	
	Manualna regulacja segmentu podudzia – mechanizm zapadkowy ze wspomaganie sprężyną min. 3 pozycje do łatwiejszego podniesienia segmentu z nogami pacjenta.	TAK	
	Zakres regulacji segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża.	min. -15°-0°	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga.	TAK	
	Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga	min. -12°- +12°	
	Rama łóżka wyposażona w obustronne wskaźniki kąta nachylenia leża z podziałką wyrażoną w stopniach w zakresie od 0° do 12° osobno do nachylenia Trendelenburga i anty-Trendelenburga.	TAK	
	<p>Regulacje funkcji sterowanych elektrycznych odbywają się z użyciem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przycisków na panelu centralnym z możliwością selektywnej blokady zlokalizowanych pod szczytem łóżka od strony nóg pacjenta – wszystkie regulacje.</li> <li>- regulacja wysokości, kąta nachylenia oparcia, segmentu uda oraz pozycji krzesła kardiologicznego sterowana z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej i wewnętrznej</li> </ul> <p>Możliwość elektrycznego ustawienia segmentów leża do pozycji krzesła kardiologicznego z wychyleniem do pozycji anty-Trendelenburga.</p> <p>Możliwość ustawienia segmentów leża do pozycji naczyniowej z uniesionymi nogami w sekcji podudzia</p>	TAK	
	4 koła o średnicy min.130 mm z indywidualną lub centralną blokadą oraz funkcją jazdy kierunkowej.	TAK	
	Funkcja jazdy kierunkowej realizowana poprzez zablokowanie do jazdy na wprost min. jednego koła od strony nóg pacjentki co umożliwi przetaczanie łóżka przez jedną osobę personelu medycznego.	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR dostępna z obustronnych dźwigni wyraźnie odróżniająca się kolorystycznie od innych i oznaczona napisem CPR lub RKO.	TAK	
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami łóżka, zapewniające ochronę na całej długości leża w pozycji leżącej oraz ochronę w pozycji siedzącej po bokach. Barierki po złożeniu chowają się pod leże dla zapewnienia łatwego transferu pacjenta zarówno na wózek do transportu w pozycji leżącej jak i w pozycji siedzącej. Materace styczne są na całej długości po dostawieniu wózka do transportu pacjenta.	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Konstrukcja barierek bocznych umożliwiającą ich składanie rozkładanie przy użyciu jednej ręki oraz zabezpiecza pacjentkę przed zaklinowaniem kończyn pod barierkami. Barierki służą dodatkowo jako podparcie przy opuszczaniu łóżka.	TAK	
	Wysokość od górnej powierzchni leża w pozycji płaskiej do górnej krawędzi barierek bocznych gdy są uniesione dla zapewnienia bezpieczeństwa zapobieganiu wypadnięciu z łóżka pacjentów przy grubości materaca do 150 mm	min 400 mm	
	Zewnętrzne wykończenie barierek bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka z tworzywa sztucznego. Szczyty łóżka od strony głowy zdejmowane jednym ruchem dla natychmiastowego dostępu anestezjologa do pacjenta w sytuacjach ratujących życie. Szczyty łóżka z tworzywa sztucznego z wyprofilowanymi uchwytnymi do prowadzenia łóżka.	TAK	
	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze	min. 200 kg	
	Maksymalny łączny ciężar łóżka.	max. 145 kg	
	Łóżko oznaczone trwale znakiem CE oraz kodem kreskowym w świetle obowiązujących uregulowań unijnych.	TAK	
	<b>MATERAC</b>		
	Długość	200 cm ± 3 cm	
	Szerokość	90 cm ± 1 cm	
	Wysokość	14 cm ± 1 cm	
	Pianka z sekcjami o różnej gęstości	TAK	
	Materac piankowy, prewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	Min. 150	
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 36 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	
	<b>Wymagane normy</b>		
	Spełnianie następujących norm przewidzianych dla łóżek szpitalnych : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma IEC 60601–1 Określająca parametry elektrycznego wyposażenia medycznego: ogólne wymagania dotyczące bezpieczeństwa</li> <li>• Norma IEC 606 01-1-2 Norma najwyższego poziomu, określająca stopień zgodności elektromagnetycznej dla elektrycznego wyposażenia medycznego.</li> <li>• Norma IEC 60601-2-38 określająca wymagania dotyczące bezpieczeństwa łóżek szpitalnych pod względem ich konstrukcji, wytrzymałości mechanicznej, zagrożenia ze strony elementów mechanicznych, stopnia zabezpieczenia przed oddziaływaniem substancji płynnych oraz podstawowej charakterystyki.</li> <li>• Norma UL 60601. Podstawowa norma dotycząca medycznego wyposażenia elektrycznego.</li> <li>• Norma IXP 4. Określa poziom zabezpieczenia przed oddziaływaniem substancji płynnych</li> </ul>	TAK	

**Poz. 6 + Poz. 9 + Poz. 13 + Poz. 15 + Poz. 18 – Szafka przyłóżkowa na kółkach - łącznie 106 szt.**

**1.1. Szafka przyłóżkowa – 10 szt.**

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
•	Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali lakierowanej proszkowo. Błat szafki, blat boczny oraz czoła szuflad wykonane z wodoodpornego tworzywa (HPL)	TAK	
•	Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami tworzywowa półka na prasę. Szuflady wyposażone w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie	TAK	
•	Szuflada górna wyposażona w tworzywowy(ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na 2 części. Szuflada wysuwana spod górnego blatu szafki na prowadnicach rolkowych. Szuflada dolna wyposażona w tworzywowy(ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na 3 części. Jedna z części ma pełnić funkcję uchwytu na 2 butelki o pojemności do 1,5 l.	TAK	
•	Szafka wyposażona w możliwość montażu i demontażu odejmowanego blatu bocznego wykonanego z laminatu (możliwość montażu z prawy lub lewej strony bez użycia narzędzi) . Blat boczny wyposażony w koło ułatwiające przemieszczanie. Odczepianie blatu bocznego od ściany szafki realizowane za pomocą mechanizmu nożnego. Regulacja wysokości blatu bocznego realizowana za pomocą sprężyny gazowej umieszczonej w prostokątnej aluminiowej kolumnie.	TAK	
•	Wymiary zewnętrzne: wysokość - 880 mm (+/- 20mm) szerokość - 600 mm (+/- 20mm) głębokość - 450 mm (+/- 20mm) długość przy rozłożonym blacie bocznym. max. 1160 mm Regulacja wysokości półki bocznej 760-1100mm (+/- 20mm)	TAK	
•	Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty ze stali nierdzewnej.	TAK	
•	Tylnia część blatu szafki wyposażona w aluminiowy reling umożliwiający zawieszenie haczyków na ręczniki.	TAK	
•	Półka boczna z możliwością regulacji wysokości i kąta pochylecia, składana do boku szafki. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową.	TAK	
•	4 podwójne kółka jezdne w tym 2 z blokadą, o śr. 65 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem plus 1 koło podwójne półki bocznej.	TAK	
•	Czoła szuflad- kolor dopasowany do wypełnienia szczytów łóżka	TAK	
•	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE i lub WPIS do RWM	TAK	

•	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego w momencie dostarczenia produktów	TAK	
•	Gwarancja: 12 miesięcy	TAK	
•	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
•	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
•	Czas reakcji serwisu - 24 godz.	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

## 1.2. Szafka przyłózkowa – 20 szt.

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
•	Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali lakierowanej proszkowo. Błat szafki, blat boczny oraz czoła szuflad wykonane z wodoodpornego tworzywa (HPL)	TAK	
•	Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami tworzywowa półka na prasę. Szuflady wyposażone w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie	TAK	
•	Szuflada górna wyposażona w tworzywowy(ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na 2 części. Szuflada wysuwana spod górnego blatu szafki na prowadnicach rolkowych. Szuflada dolna wyposażona w tworzywowy(ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na 3 części. Jedna z części ma pełnić funkcję uchwytu na 2 butelki o pojemności do 1,5 l.	TAK	
•	Szafka wyposażona w możliwość montażu i demontażu odejmowanego blatu bocznego wykonanego z laminatu (możliwość montażu z prawy lub lewej strony bez użycia narzędzi) . Błat boczny wyposażony w koło ułatwiające przemieszczanie. Odczepianie blatu bocznego od ściany szafki realizowane za pomocą mechanizmu nożnego. Regulacja wysokości blatu bocznego realizowana za pomocą sprężyny gazowej umieszczonej w prostokątnej aluminiowej kolumnie.	TAK	
•	Wymiary zewnętrzne: wysokość - 880 mm (+/- 20mm) szerokość - 600 mm (+/- 20mm) głębokość - 450 mm (+/- 20mm) długość przy rozłożonym blacie bocznym. max. 1160 mm Regulacja wysokości półki bocznej 760-1100mm (+/-20mm)	TAK	
•	Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty ze stali nierdzewnej.	TAK	
•	Tylnia część blatu szafki wyposażona w aluminiowy reling umożliwiający zawieszenie haczyków na ręczniki.	TAK	
•	Półka boczna z możliwością regulacji wysokości i kąta pochylenia, składana do boku szafki. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową.	TAK	
•	4 podwójne kółka jezdne w tym 2 z blokadą, o śr. 65 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem plus 1 koło podwójne półki bocznej.	TAK	
•	Czoła szuflad- kolor dopasowany do wypełnienia szczytów łóżka	TAK	
•	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE i lub WPIS do RWM	TAK	
•	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego w momencie dostarczenia produktów	TAK	
•	Gwarancja: 12 miesięcy	TAK	
•	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
•	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
•	Czas reakcji serwisu - 24 godz.	TAK	

.....  
Data i podpis Wykonawcy

### 1.3 Szafka przyłózkowa – 6 szt.

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
•	Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali lakierowanej proszkowo. Błat szafki, błat boczny oraz czoła szuflad wykonane z wodoodpornego tworzywa (HPL)	TAK	
•	Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami tworzywowa półka na prasę. Szuflady wyposażone w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie	TAK	
•	Szuflada górna wyposażona w tworzywowy (ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na 2 części. Szuflada wysuwana spod górnego błatu szafki na prowadnicach rolkowych. Szuflada dolna wyposażona w tworzywowy (ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na 3 części. Jedna z części ma pełnić funkcję uchwytu na 2 butelki o pojemności do 1,5 l.	TAK	
•	Szafka wyposażona w możliwość montażu i demontażu odejmowanego błatu bocznego wykonanego z laminatu (możliwość montażu z prawy lub lewej strony bez użycia narzędzi). Błat boczny wyposażony w koło ułatwiające przemieszczanie. Odczepianie błatu bocznego od ściany szafki realizowane za pomocą mechanizmu nożnego. Regulacja wysokości błatu bocznego realizowana za pomocą sprężyny gazowej umieszczonej w prostokątnej aluminiowej kolumnie.	TAK	
•	Wymiary zewnętrzne: wysokość - 880 mm (+/- 20mm) szerokość - 600 mm (+/- 20mm) głębokość - 450 mm (+/- 20mm) długość przy rozłożonym błacie bocznym. max. 1160 mm Regulacja wysokości półki bocznej 760-1100mm (+/-20mm)	TAK	
•	Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty ze stali nierdzewnej.	TAK	
•	Tyłnia część błatu szafki wyposażona w aluminiowy reling umożliwiający zawieszenie haczyków na ręczniki.	TAK	
•	Półka boczna z możliwością regulacji wysokości i kąta pochylenia, składana do boku szafki. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową.	TAK	
•	4 podwójne kółka jezdne w tym 2 z blokadą, o śr. 65 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem plus 1 koło podwójne półki bocznej.	TAK	
•	Czoła szuflad- kolor dopasowany do wypełnienia szczytów łóżka	TAK	
•	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE i lub WPIS do RWM	TAK	
•	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego w momencie dostarczenia produktów	TAK	
•	Gwarancja: 12 miesięcy	TAK	
•	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
•	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
•	Czas reakcji serwisu - 24 godz.	TAK	

.....  
Data i podpis Wykonawcy

#### 1.4. SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA - szt. 35

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	PODAĆ	
2.	Szkielet szafki wykonany z profili stalowych oraz blachy ocynkowanej, pokrytej lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne i promieniowanie UV	TAK	
3.	Drzwi szafki oraz szuflada pokryte lakierem proszkowym, w dostępnym kolorze producenta	TAK	
4.	Blat szafki wykonany z płyty meblowej, z możliwością wyboru kolorów zakończony tworzywową obramówką	TAK	
5.	Szerokość całkowita szafki: 400 mm (+/-20 mm)	TAK PODAĆ	
6.	Wysokość całkowita szafki: 830 mm (+/-20 mm)	TAK PODAĆ	
7.	Głębokość szafki: 410 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
8.	Szuflada wysuwana na prowadnicach rolkowych z wyjmowanym wkładem tworzywowym	TAK	
9.	Szafka wyposażona w haczyki do zawieszania ręczników	TAK	
10	Szafka wyposażona w półkę do odkładania obuwia lub pojemników urologicznych wykonana z siatki stalowej pokrytej lakierem proszkowym. Półka wyprofilowana zabezpieczająca przed wypadnięciem przedmiotów .	TAK	
11	Szafka z możliwością montażu w późniejszym czasie dodatkowego blatu bocznego bez konieczności dokonywania przeróbek konstrukcyjno-technologicznych, oraz z możliwością zamiany stron montażu blatu bocznego, oraz otwierania drzwiczek (ustawienie prawo i lewostronne) - tworzywowe podwójne koła, nie brudzące podłoża koła,	TAK	
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,</li> <li>• WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych</li> <li>• Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami</li> <li>• Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych</li> </ul>	TAK	
11.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego w momencie dostarczenia produktów	TAK	
12.	Gwarancja min. 12 miesięcy	TAK PODAĆ	
13.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
14.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

## 1.5. SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA - szt. 35

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	PODAĆ	
2.	Szkielet szafki wykonany z profili stalowych oraz blachy ocynkowanej, pokrytej lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne i promieniowanie UV	TAK	
3.	Drzwi szafki oraz szuflada pokryte lakierem proszkowym, w dostępnym kolorze producenta	TAK	
4.	Blat szafki wykonany z płyty meblowej, z możliwością wyboru kolorów zakończony tworzywową obramówką	TAK	
5.	Szerokość całkowita szafki: 400 mm (+/-20 mm)	TAK PODAĆ	
6.	Wysokość całkowita szafki: 830 mm (+/-20 mm)	TAK PODAĆ	
7.	Głębokość szafki: 410 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
8.	Szuflada wysuwana na prowadnicach rolkowych z wyjmowanym wkładem tworzywowym	TAK	
9.	Szafka wyposażona w haczyki do zawieszania ręczników	TAK	
10	Szafka wyposażona w półkę do odkładania obuwia lub pojemników urologicznych wykonana z siatki stalowej pokrytej lakierem proszkowym. Półka wyprofilowana zabezpieczająca przed wypadnięciem przedmiotów . Dodatkowo szafka wyposażona w blat boczny składany z możliwością przechylenia	TAK	
11	Szafka z możliwością montażu w późniejszym czasie dodatkowego blatu bocznego bez konieczności dokonywania przeróbek konstrukcyjno-technologicznych, oraz z możliwością zamiany stron montażu blatu bocznego, oraz otwierania drzwiczek (ustawienie prawo i lewostronne) - tworzywowe podwójne koła, nie brudzące podłoża koła,	TAK	
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,</li> <li>• WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych</li> <li>• Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami</li> <li>• Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych</li> </ul>	TAK	
11.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego w momencie dostarczenia produktów	TAK	
12.	Gwarancja min. 12 miesięcy	TAK PODAĆ	
13.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
14.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....  
Pieczeń i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Poz. 7 + Poz. 10 - Materac przeciwodrożynowy – łącznie 30 szt.****1.1. Materac przeciwodrożynowy - 10 szt.**

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	System zmiennego ciśnienia powietrza wyposażony w 2-częściowy materac o dużych komorach stosowany w profilaktyce i terapii przeciwodrożynowej	TAK	
2.	2-częściowy materac o dużych komorach z zaworem CPR i stałą częścią głowy	TAK	
3.	Automatyczne sterowanie ciśnieniem z czujnikami	TAK	
4.	Kontrola poprawności pracy poprzez lampki kontrolne, sygnalizują uszkodzenia agregatu lub materaca	TAK	
5.	Przeznaczony dla pacjentów o wadze 40-160 kg	TAK PODAĆ	
6.	Stosowany do profilaktyki niskiego i średniego ryzyka odleżyn, od 1 do 2 stopnia	TAK	
7.	Pokrowiec materaca może być prany w pralce, wodoodporny	TAK	
8.	Zasilanie 230V 50/60Hz	TAK	
9.	Moc max 8W	TAK PODAĆ	
10.	Czas poszczególnego cyklu zmiany ciśnienie 10min	TAK PODAĆ	
11.	Wymiary pompy 160x300x120mm +/-10%	TAK PODAĆ	
12.	Waga pompy max 2,6kg	TAK PODAĆ	
13.	Materac o wymiarach 200x90x13cm	TAK PODAĆ	
14.	Konstrukcja materaca – 3 komory statyczne o stałym ciśnieniu, reszta komór o zmiennym ciśnieniu	TAK	
15.	Każda pojedyncza komora może być wymieniona, a także prana i dezynfekowana	TAK	
16.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
17.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
18.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
19.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
20.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
21.	Czas reakcji serwisu: 24 godz.	TAK	

## 1.2. Materac przeciwoleżynowy - 20 szt.

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	System zmiennego ciśnienia powietrza wyposażony w 2-częściowy materac o dużych komorach stosowany w profilaktyce i terapii przeciwoleżynowej	TAK	
2.	2-częściowy materac o dużych komorach z zaworem CPR i stałą częścią głowy	TAK	
3.	Automatyczne sterowanie ciśnieniem z czujnikami	TAK	
4.	Kontrola poprawności pracy poprzez lampki kontrolne, sygnalizują uszkodzenia agregatu lub materaca	TAK	
5.	Przeznaczony dla pacjentów o wadze 40-160 kg	TAK PODAĆ	
6.	Stosowany do profilaktyki niskiego i średniego ryzyka odleżyn, od 1 do 2 stopnia	TAK	
7.	Pokrowiec materaca może być prany w pralce, wodoodporny	TAK	
8.	Zasilanie 230V 50/60Hz	TAK	
9.	Moc max 8W	TAK PODAĆ	
10.	Czas poszczególnego cyklu zmiany ciśnienie 10min	TAK PODAĆ	
11.	Wymiary pompy 160x300x120mm +/-10%	TAK PODAĆ	
12.	Waga pompy max 2,6kg	TAK PODAĆ	
13.	Materac o wymiarach 200x90x13cm	TAK PODAĆ	
14.	Konstrukcja materaca – 3 komory statyczne o stałym ciśnieniu, reszta komór o zmiennym ciśnieniu	TAK	
15.	Każda pojedyncza komora może być wymieniona, a także prana i dezynfekowana	TAK	
16.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
17.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
18.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
19.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
20.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
21.	Czas reakcji serwisu: 24 godz.	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

### Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Poz. 12. - Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem – łącznie 2 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... Oferent:.....  
 Kraj pochodzenia: .....  
 Certyfikaty CE dla łóżka i materaca – numery certyfikatów .....

**2.1 Łóżko wielopozycyjne OIT z oprzyrządowaniem - 2 szt.**

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	<b>Konstrukcja</b>		
	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na kolumnach, powłoka odporna na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne, promieniowanie UV	TAK	
	Leże podzielone na min. 4 ruchome segmenty wypełnione zdejmowanymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego.	TAK	
	Barierki boczne oraz szczyty łóżka wykonane z tworzywa sztucznego	TAK	
	<b>Wymiary zewnętrzne łóżka</b>		
	Długość bez przedłużenia długości leża[cm]	215-225	
	Szerokość przy maksymalnie uniesionych barierkach [cm]	max. 110	
	Szerokość przy opuszczonych barierkach	max. 99	
	<b>Sterowanie łóżkiem dla pacjenta i personelu medycznego</b>		
	Nachylenie segmentu pleców w stosunku do poziomu ramy elektrycznie sterowane[°]	min.65°	
	Nachylenie segmentu uda w stosunku do poziomu ramy leża elektrycznie sterowane[°]	min. 35°	
	Nachylenie segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża manulanie sterowane[°]	min. -23°	
	Regulacja elektryczna wysokości leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca [cm]	od 40 do 80 ±2	
	Regulacja wysokości z indykatoem diodowym lub dźwiękowym osiągnięcia wysokości minimalnej	TAK	
	<b>Sterowanie elektryczne łóżkiem tylko dla personelu medycznego</b>		

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	TAK	
	Pozycja Trendelenburga [°]	Min. 16°	
	Pozycja anty-Trendelenburga [°]	Min. 16°	
	Regulacja pozycji krzesła kardiologicznego oraz pozycji egzaminacyjnej	TAK	
	Regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, segmentu uda, oraz regulacja wysokości leża z możliwością zablokowania tych funkcji.	TAK	
	Odsuwana do tyłu i do góry oś oparcia pleców przy jego nachyleniu (autoregresja segmentu pleców) dla zmniejszenia kompresji w obrębie jamy brzusznej i profilaktyki przeciwoleżynowej a także dla zwiększenia komfortu pacjenta.	TAK	
	Autokonturowanie – automatyczne podnoszenie segmentu uda przy podnoszeniu segmentu pleców zapobiegające zsuwaniu się pacjenta w dół łóżka, materac dopasowany do leża zapobiegający wybrzuszeniu się podczas unoszenia segmentu pleców.	TAK	
	Koła o średnicy [cm]	min. 15	
	System sterowania kierunkiem jazdy na wprost i na boki, centralna jednoczesna podwójna blokada kół dostępna z jednej dźwigni zlokalizowanej pod szczytem łóżka od strony nóg.	TAK	
	Łóżko wyposażone w alarm nie włączonej centralnej blokady kół.	TAK	
	Elastyczne i sprężynujące narożne zderzaki ochronne w każdym rogu łóżka	TAK	
	Gniazdo pod wyciągacz do kroplówek lub na inne akcesoria w każdym rogu leża.	TAK	
	Zasilanie elektryczne [V/Hz]	220-240/50	
	Wbudowany akumulator podtrzymujący sterowanie elektryczne łóżka przy zaniku zasilania sieciowego lub podczas transportu	na minimum 6 pełnych cykli	
	Sterowanie funkcjami elektrycznymi z pilota dla personelu medycznego z możliwością umocowania w barierce bocznej	TAK	
	Przycisk funkcji świadomego uruchomienia regulacji dostępna z panelu w centralnej części leża.	TAK	

Lp	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych
	Możliwość selektywnej blokady wybranych funkcji elektrycznych przez obsługę.	TAK	
	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża bez przestrzeni pomiędzy poręczami , zapewniające ochronę na całej długości leża.	TAK	
	Barierki boczne wyposażone w wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45° dla terapii ułożeniowej. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa IEC 60601-2-38	TAK	
	Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka	TAK	
	Konstrukcja barierki bocznych umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki. Barierki służą jako podparcie przy opuszczaniu łóżka przez pacjenta.	TAK	
	Pozycjonowanie do badania – funkcja dostępna z jednego przycisku - jednoczesne wypoziomowanie wszystkich segmentów leża z dowolnej pozycji	TAK	
	Łóżko wyposażone w wskaźnik pozycji bioder do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża.	TAK	
	Łóżko wyposażone w uchwyty na akcesoria min. 6 haków	TAK	
	Maksymalne obciążenie . Łóżko wyposażone w czujnik przeciążenia odcinający zasilanie. [Kg]	min. 250	
	Łatwość demontażu szczytów łóżka poprzez szybkie uniesienie, bez blokad	TAK	
	<b>Łóżko wyposażone w materac piankowy z pokrowcem</b>		
	Długość materaca [cm]	min 195	
	Szerokość materaca[cm]	min. 85	
	Grubość materaca [cm]	min. 14	
	Materac piankowy, przewencyjny, przeciwoleżynowy, wykonany w technologii niepalnej zgodnie z normą EN 597 1 i 2 – potwierdzone certyfikatem na zgodność z dyrektywą 2007/47/EEC z 5 września 2007 – przez jednostkę notyfikowaną.	TAK	
	Materac min. 3 strefowy – głowa, biodra, stopy z widocznymi kostkami piankowymi po zdjęciu pokrowca zapewniający zróżnicowany niski nacisk na ciało pacjenta.	TAK	
	Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami lub zszywanymi krawędziami z podklejeniem, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny tzn. hamujący podziały komórkowe bakterii i grzybów	TAK	

<b>Lp</b>	<b>Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia</b>	<b>Wartość lub zakres wartości wymaganych</b>	<b>Wartość lub zakres wartości oferowanych</b>
	Materac wykonany z pianki o różnej gęstości w strefie głowy min. 40 kg/m <sup>3</sup> i bioder oraz strefie pięt dla poprawienia prewencji przeciwoleżynowej min 30 kg/m <sup>3</sup>	TAK	
	Widoczne duże przerwy pomiędzy kostkami piankowymi o różnej wielkości w strefie głowy bioder i pięt celem poprawienia przepływu powietrza pod pokrowcem i zbieraniu się wilgoci.	TAK	
	Limit wagowy gwarantujący skuteczność prewencji w pozycji leżącej.[Kg]	min. 150	
	Materac wzmocniony na bokach pianką o wysokiej gęstości stabilizująca rdzeń z kostkami dla poprawienia bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienia schodzenia z łóżka. Przezierny dla promieni RTG.	TAK	
	<b>Wyposażenie</b>		
	Uchwyty na worki na mocz z każdej strony łóżka.	TAK	
	Min. 8 uchwytów do ewentualnego unieruchomienia pacjenta	TAK	
	Rama ortopedyczna podwójna dostosowana doza oferowanego łóżka ze stałym szczytem tj. z przegubami ruchomymi,	TAK	
	<b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>		
	Okres gwarancji na łóżka	Podać min. 24 miesiące	
	Okres gwarancji na materace	Podać min. 48 miesiące	
	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać min. 1 przegląd/rok	
	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 14.dni	
	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 14 + poz. 16 + poz. 17 + poz. 19 - Łóżko szpitalne z łamanym leżem z wyposażeniem – łącznie 70 szt. oraz Materac przeciwoleżynowy paroprzepuszczalny – łącznie 90 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... Oferent:.....  
 Kraj pochodzenia: .....  
 Certyfikaty CE dla łóżka i materaca – numery certyfikatów .....

**1.1. Łóżko szpitalne z łamanym leżem z wyposażeniem – 35 szt. oraz Materac przeciwoleżynowy paroprzepuszczalny – 45 szt.**

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ: Model:	TAK	
2.	Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych o wymiarach min. 4 x 3 cm, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK PODAĆ	
3.	Wymiary zewnętrzne łóżka: – Długość całkowita: 2100 mm, (+/- 50 mm) – Szerokość całkowita: 900 mm, (+/- 50 mm)	TAK PODAĆ	
4.	W narożnikach leża 4 krążki odbojowe, chroniące łóżko i ściany przed uderzeniami oraz otarciami	TAK	
5.	Na całej długości leża tworzywowe listwy chroniące łóżko i ściany przed otarciami	TAK	
6.	Szczyty łóżka chromowane, łatwo odejmowane, wypełnione wysokiej jakości płytą dwustronnie laminowaną, odporną na wilgoć, temperaturę, oraz promieniowanie UV	TAK	
7.	Leże łóżka 2 segmentowe	TAK	
8.	Rama leża wypełniona metalową, odejmowaną, lakierowaną siatką	TAK	
9.	W narożnikach leża tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wyciągnika z uchwytem do ręki	TAK	
10.	Wysokość leża od podłoża: 600 mm, (+/- 50 mm)	TAK PODAĆ	
11.	Regulacja kąta oparcia pleców, bezstopniowo, za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0 – 75° (+/- 5°)	TAK PODAĆ	
12.	Regulacja segmentu oparcia pleców wykonywana za pomocą dźwigni umieszczonej pod ramą leża, w miejscu łatwego dostępu dla leżącego pacjenta	TAK	
13.	Podstawa łóżka jezdna wyposażona w 4 koła o średnicy min. 125 mm z indywidualną blokadą jazdy	TAK PODAĆ	
14.	Wzmocniona podstawa leża, obciążenie maksymalne łóżka min. 170 kg	TAK PODAĆ	
15.	Możliwość montażu barierki bocznych, ramy wyciągowej	TAK	
16.	Elementy wyposażenia łóżka: -Barierka składana na ramę leża, nie wystająca poza obrys ramy leża, składająca się z minimum pięciu poprzeczek połączonych wspólną poręczą – 30 kpl Materac przeciwoleżynowy typu gofr w pokrowcu z tkaniny nieprzemakalnej oddychającej.	TAK	

	Ośłona o wymiarach 200 x 90 x 10 z zamkiem błyskawicznym min. z 2 stron( zapięcie w kształcie „L”), – 45 sztuk Wieszak kroplówki – 20 sztuk		
17.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,</li> <li>• WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych</li> <li>• Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami</li> <li>• Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych</li> </ul>	TAK	
18.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
19.	Gwarancja min. 24 miesięcy	TAK PODAĆ	
20.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
21.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
22.	Czas reakcji serwisu max. 24 godz.	TAK	
23.	Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów	TAK PODAĆ	

**1.2. Łóżko szpitalne z łamanym leżem z wyposażeniem – 35 szt. oraz  
Materac przeciwdleżynowy paroprzepuszczalny – 45 szt.**

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
•	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	TAK	
•	Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych o wymiarach min. 4 x 3 cm, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK PODAĆ	
•	Wymiary zewnętrzne łóżka: – Długość całkowita: 2100 mm, (+/- 50 mm) – Szerokość całkowita: 900 mm, (+/- 50 mm)	TAK PODAĆ	
•	W narożnikach leża 4 krążki odbojowe, chroniące łóżko i ściany przed uderzeniami oraz otarciami.	TAK	
•	Na całej długości leża tworzywowe listwy chroniące łóżko i ściany przed otarciami	TAK	
•	Szczyty łóżka chromowane, łatwo odejmowane, wypełnione wysokiej jakości płytą HPL, odporną na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
•	Leże łóżka posiada min. 3 segmenty ruchome	TAK	
•	Rama leża wypełniona metalową, odejmowaną, lakierowaną siatką	TAK	
•	W narożnikach leża tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki	TAK	
•	Wysokość leża od podłoża: 600 mm, (+/- 50 mm)	TAK PODAĆ	
•	Regulacja kąta oparcia pleców, bezstopniowo, za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0 – 75 <sup>0</sup> (+/- 5 <sup>0</sup> )	TAK PODAĆ	
•	Regulacja kąta oparcia uda, bezstopniowo, za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0 – 50 <sup>0</sup> (+/- 5 <sup>0</sup> ) Regulacja segmentu podudzia realizowana za pomocą mechanizmu zapadkowego	TAK PODAĆ	
•	Regulacja segmentu oparcia pleców oraz uda wykonywana za pomocą jednej dźwigni umieszczonej pod ramą leża, w miejscu łatwego dostępu dla leżącego pacjenta	TAK	
•	Podstawa łóżka jezdna wyposażona w 4 koła o średnicy min. 125 mm w tym 2 koła z blokadą	TAK PODAĆ	
•	Wzmocniona podstawa leża, obciążenie maksymalne łóżka min. 170 kg ) wszystkie nogi	TAK PODAĆ	
•	Możliwość montażu barierki bocznych, ramy wyciągowej	TAK	
•	Wyposażenie łóżka: Materac przeciwdleżynowy typu gofr w pokrowcu z tkaniny nieprzemakalnej oddychającej. Osłona o wymiarach 200 x 90 x 10 z zamkiem błyskawicznym min. z 2 stron( zapięcie w kształcie „L”), – 45 sztuk	TAK	
•	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
•	WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
•	Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami	TAK	

•	Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych	TAK	
•	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
•	Gwarancja min. 24 miesięcy	TAK PODAĆ	
•	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
•	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
•	Czas reakcji serwisu max. 24 godz.	TAK	
•	Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów	TAK PODAĆ	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Poz. 20 – Łóżko z regulowaną wysokością leża – łącznie 2 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... Oferent:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
•	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	TAK	
•	Szerokość całkowita 750 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
•	Długość całkowita 2070 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
•	Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie 600- 900 mm (+/- 20 mm)	TAK	
•	Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej od 0 <sup>0</sup> do 22 <sup>0</sup> (+/- 3 <sup>0</sup> ) – regulacja płynna	TAK	
•	Pozycja anti-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie od 0 <sup>0</sup> do 15 <sup>0</sup> (+/- 3 <sup>0</sup> ) – regulacja płynna	TAK	
•	Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
•	Leże dwusegmentowe wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG	TAK	
•	Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiającą jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia na całej długości leża.	TAK	
•	Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0-60° (+/- 5°) - regulacja płynna	TAK	
•	Cztery odbojniki w ramie leża	TAK	
•	Wózek wyposażony w: - chromowane bariery boczne, składane, - wieszak kroplówki, - materac,	TAK	
•	Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych (min. 6 kolorów)	TAK PODAĆ	
•	Cztery koła jezdne, z centralną blokadą, jedno z blokadą kierunkową	TAK	
•	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
•	Okres gwarancji na sprzęt	Podać min. 24 miesiące	
•	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych	Podać	
•	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
•	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 5.dni	
•	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

**Poz. 21 – 25 - Stół diagnostyczno-zabiegowy z oprzyrządowaniem – łącznie 6 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:..... klasa urządzenia .....

LP	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Szerokość całkowita 650 mm (+/- 50 mm)	TAK podać	
2.	Długość całkowita: 1950 mm (+/- 50 mm)	TAK podać	
3.	Hydrauliczna regulacja wysokości leża w zakresie 750 do 1050 mm (+/- 50 mm)	TAK podać	
4.	Czterosegmentowe tapicerowane leże z możliwością uzyskania pozycji stołu i fotela	TAK	
5.	Konstrukcja stołu wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
6.	Regulacja oparcia pleców za pomocą mechanizmu zapadkowego 0 - 80° (+/- 5°)	TAK podać	
7.	Regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga za pomocą sprężyny gazowej kąt 15° (+/- 5°)	TAK podać	
8.	Regulacja segmentu siedziska 0°- 15° (+/- 5°)	TAK podać	
9.	Stół wyposażony w szyny boczne do montowania dodatkowego wyposażenia	TAK podać	
10.	Stół wyposażony w: - podpórkę ręki – 1 szt. - podkolanniki – 2 szt. - uchwyt ręki – 2 szt. - podpórka stopy – 2 szt. - wieszak kroplówki – 1 szt.	TAK	
11.	Powierzchnie stołu łatwe do czyszczenia i dezynfekcji	TAK	
12.	Po obu stronach stołu nierdzewne szyny do mocowania wyposażenia dodatkowego	TAK	
13.	Świadectwa, certyfikaty	Podać numer	
14.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
15.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
16.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
17.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
18.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

19.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
20.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
21.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
22.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
23.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

**Poz. 26 - Umywalka lekarska z baterią bezdotykową – łącznie 2 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:..... klasa urządzenia .....

LP	OPIS PARAMETRU	PARAMETR GRANICZNY-WYMAGANY	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Myjnia wykonana w całości ze stali nierdzewnej OH18N9	TAK	
2.	Myjnia montowana na ścianie z panelem ściennym	TAK	
3.	Wyposażona w baterię bezdotykową panelową zasilaną 230V – 2 szt., podajnik mydła i płynu dezynfekcyjnego o pojemności min. 500 ml po 1 szt., podajnik szczotek – 1 szt., podajnik ręczników papierowych na min. 500 szt. – 1 szt.	TAK	
4.	głębokość komory – min. 200 mm	TAK	
5.	wyposażona w syfon odpływowy – 2 szt.	TAK	
6.	wymiary 1600 x 600 x 1240mm +/- 20 mm	TAK	
7.	odpływy zabudowane	TAK	
8.	dołączyć do oferty atest PZH na myjnie	TAK	
9.	Deklaracja CE	TAK	
10.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
11.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
12.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
13.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
14.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
15.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
16.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 27 - Lampa uniwersalna bakteriobójcza mobilna z termoobiegiem - łącznie 1 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Parametry lamp	Wymóg	
1.	lampy przepływowo o mocy 110 W na statywie jezdnym z licznikiem czasu pracy	TAK	
2.	Napięcie zasilania 230 V 50 Hz	TAK	
3.	Moc pobierania z sieci $\leq 115 \text{ VA}$ +/- 5%	TAK	
4.	Element emitujący – dwa promienniki bakteriobójcze o mocy 2x55 W. Podać jakie	TAK	
5.	Trwałość promienników – min. 8000 h	TAK	
6.	Dezynfekowana kubatura do-90 m <sup>3</sup>	TAK	
7.	Klasa zabezpieczenia przeciwpożarowego – I	TAK	
8.	Rodzaj obudowy – blacha kwasoodporna	TAK	
9.	Licznik czasu pracy z natychmiastowym odczytem	TAK	
10.	Sposób wymiany filtrów powietrza, bez użycia narzędzi	TAK	
11.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
12.	Deklaracja CE	TAK	
13.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
14.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
15.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
16.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
17.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
18.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
19.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
20.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

### 1.1. Lampa diagnostyczno-zabiegowa – 3 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis wymaganego parametru	Parametr wymagany	Parametry oferowane
1.	Zasada oświetlenia: diody LED min. 18 pól świecących. Lampa na statywie jezdnym wyposażonym min w 4 koła	TAK	
2.	Mechanizm podwieszenia lampy umożliwiający wygodne pozycjonowanie. Obrót lampy o 360°. Kopuły z tworzywa zaopatrzone w "brudny" uchwyt.	TAK	
3.	Natężenie światła lampy w odległości 1 m od czoła lampy	Min. 5 kLux	
4.	Wskaźnik oddawania barw Ra	Min.94	
5.	Temperatura barwowa	Min. 4000 °K	
6.	Średnica plamy świetlne	Min. 16 cm	
7.	Wgłębność oświetlenia	Min. 140cm	
8.	Zasilanie: 230 V 50 Hz	TAK	
9.	Trwałość źródła światła	Min. 20.000 h	
10.	Konstrukcja umożliwiająca czyszczenie, dezynfekcje i sterylizację powszechnie stosowanymi środkami	TAK	
11.	Znak zgodności CE, deklaracja zgodności	TAK	
12.	Deklaracja CE	TAK	
13.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
14.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
15.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
16.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
17.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
18.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
19.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
20.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
21.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

## 1.2. Lampa diagnostyczno-zabiegowa – 2 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1.	Lampa na mobilnym statywie z regulacją wysokości i kółkami	TAK	
2.	Kolor lampy – biały, głowica umieszczona na ramieniu przegubowym z regulacją wysokości i pochylenia. Ergonomiczny uchwyt do manewrowania.	TAK	
3.	Typ lampy: reflektor halogenowy z zimnym lustrem	TAK	
4.	Żarówka 12V/50W, 10°	TAK PODAĆ	
5.	Natężenie światła 40000 lux / 500mm	TAK PODAĆ	
6.	Powierzchnia oświetlana fi 90/180mm z odległości 500/1000mm	TAK PODAĆ	
7.	Temperatura barwowa 3000K	TAK PODAĆ	
8.	Żywotność żarówki 3000h	TAK PODAĆ	
9.	Wyłącznik wbudowany w obudowę	TAK	
10.	Wysięg lampy 800mm	TAK PODAĆ	
11.	Przyłącze do sieci 230V, 50-60Hz	TAK	
12.	Waga całkowita max 9,5kg	TAK PODAĆ	
13.	Wysokość samej podstawy 1070mm, średnica 635mm	TAK PODAĆ	
14.	Podstawa wykonana ze stali malowanej proszkowo	TAK	
15.	2 kółka z hamulcem, 2 antystatyczne, 1 normalne, średnica 50mm	TAK	
16.	Deklaracja CE	TAK	
17.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
18.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
19.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
20.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
21.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
22.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
23.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent	TAK	

	zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii		
24.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
25.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 33 - 36 Dozownik tlenu z nawilżaczem – łącznie 60 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1.	Regulator pojedynczy do tlenu z końcówką ścienną wtykową	TAK	
2.	Lekki metalowy korpus	TAK	
3.	Wydajność regulowana płynnie do 17 l/min.	TAK	
4.	Butla nawilżacza jednorazowa z wodą destylowaną min 500ml pojemności	TAK	
5.	Przyłącze gwintowane UNF 9/16	TAK	
6.	Deklaracja Zgodności CE na sprzęt medyczny kl. IIa lub zgłoszenie w Rejestrze Wyrobów Medycznych	TAK	
7.	Deklaracja CE	TAK	
8.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
9.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
10.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
11.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
12.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
13.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
14.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
15.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 37 – 38 - Regulator próżni do centralnej instalacji – łącznie 50 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1.	Ssak o wydajności 0- do min. 150 l/min (przy swobodnym przepływie), zakres regulacji próżni 0 do min –90kPa, z wtykiem typu (AGA lub DIN do wyboru przez użytkownika)	TAK	
2.	Lekki korpus regulatora próżni wykonany z trwałego tworzywa, z dużym wygodnym pokrętkiem regulacyjnym oraz z osobnym zaworem zamykającym przepływ	TAK	
3.	Manometr 0-100kPa z dodatkową skalą w mmHg	TAK	
4.	Regulator wyposażony w demontowalny zbiorniczek z zaworem przeciwprzelewowym	TAK	
5.	Dostępność części zamiennych minimum (załączyć listę): manometr+ części mechanizmu regulatora membranowego +zabezpieczenie przeciwprzelewowe	TAK	
6.	Deklaracja Zgodności CE na sprzęt medyczny kl. IIa lub zgłoszenie w Rejestrze Wyrobów Medycznych	TAK	
7.	Deklaracja CE	TAK	
8.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
9.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
10.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
11.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
12.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
13.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
14.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
15.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 39 - Dźwig do podnoszenia pacjentów – 1 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

LP	PARAMETRY	Wymagany parametr odcinający	Parametr oferowany /wypełnia wykonawca/
1.	Udźwig 200 kg (+/- 5 kg)	Tak	
2.	Podnoszenie ramienia elektryczne	Tak	
3.	Panel sterowania umieszczony pod ergonomicznym uchwytem do przemieszczania podnośnika	Tak	
4.	Bezprzewodowy sterownik ręczny	Tak	
5.	Dwie prędkości podnoszenia dostępne z panelu sterowniczego jak i z pilota	Tak	
6.	Prędkość podnoszenia bez obciążenia 42 mm/s (+/- 0,5 cm/min)	Tak	
7.	Opcjonalna prędkość podnoszenia bez obciążenia 38 mm/s (+/- 0,5 cm/min)	Tak	
8.	Regulacja szerokości podstawy – elektryczna, dostępna z panelu centralnego a także z pilota bezprzewodowego	Tak	
9.	Awaryjne opuszczanie mechaniczne i elektryczne	Tak	
10.	Awaryjna blokada funkcji elektrycznych	Tak	
11.	Wyłącznik automatyczny	Tak	
12.	Akumulator ze wskaźnikiem poziomu naładowania	Tak	
13.	Indywidualny hamulec w tylnych kołach	Tak	
14.	Wysokość podstawy 100 mm (+/- 5 mm)	Tak	
15.	Maksymalny czas naładowania akumulatora 5 godzin (+/- 1 h)	Tak	
16.	Wbudowana automatyczna ładowarka	Tak	
17.	Podnośnik wykonany z aluminium	Tak	
18.	Możliwość prania nosideł w temp. 60 – 80°C	Tak	
19.	Akcesoria w komplecie: – Uchwyt nośny uniwersalny – Nosidła w rozmiarze S, M ,L – Pilot – Skrócona instrukcja obsługi	Tak	
20.	System diagnostyczny który powiadomi o konieczności serwisowania (dioda na panelu sterującym)	Tak	
21.	Deklaracja zgodności z normami UE	Tak	
22.	Uruchomienie	Tak	
23.	Deklaracja CE	TAK	
24.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
25.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
26.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie	Podać max. 24	

	gwarancji	godziny	
27.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
28.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
29.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
30.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
31.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
32.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 40 – 49 - Wanna - wózek do mycia leżących pacjentów – łącznie 5 szt. oraz  
Konsola zasilająca do mycia leżących pacjentów – łącznie 5 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:..... klasa urządzenia .....

Lp.	Opis wymaganego parametru	Parametr wymagany	Parametry oferowane
1.	Konstrukcja wózka wykonana ze stali nierdzewnej w gatunku OH18N9	TAK	
2.	Przystosowany do mycia pacjentów leżących	TAK	
3.	Wózek wyposażony w pokrowiec – wannę nieprzemakalną	TAK	
4.	Dołączony wąż spustowy oraz wyposażony w uchylne burty	TAK	
5.	Hydrauliczna regulacja wysokości (z podniesionymi burtami) w zakresie od min. 690 do 970 mm – dźwignie do regulacji umiejscowione po obu stronach wózka	TAK	
6.	Wyposażony w 4 koła z centralną blokadą kół	TAK	
7.	Wymiary: min. 2200 x 900 mm	TAK	
8.	Deklaracja CE	TAK	
9.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
10.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
11.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
12.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
13.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
14.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 50 - Stół do przygotowania opatrunków gipsowych – łącznie 1 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis wymaganego parametru	Parametr wymagany	Parametry oferowane
1.	Stół do opasek gipsowych, z szafką,	TAK	
2.	Stół wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9	TAK	
3.	wyposażony w jedną komorę z osadnikami gipsu umieszczoną po lewej stronie stołu. Wymiary komory (dłxszxwys) w mm: 450x450x150.	TAK	
4.	Wszystkie boki zagłębione. Stół zabudowany szafką z prawej strony z drzwiami otwieranymi skrzydłowo. Wewnątrz szafki jedna półka czyli dwie przestrzenie. Półka montowana na stałe,	TAK	
5.	Wyrób na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK	
6.	Stopki wykonane z tworzywa sztucznego.	TAK	
7.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
8.	Stół bez baterii i bez otworu pod baterie sztorcową.	TAK	
9.	Wymiary: min. 1400 x 600 x 850 mm	TAK	
10.	Deklaracja CE	TAK	
11.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
12.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
13.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
14.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
15.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
16.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
17.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

## WYKAZ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Pakiet nr 3 – Dostawa diatermii chirurgicznych.

#### Poz. 1 - Diatermia chirurgiczna na wózku z argonem z oprzyrządowaniem – łącznie 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Wartość lub zakres wartości oferowanych
1.	Zasilanie elektryczne 230V 50 Hz	TAK	
2.	Cięcie monopolarne z mocą do min. 300W	TAK Podać	
3.	Regulacja mocy dla cięcia monopolarnego z dokładnością do 1W w całym zakresie	TAK	
4.	Możliwość wyboru rodzaju cięcia monopolarnego między: <ul style="list-style-type: none"> <li>- cięciem delikatnym - do zabiegów mikrochirurgicznych, laparoskopowych</li> <li>- cięciem intensywnym – do zabiegów otwartych</li> <li>- cięciem wysokowydajnym do zabiegów w płynach, do cięcia tłuszczu, itp.</li> </ul>	TAK Opisać	
5.	Moduł do bipolarnego zamykania dużych naczyń o średnicy do 7 mm łącznie. Skuteczność zamykania naczyń do 7mm potwierdzona załączonym do oferty: certyfikatem uprawnionej do tego instytucji, np. certyfikat FDA	TAK Podać	
6.	Możliwość wyboru min. 6 prądów zróżnicowanych pod względem hemostazy dla każdego z w/w rodzaju cięcia monopolarnego	TAK Podać	
7.	Koagulacja monopolarna z mocą maksymalną nie mniejszą niż 120 W	TAK	
8.	Regulacja mocy dla koagulacji monopolarnej z dokładnością do 1W w całym zakresie	TAK	
9.	Możliwość wyboru min. 3 rodzajów koagulacji monopolarnej (delikatna, intensywna, spray)	TAK	
10.	Możliwość wyboru min. 2 prądów zróżnicowanych pod względem hemostazy dla każdego z w/w rodzaju koagulacji monopolarnej	TAK Podać	
11.	Funkcje monopolarne opisane w pkt. 2-9 dostępne także w osłonie argonu	TAK Podać	
12.	Min. dwa niezależne wyjścia monopolarne, tzn. takie, którym można przypisać różne parametry dla cięcia i koagulacji	TAK	
13.	Koagulacja bipolarna z mocą maksymalną nie mniejszą niż 120 W	TAK	
14.	Regulacja mocy dla koagulacji bipolarnej z dokładnością do 1W w całym zakresie	TAK	

15.	Możliwość wyboru min. 3 rodzajów koagulacji bipolarnej (delikatna, intensywna, mikrochirurgiczna)	TAK Podać	
16.	Możliwość wyboru min. 2 prądów zróżnicowanych pod względem hemostazy dla każdego z w/w rodzaju koagulacji bipolarnej	TAK Podać	
17.	Aparat wyposażony w układy monitorujące jakość połączenia elektrody neutralnej z ciałem pacjenta; sygnalizacja stanów zagrażających zdrowiu pacjenta (komunikaty w jęz. polskim)	TAK Opisać	
18.	Czytelna informacja o aktualnym stanie połączenia elektrody ze skórą pacjenta (wizualna – w postaci np. linijki i liczbowa – dane o rezystancji połączenia)	TAK Opisać	
19.	Aktywacja cięcia i koagulacji monopolarnej z włącznika nożnego oraz uchwytu elektrody czynnej	TAK	
20.	Funkcja Auto-Start dla koagulacji bipolarnej	TAK	
21.	Funkcja Auto-Stop dla koagulacji bipolarnej i monopolarnej	TAK	
22.	Możliwość zapamiętania min. 20 programów pod nazwą własną	TAK	
23.	Wizualna i akustyczna sygnalizacja pracy; sygnały akustyczne zróżnicowane dla każdego trybu pracy	TAK	
24.	Aparat wyposażony w gniazdo do komunikacji zewnętrznej dla celów serwisowych wraz z niezbędnym oprogramowaniem	TAK Opisać	
25.	Autotest po włączeniu, komunikaty błędów w jęz. polskim	TAK Opisać	
26.	Masa aparatu nie większa niż 10 kg	TAK	
27.	Aparat przystosowany do przyłączania kabli mono- i bipolarnych w standardzie Valleylab i ERBE	TAK	
28.	Osprzęt wielorazowego użytku przeznaczony do wielokrotnej sterylizacji w autoklawie w temp. do 134°C	TAK	
29.	Wielorazowy uchwyt monopolarny z przyciskami i odłączalnym kablem dł. min. 3m – 3kpl.	TAK	
30.	Elektroda monopolarna nożowa, prosta – 3 szt.	TAK	
31.	Elektroda monopolarna igłowa, prosta – 3 szt.	TAK	
32.	Elektroda monopolarna kulkowa 4mm, prosta – 2 szt.	TAK	
33.	Przedłużka elektrod monopolarnych dł. 8-10cm – 1 szt.	TAK	
34.	Wielorazowy uchwyt monopolarny do pracy w osłonie argonu, z przyciskami i odłączalnym kablem dł. min. 3m – 2kpl.	TAK	
35.	Elektroda tnąco-koagulująca do pracy w osłonie argonu, dł. 8-10cm, 2 szt.	TAK	
36.	Elektroda tnąco-koagulująca do pracy w osłonie argonu, dł. min. 30cm, 1 szt.	TAK	
37.	Pęseta bipolarna, prosta dł. 19-20cm, końcówki 1mm, z kablem dł. min. 3m – 2 szt.	TAK	
38.	Elektroda neutralna wielorazowa o powierzchni min. 480cm <sup>2</sup> , 2 pasy mocujące z zapinkami – 1 kpl.	TAK	
39.	Kabel elektrody neutralnej wielorazowej – 1 szt.	TAK	
40.	Elektroda neutralna jednorazowa, dzielona (dla dorosłych) – min. 200 szt.	TAK	

41.	Kabel elektrody neutralnej jednorazowej- 2 szt.	TAK	
42.	Kleszcze do bipolarnego zamykania naczyń zagięte dł. 20±1 cm z kablem o długości. min. 4m  W przypadku zaferowania instrumentów wymagających stosowanie jednorazowych nakładanych elektrod wymaga się dostarczenie 50 szt. elektrod razem z instrumentem. W przypadku instrumentu wielorazowego użytku wymaga się dostarczenie takiej ilości aby było możliwe wykonanie 50 zabiegów. W przypadku instrumentów jednorazowych wymaga się dostarczenia 50 instrumentów.	TAK Podać	
43.	Kleszcze do bipolarnego zamykania naczyń zagięte dł. 27±1 cm z kablem o długości. min. 4m  W przypadku zaferowania instrumentów wymagających stosowanie jednorazowych nakładanych elektrod wymaga się dostarczenie 50 szt. elektrod razem z instrumentem. W przypadku instrumentu wielorazowego użytku wymaga się dostarczenie takiej ilości aby było możliwe wykonanie 50 zabiegów. W przypadku instrumentów jednorazowych wymaga się dostarczenia 50 instrumentów	TAK Podać	
44.	Kleszcze do zamykania naczyń, do laparoskopii dł. 34±1cm.z kablem dł. min. 4m  W przypadku zaferowania instrumentów wymagających stosowanie jednorazowych nakładanych elektrod wymaga się dostarczenie 50 szt. elektrod razem z instrumentem. W przypadku instrumentu wielorazowego użytku wymaga się dostarczenie takiej ilości aby było możliwe wykonanie 50 zabiegów. W przypadku instrumentów jednorazowych wymaga się dostarczenia 50 instrumentów	TAK Podać	
45.	Bipolarne nożyczki do chirurgii otwartej o długości 23 – 24 cm, z kablem dł. min 4m – min. 1 komplet	TAK, Podać	
46.	Bipolarne tepe nożyczki do laparoskopii, z funkcją cięcia i koagulacji prądem, dł. 34±1cm – min. 1 szt.	TAK, Podać	
47.	Włącznik nożny, podwójny z przyciskiem do zmiany programu – 1 szt. (do dezynfekcji)	TAK	
48.	Włącznik nożny, pojedynczy – 1 szt. (do dezynfekcji)	TAK	
49.	Wózek pod aparaturę	TAK	
50.	Butla z argonem 5l, 2 szt	TAK	
51.	Instrukcja obsługi w jęz. polskim	TAK	
52.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
53.	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 5.dni	
54.	Deklaracja CE	TAK	
55.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
56.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
57.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	

58.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
59.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
60.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
61.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
62.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
63.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 2 – 3 - Diatermia chirurgiczna na wózku z oprzyrządowaniem – łącznie 5 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Wartość lub zakres wartości oferowanych
64.	Zasilanie elektryczne 230V 50 Hz	TAK	
65.	Cięcie monopolarne z mocą do min. 300W	TAK Podać	
66.	Regulacja mocy dla cięcia monopolarnego z dokładnością do 1W w całym zakresie	TAK	
67.	Możliwość wyboru rodzaju cięcia monopolarnego między: - cięciem delikatnym - do zabiegów mikrochirurgicznych, laparoskopowych - cięciem intensywnym – do zabiegów otwartych	TAK Opisać	
68.	Możliwość wyboru min. 6 prądów zróżnicowanych pod względem hemostazy dla każdego z w/w rodzaju cięcia monopolarnego	TAK Podać	
69.	Koagulacja monopolarna z mocą maksymalną nie mniejszą niż 120 W	TAK	
70.	Regulacja mocy dla koagulacji monopolarnej z dokładnością do 1W w całym zakresie	TAK	
71.	Możliwość wyboru min. 3 rodzajów koagulacji monopolarnej (delikatna, intensywna, spray)	TAK	
72.	Możliwość wyboru min. 2 prądów zróżnicowanych pod względem hemostazy dla każdego z w/w rodzaju koagulacji monopolarnej	TAK Podać	
73.	Min. dwa niezależne wyjścia monopolarne, tzn. takie, którym można przypisać różne parametry dla cięcia i koagulacji	TAK	
74.	Koagulacja bipolarna z mocą maksymalną nie mniejszą niż 120 W	TAK	
75.	Regulacja mocy dla koagulacji bipolarnej z dokładnością do 1W w całym zakresie	TAK	
76.	Możliwość wyboru min. 4 prądów zróżnicowanych pod względem hemostazy dla koagulacji bipolarnej	TAK Podać	
77.	Aparat wyposażony w układy monitorujące jakość połączenia elektrody neutralnej z ciałem pacjenta; sygnalizacja stanów zagrażających zdrowiu pacjenta	TAK Opisać	
78.	Czytelna informacja o aktualnym stanie połączenia elektrody ze skórą pacjenta (wizualna – w postaci np. linijki i liczbowa – dane o rezystancji połączenia)	TAK Opisać	
79.	Aktywacja cięcia i koagulacji monopolarnej z włącznika nożnego oraz uchwytu elektrody czynnej	TAK	
80.	Funkcja Auto-Start dla koagulacji bipolarnej	TAK	
81.	Funkcja Auto-Stop dla koagulacji bipolarnej i monopolarnej	TAK	
82.	Możliwość zapamiętania min. 10 programów pod nazwą własną	TAK	
83.	Wizualna i akustyczna sygnalizacja pracy; sygnały akustyczne zróżnicowane dla każdego trybu pracy	TAK	
84.	Aparat wyposażony w gniazdo do komunikacji zewnętrznej dla celów serwisowych wraz z niezbędnym oprogramowaniem	TAK Opisać	
85.	Autotest po włączeniu, komunikaty błędów	TAK Opisać	
86.	Masa aparatu nie większa niż 10 kg	TAK	
87.	Aparat przystosowany do przyłączania kabli mono- i bipolarnych w standardzie Valleylab i ERBE	TAK	

88.	Osprzęt wielorazowego użytku przeznaczony do wielokrotnej sterylizacji w autoklawie w temp. do 134°C	TAK	
89.	Wielorazowy uchwyt monopolarny z przyciskami i odłączalnym kablem dł. min. 4m – 3kpl.	TAK	
90.	Elektroda monopolarna nożowa, prosta – 3 szt.	TAK	
91.	Elektroda monopolarna igłowa, prosta – 3 szt.	TAK	
92.	Elektroda monopolarna kulkowa 4mm, prosta – 2 szt.	TAK	
93.	Przedłużka elektrod monopolarnych dł. 8-10cm – 1 szt.	TAK	
94.	Pęseta bipolarna, prosta dł. 19-20cm, końcówki 1mm, z kablem dł. min. 4m – 2 szt.	TAK	
95.	Elektroda neutralna wielorazowa o powierzchni min. 450cm <sup>2</sup> , 2 pasy mocujące z zapinkami – 1 kpl.	TAK	
96.	Kabel elektrody neutralnej wielorazowej – 1 szt.	TAK	
97.	Elektroda neutralna jednorazowa, dzielona (dla dorosłych) – min. 200 szt.	TAK	
98.	Kabel elektrody neutralnej jednorazowej – 2 szt.	TAK	
99.	Włącznik nożny, podwójny z przyciskiem do zmiany programu – 1 szt. (do dezynfekcji)	TAK	
100.	Wózek pod aparaturę 2-półkowy	TAK	
101.	Instrukcja obsługi w jęz. polskim	TAK	
102.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
103.	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 5.dni	
104.	Deklaracja CE	TAK	
105.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
106.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
107.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
108.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
109.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
110.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
111.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
112.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
113.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

## WYKAZ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Pakiet nr 4 – Dostawa aparatury operacyjnej urologicznej.

#### Poz. 1 - Elektroresektor bipolarny z wyposażeniem do resekcji prostaty z oprzyrządowaniem – łącznie 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Wartość lub zakres wartości oferowanych
1.	Optyka 12°, śr. 4 mm, dł. 30 cm, autoklawowalna, szerokokątna, zawiera system soczewek wałeczkowych - 2 szt.	TAK	
2.	Element pracujący resektoskopu, bipolarny, bierny; przyłącze kabla od dołu. Rękojeść zamknięta, obejma kciuka obrotowa; odłączanie elektrody za pomocą przycisku na elemencie ceramicznym(izolującym) – 2 szt.	TAK	
3.	Płaszcz resektoskopu 26 Fr., dziób skośny, z dwoma zaworami LUER-Lock, nieobrotowy. – 2 szt.	TAK	
4.	Obturator standardowy, do zast. z płaszczami resektoskopu 24/26 Fr. – 2 szt.	TAK	
5.	Pętla tnąca, bipolarna, 24/26 Fr., do zast. z optyką 12st. Dwubiegunowa konstrukcja elektrody tnącej; elektroda zawiera aktywną część tnącą oraz część neutralną umieszczoną nad częścią aktywną – 30 szt.	TAK	
6.	Elektroda koagulacyjna, bipolarna, kulkowa, 24/26 Fr., do zast. z optyką 30/12st. – 18 szt.	TAK	
7.	Elektroda koagulacyjna, bipolarna, ostra, 24/26 Fr., do zast. z optyką 12st. – 6 szt.	TAK	
8.	Tuleja ochronna do sterylizacji i przechowywania elektrod, pętli oraz noży – 2 szt.	TAK	
9.	Przewód w. cz., bipolarny, dł. 3 m, do zast. z diatermią chirurgiczną – 3 szt.	TAK	
10.	Kontener do sterylizacji i przechowywania zestawu; wyposażony w silikonowe zapinki osadzone na dowolnie instalowanych trzpieniach zabezpieczające instrumenty przed przemieszczaniem się, minimum 12 szt. - perforowany - zamykany przezroczystą pokrywą - wyłożony silikonową matą z „językiem” - do wykorzystania w sterylizacji plazmowej, gazowej i autoklawie. – łącznie – 2 szt.	TAK	
11.	Smar do zaworów instrumentów w tubce – 2 szt.	TAK	
12.	Szczoteczka do czyszczenia, śr.zew. 7 mm, dł. 35 cm – 2 szt.	TAK	
13.	Światłowód, śr. 3,5 mm, dł. 230 cm – 2 szt.	TAK	

14.	Wyposażenie dodatkowe:  Element pracujący resektoskopu, bipolarny, aktywny. Rękojeść zamknięta, obejma kciuka obrotowa; odłączanie elektrody za pomocą przycisku na elemencie ceramicznym (izolującym) - 1 szt  Adapter do połączenia światłowodu z posiadanym źródłem światła Wolf – 1 szt.  Szczoteczka do czyszczenia branszy instrumentów - 1 szt.	TAK	
15.	Instrukcja obsługi w jęz. polskim	TAK	
16.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
17.	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 5.dni	
18.	Deklaracja CE	TAK	
19.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
20.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
21.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
22.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
23.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
24.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
25.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
26.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
27.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**Poz. 2 - Elektroresektor bipolarny z wyposażeniem do resekcji w obrębie pęcherza moczowego z oprzyrządowaniem – łącznie 1 szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia: .....  
 Typ: ..... Model: ..... Rok produkcji: .....  
 Producent: ..... numer seryjny: .....  
 Kraj pochodzenia: ..... Certyfikaty CE .....  
 Oferent: ..... klasa urządzenia .....

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Wartość lub zakres wartości oferowanych
1.	Optyka 30°, śr. 4 mm, dł. 30 cm, autoklawowalna, szerokokątna, zawiera system soczewek wałeczkowych. - 2 szt.	TAK	
2.	Element pracujący resektoskopu, bipolarny, bierny, Rękojeść zamknięta, obejma kciuka obrotowa; odłączanie elektrody za pomocą przycisku na elemencie ceramicznym(izolującym) – 2 szt.	TAK	
3.	Płaszcz resektoskopu 26 Fr., dziób skośny, z dwoma LUER-Lock, nieobrotowy, bez obturatora – 2 szt.	TAK	
4.	Obturator standardowy, do zast. z płaszczami resektoskopu 24/26 Fr. – 2 szt.	TAK	
5.	Pętla tnąca, bipolarna, 24/26 Fr., do zast. z optyką 30st. Dwubiegunowa konstrukcja elektrody tnącej; elektroda tnąca zawiera aktywną część tnącą oraz część neutralną umieszczoną nad częścią aktywną – 30 szt.	TAK	
6.	Elektroda koagulacyjna, bipolarna, kulkowa, 24/26 Fr., do zast. z optyką 12/30st. Dwubiegunowa konstrukcja elektrody tnącej; elektroda tnąca zawiera aktywną część tnącą oraz część neutralną umieszczoną nad częścią aktywną. – 6 szt.	TAK	
7.	Elektroda koagulacyjna, bipolarna, ostra, 24/26 Fr., do zast. z optyką 30st. Dwubiegunowa konstrukcja elektrody tnącej; elektroda tnąca zawiera aktywną część tnącą oraz część neutralną umieszczoną nad częścią aktywną. – 6 szt.	TAK	
8.	Tuleja ochronna do sterylizacji i przechowywania elektrod, pętli oraz noży – 2 szt.	TAK	
9.	Przewód w. cz., bipolarny, dł. 3 m, do zast. z diatermią chirurgiczną – 3 szt.	TAK	
10.	Kontener do sterylizacji i przechowywania zestawu; wyposażony w silikonowe zapinki osadzone na dowolnie instalowanych trzpieniach zabezpieczające instrumenty przed przemieszczaniem się, minimum 12 szt. - perforowany - zamykany przezroczystą pokrywą - wyłożony silikonową matą z „językiem” - do wykorzystania w sterylizacji plazmowej, gazowej i autoklawie – łącznie – 2 szt.	TAK	
11.	Smar do zaworów instrumentów – 2 szt.	TAK	
12.	Szczoteczka do czyszczenia, śr. zew. 7 mm, dł. 35 cm – 2 szt.	TAK	
13.	Światłowód, śr. 3,5 mm, dł. 230 cm – 2 szt.	TAK	
14.	Wyposażenie dodatkowe:  Element pracujący resektoskopu, bipolarny, aktywny. Rękojeść zamknięta, obejma kciuka obrotowa; odłączanie elektrody za pomocą przycisku na elemencie ceramicznym(izolującym) - 1 szt  Adapter do połączenia światłowodu z posiadanym źródłem światła Wolf – 1 szt.	TAK	

	Szczoteczka do czyszczenia branszy instrumentów - 1 szt.		
15.	Instrukcja obsługi w jęz. polskim	TAK	
16.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
17.	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 5.dni	
18.	Deklaracja CE	TAK	
19.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
20.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
21.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
22.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
23.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
24.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
25.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
26.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
27.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

### Poz. 3 - Cystouretroskopia z oprzyrządowaniem – łącznie 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Wartość lub zakres wartości oferowanych
1.	Cysto-uretrofibroskop, śr. 15,5 Fr., dł. 37 cm, kanał roboczy 7 Fr., odgięcie 210°/140° - zestaw - 2 szt.	TAK	
2.	Kontener plastikowy do sterylizacji i przechowywania fiberoskopów o dł. rob. do 390 mm – 2 szt.	TAK	
3.	Koszyczek do wydobywania kamieni, śr. 5 Fr., dł. 60 cm, zestaw wielorazowy – 2 szt.	TAK	
4.	Elektroda koagulacyjna, monopolarna, śr. 4 Fr., dł. 73 cm. – 2 szt.	TAK	
5.	Uszczelka kanału instrumentowego, opak. 10 szt. – 2 szt.	TAK	
6.	Adapter czyszczący, do zast. z portami instrumentowymi – 2 szt.	TAK	
7.	Światłowód, śr. 2,5 mm, dł. 230 cm – 2 szt.	TAK	
8.	Zestaw, do dezynfekcji i przechowywania fiberoskopu o długości do 40 cm – 2 szt.	TAK	
9.	Uszczelka z otworem na kanał instrumentowy, śr. otworu 0,8 mm – 20 szt.	TAK	
10.	Uszczelka z otworem na kanał instrumentowy, śr. otworu 1,2 mm – 10 szt.	TAK	
11.	Instrukcja obsługi w jęz. polskim	TAK	
12.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
13.	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 5.dni	
14.	Deklaracja CE	TAK	
15.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
16.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
17.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
18.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
19.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
20.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
21.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
22.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
23.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

## Poz. 4 - Laser Holmowy z oprzyrządowaniem – łącznie 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia:.....  
 Typ: ..... Model:..... Rok produkcji:.....  
 Producent:..... numer seryjny:.....  
 Kraj pochodzenia: .....Certyfikaty CE .....  
 Oferent:.....klasa urządzenia .....

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Wartość lub zakres wartości oferowanych
1.	Holmowy laser pulsacyjny do litotrypsji kamieni układu moczowego	TAK	
2.	Maksymalna moc lasera 10W - 12W	TAK	
3.	Długość fali 2080 nm	TAK	
4.	Częstotliwość regulowana w zakresie 4 - 8 Hz	TAK	
5.	Energia regulowana w zakresie 0.5 – 1.7 J	TAK	
6.	Diodowy laser celujący: dł. fali 635 nm, czerwony	TAK	
7.	Wodny system chłodzący laser	TAK	
8.	Konstrukcja urządzenia pozwalająca na umieszczeniu urządzenia na standardowej endoskopowej kolumnie jezdnej	TAK	
9.	Urządzenie wyposażone w boczne uchwyty transportowe	TAK	
10.	Urządzenie wyposażone w funkcję rozpoznającą prawidłowej przyłączenie włókna światłowodowego	TAK	
11.	Przełącznik nożny do aktywacji lasera	TAK	
12.	Zestaw włókien światłowodowych wielorazowych: 230 $\mu\text{m}$ – szt. 3, 365 $\mu\text{m}$ – szt. 3, 600 $\mu\text{m}$ – szt. 3	TAK	
13.	Dostępne włókna laserowe jednorazowego użytku	TAK	
14.	Okulary ochronne do lasera Ho: YAG laser, 2080 $\mu\text{m}$ , dla osób noszących okulary korekcyjne lub nie – szt. 4	TAK	
15.	Instrukcja obsługi w jęz. polskim	TAK	
16.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
17.	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji	Podać max 5.dni	
18.	Deklaracja CE	TAK	
19.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
20.	Liczba bezpłatnych gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z wymogami producenta	Podać	
21.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji	<u>Podać max. 24 godziny</u>	
22.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
23.	Podać częstotliwość przeglądów w ciągu roku.	TAK podać koszt przeglądu.	
24.	W przypadku awarii trwającej dłużej niż 3 dni (w okresie gwarancji) którejkolwiek z części składowych oferowanego zestawu oferent jest zobowiązany do dostarczenia na czas naprawy urządzenia zastępczego	TAK	
25.	W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatu trwające dłużej niż 2 dni oferent zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii	TAK	
26.	Po zakończeniu okresu gwarancji oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej 6-cio miesięcznej gwarancji na wykonane usługi serwisowe	TAK	
27.	Od oferenta wymaga się zainstalowania dostarczonego urządzenia i przeszkolenie personelu medycznego w zakresie jego pełnej obsługi na koszt dostawcy	TAK	

.....  
**Data i podpis Wykonawcy**

**WARUNKI GWARANCJI**

/POWIELIĆ WYKAZ W ZALEŻNOŚCI PAKIETU, ILOŚCI URZĄDZEŃ - OD POTRZEB/

LP	WARUNKI GWARANCJI	Wymagane	Oferowane
1.	Okres gwarancji /miesiący/, licząc od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	min. 24 m-ce	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/dobę oraz dopuszczalna forma /fax, telefon, email/	TAK podać	
3.	Adres oraz fax, telefon, email obsługującego autoryzowanego punktu serwisowego	TAK podać	
4.	Adres oraz fax, telefon, email obsługujących autoryzowanych innych punktów serwisowych niż podanych w pkt 3 (MINIMUM DWA PUNKTY NA TERENIE POLSKI)	TAK podać	
5.	Termin przystąpienia do naprawy po zgłoszeniu przez użytkownika /czas reakcji serwisu/	max 24 godziny od momentu zgłoszenia	
6.	Maksymalna liczba napraw skutkująca wymianą podzespołu na nowy	3	
7.	Min. 10 letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru całości sprzętu	TAK	
8.	Wykonawca oświadcza, że określone w instrukcji obsługi oraz innej dokumentacji producenta bądź wymaganiach przepisów szczególnych, wszystkie czynności przeglądowo-konserwacyjne w okresie gwarancji wykonywane będą na koszt Gwaranta. Protokoły z powyższych przeglądów wraz ze świadectwem bezpieczeństwa będą przedkładane użytkownikowi.	TAK	
9.	Przeglądy konserwacyjne wymagane przez producenta w okresie gwarancji wykonywane będą na koszt Wykonawcy (nie mniej niż jeden przegląd w ciągu roku) w terminie uzgodnionym z Zamawiającym	TAK podać liczbę przeglądów w okresie gwarancji	
10.	Wykonawca oświadcza, że w okresie gwarancji usługi serwisu będą realizowane na każde zgłoszenie Zamawiającego zgodnie z terminem określonym w pkt. 5 niniejszej tabeli.	TAK	
11.	Wykonawca zobowiązany jest do usunięcia wad lub usterek w ciągu .... godzin/dni (max 72 godz.) od momentu zawiadomienia przez Zamawiającego	TAK podać liczbę godzin	
12.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	

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

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

## Oświadczenie

Przystępując do postępowania o udzielenia zamówienia publicznego na:

**„Dostawę aparatury medycznej operacyjnej i wyposażenia do nowo wybudowanego budynku szpitalnego w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie”**

Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego wymienione w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.), dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....  
*Podpis(y) osoby (osób) wskazanych w dokumencie  
uprawniającym do występowania w obrocie  
prawnym lub posiadających pełnomocnictwo.*

# Oświadczenie

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Dostawę aparatury medycznej operacyjnej i wyposażenia do nowo wybudowanego budynku szpitalnego w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie”**

oświadczamy, że nie istnieją podstawy do wykluczenia nas z postępowania z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

.....  
*Podpis(y) osoby (osób) wskazanych w dokumencie  
uprawnającym do występowania w obrocie  
prawnym lub posiadających pełnomocnictwo.*

## WZÓR WYKAZU WYKONANYCH DOSTAW

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

Numer telefonu .....

Numer fax .....

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na „Dostawę aparatury medycznej operacyjnej i wyposażenia do nowo wybudowanego budynku szpitalnego w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie”, postępowanie znak ZP-38/10, oświadczam, że wykonaliśmy dostawy spełniające warunek udziału w postępowaniu określony w Rozdziale VI SIWZ jak niżej:

**Dotyczy oferty na pakiet nr .....**

Przedmiot zamówienia (opisać)	Wartość zamówienia brutto	Odbiorca	Data wykonania zamówienia
-1-	-2-	-3-	-4-

- w załączeniu dokumenty potwierdzające należyte wykonanie dostaw.

.....

....

*Podpis(y) osoby (osób) wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*

**Umowa nr ...../2010 - PROJEKT**

Zawarta w dniu ..... w Warszawie pomiędzy:

Szpitałem Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000142972, posiadającym Regon: 012298823, NIP: 113-13-35-374,  
reprezentowanym przez :

Dyrektora Szpitala – Pawła Obermeyera  
zwanym dalej „Zamawiającym”,

a:

..... z siedzibą w ..... (kod .....) przy ul.  
....., zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla ..... w .....,  
Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS .....  
posiadającym Regon: ....., NIP: .....,  
reprezentowanym przez:

.....

zwanym dalej „Wykonawcą”

w wyniku rozstrzygniętego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego Nr ZP-38/10 zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.) zwanej dalej „ustawą Pzp”, o następującej treści:

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest **dostawa aparatury medycznej operacyjnej i wyposażenia do nowo wybudowanego budynku szpitalnego w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie** (Pakiet nr .... - .....) w ramach zadania inwestycyjnego p.n. „Przebudowa wraz z rozbudową Szpitala Praskiego”.
2. Opis Przedmiotu Zamówienia stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Wartość przedmiotu umowy wynosi :  
netto: ..... **zł** (słownie: ..... zł)  
VAT: (.....%) tj. .... **zł** (słownie: .....)  
brutto: ..... **zł** (słownie:.....)
4. Cena obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją niniejszej umowy, a w szczególności: cenę urządzeń, koszty transportu do miejsca wyznaczonego przez Zamawiającego, koszty ubezpieczenia przedmiotu umowy w transporcie, koszty rozładunku, koszty zainstalowania sprzętu wraz z adaptacją pomieszczeń, jego uruchomienia, a także szkolenia personelu oraz serwisu gwarancyjnego.
5. Cena uwzględnia także koszty ewentualnego uszkodzenia ścian, posadzek, sufitów oraz innego sprzętu podczas wnoszenia, ustawiania, montażu i uruchamiania, co nie zwalnia Wykonawcy z obowiązku zachowania należytej staranności i ostrożności przy instalacji przedmiotu umowy.
6. Cena uwzględnia także koszty ewentualnego demontażu oraz montażu sprzętu radiologicznego będącego na wyposażeniu Zamawiającego w zakresie i na zasadach określonych w opisie przedmiotu zamówienia stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

## § 2

1. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia, zainstalowania i uruchomienia przedmiotu umowy w nieprzekraczalnym terminie ..... tygodni (maksymalnie 10 tygodni) od dnia podpisania umowy (nie później niż do dnia 31-10-2010 r.)
2. Ze strony Zamawiającego osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcą w sprawach dotyczących dostaw jest: .....tel. ....lub w przypadku nieobecności inna osoba upoważniona przez Zamawiającego.
3. Ze strony Wykonawcy osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących dostaw jest: .....tel. ....
4. Wykonawca zobowiązuje się uzgodnić z osobą wskazaną w ust. 2 termin dostawy z wyprzedzeniem co najmniej 14 dniowym. Uzgodniony termin musi być zgodny z określonym w § 2 umowy, nie wcześniej niż termin przejęcia przez Szpital Praski od wykonawcy robót budowlanych budynku A-2 wraz z pozwoleniem na użytkowanie, który planowany jest na dzień 30.09.2010.
5. Za dzień dostarczenia, zainstalowania i uruchomienia przedmiotu umowy uznaje się datę podpisania bezusterkowego protokołu odbiorczego, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do umowy.
6. Szkolenie personelu zostanie przeprowadzone w terminie ..... dni od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbiorczego.
7. Wykonawca dostarczy przedmiot umowy do siedziby Zamawiającego na własny koszt i ryzyko.
8. Wykonawca oświadcza, że przed złożeniem oferty zapoznał się z warunkami, jakie panują w siedzibie Zamawiającego w miejscach przeznaczonych do montażu dostarczonego przedmiotu zamówienia – dotyczy sytuacji, gdy przedmiot zamówienia wymaga szczególnych warunków do montażu. Wszelkie koszty związane z montażem pokrywa Wykonawca.
9. Dokonanie przez Wykonawcę montażu i pierwszego uruchomienia /oddania do eksploatacji musi zostać potwierdzone przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego na protokole montażu i pierwszego uruchomienia.

## § 3

1. Na dostarczony towar Wykonawca udziela ..... miesięcy gwarancji od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbiorczego, a niniejsza umowa stanowi dokument gwarancyjny.
2. Gwarancja obejmuje wszelkie koszty związane z jej realizacją, w przypadku wad nienadających się do usunięcia w miejscu eksploatacji towaru, także obowiązek demontażu i transportu towaru do punktu serwisowego na koszt Wykonawcy.
3. Wykaz okresów gwarancyjnych i warunków serwisów określa załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
4. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się na zasadach określonych w Załączniku nr 3 w szczególności do:
  - 1) dokonania bezpłatnej naprawy zgłoszonej przez Zamawiającego usterki urządzenia w ciągu ..... godzin (serwis dostępny w ciągu ..... godzin);
  - 2) w ciągu 14 dni od dnia dokonania zgłoszenia przez Zamawiającego wymienić na nowy element, który pomimo trzech dokonanych uprzednio napraw nadal wykazuje wady;
  - 3) dokonania min..... bezpłatnych przeglądów serwisowych urządzeń łącznie z oprzyrządowaniem,
  - 4) w przypadku awarii urządzenia w okresie gwarancji trwającej dłużej niż 72 godzin od chwili zgłoszenia Wykonawca zobowiązuje się do przedłużenia okresu gwarancji o czas tej naprawy oraz dostarczenia i zainstalowania w siedzibie Zamawiającego na czas naprawy urządzenia zastępczego lub elementu zastępczego o takich samych parametrach użytkowych. W sytuacji, gdyby ze względów technicznych nie było możliwości zainstalowania urządzenia zastępczego lub elementu zastępczego Wykonawca zobowiązuje się do dokonania naprawy urządzenia w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia zgłoszenia oraz do zwrotu Zamawiającemu kosztów związanych z koniecznością zlecenia przeprowadzania badań/zabiegów innym podmiotom, wypożyczenia urządzenia lub naprawienia ewentualnych szkód.

5. Gwarancja nie obejmuje materiałów i akcesoriów zużywalnych.
6. Do dostawy Wykonawca dołączy w tym zakresie:
  - 1) dokumenty potwierdzające rodzaj, cenę towaru będącego przedmiotem dostawy – fakturę VAT i ewentualnie dokument przewozowy;
  - 2) dokumentację techniczno-ruchową (DTR) w wersji papierowej i elektronicznej (w formacie pliku umożliwiającym edycję dokumentu) – dokumentacja dostarczona przez producenta lub dostawcę wraz ze sprzętem; DTR powinna obejmować następujące elementy: dane dotyczące identyfikacji sprzętu (nazwa, typ, producent urządzenia), informacje dotyczące przechowywania i transportu sprzętu, informacje dotyczące uruchomienia sprzętu, informacje dotyczące samego sprzętu (warunki pracy sprzętu, opis techniczny), instrukcję obsługi sprzętu, informacje dotyczące utrzymania ruchu, w tym także wymagań w zakresie konserwacji sprzętu, informacje dotyczące postępowania w sytuacjach awaryjnych;
  - 3) deklarację zgodności producenta.
7. Szczegółowe warunki gwarancji określa SIWZ oraz Załącznik nr 3 do umowy.

#### **§ 4**

1. Strony ustalają następujące warunki płatności za dostarczony przedmiot umowy: Zamawiający zobowiązuje się do dokonania płatności w terminie 30 dni od daty dostarczenia do siedziby Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę na fakturze VAT.
2. Faktura VAT zostanie wystawiona przez Wykonawcę po podpisaniu przez obie Strony bezusterkowego protokołu odbiorczego, o którym mowa w § 2 ust. 5.
3. Strony za dzień zapłaty określają dzień złożenia polecenia przelewu w Banku przez Zamawiającego na kwotę należną Wykonawcy.

#### **§ 5**

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy w formie kar umownych.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną:
  - 1) w przypadku odstąpienia przez Wykonawcę od umowy – w wysokości 10% wynagrodzenia umownego brutto ;
  - 2) w przypadku odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca - w wysokości 10% wynagrodzenia umownego brutto;
  - 3) za opóźnienie w dokonaniu wymiany wadliwego towaru - w wysokości 0,2 % wynagrodzenia umownego brutto za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia liczony od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na zrealizowanie reklamacji;
  - 4) za opóźnienie w dostawie i zainstalowaniu towaru – w wysokości 0,2 % wynagrodzenia umownego brutto za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego w przypadku, gdy suma kar umownych nie pokrywa powstałej szkody.

#### **§ 6**

1. W przypadku wystąpienia osób trzecich przeciwko Zamawiającemu z roszczeniami z tytułu znaku towarowego lub praw patentowych dotyczących przedmiotu umowy, odpowiedzialność z tego tytułu ponosi Wykonawca.
2. Prawa i obowiązki Stron określone i wynikające z niniejszej umowy, w tym cesja wierzytelności, nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody drugiej Strony, ani regulowane w drodze kompensaty.

#### **§ 7**

1. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Zamawiający zgodnie z art. 144 ustawy Prawo zamówień publicznych przewiduje zmiany postanowień niniejszej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie, której dokonano wyboru Wykonawcy w poniższym zakresie:
  - 1) zmiany terminu realizacji umowy w przypadku wystąpienia okoliczności powyższe uzasadniających niezależnych od Wykonawcy i Zamawiającego, a w szczególności wynikających z opóźnienia przejęcia i pozwolenia na użytkowanie budynku A-2.
3. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności, powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. W takim wypadku Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

#### **§ 8**

Wszelkie spory między Stronami, wynikłe w związku z realizacją niniejszej umowy, których nie da się rozstrzygnąć polubownie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku z propozycją ugodową przez jedną ze Stron drugiej Stronie, będą rozstrzygane przez Sąd powszechny miejscowo właściwy dla siedziby Zamawiającego.

#### **§ 9**

W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy ustawy Pzp, Kodeksu cywilnego oraz inne powszechnie obowiązujące dotyczące przedmiotu zamówienia.

#### **§ 10**

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 dla każdej ze stron.

**Zamawiający**

**Wykonawca**

#### **Załączniki:**

1. Opis przedmiotu zamówienia.
2. Wzór protokołu odbioru
3. Wykaz okresów gwarancji i warunków serwisu

**Protokół odbioru towaru nr ..... - wzór**

Nr Umowy.....

Zamawiający: .....

.....

.....

*/Podać: Adres, Tel, fax, NIP, Regon/*

Wykonawca: .....

.....

.....

*/Podać: Adres, Tel, fax, NIP, Regon/***LISTA ODBIERANYCH URZĄDZEŃ / SPRZĘTU**

Lp	Nazwa urządzenia	Typ	Model	Producent	Rok produkcji	Nr katalogowy	Nr seryjny
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
..							
..							

1. Stwierdza się dostarczenie przedmiotu zamówienia wraz z niezbędnym wyposażeniem, oprzyrządowaniem i akcesoriami zgodnie z zapisami Umowy Nr .....
2. Stwierdza się, że przedmiot zamówienia zostaje odebrany bez zastrzeżeń.
3. Zamawiający potwierdza, że wraz z dostawą przedmiotu zamówienia otrzymał: instrukcję obsługi w języku polskim, DTR w języku polskim, kartę gwarancyjną w języku polskim, wypisany i uzupełniony paszport techniczny urządzenia, adres autoryzowanego centrum

serwisowego urządzenia oraz inne wymagane przez Zamawiającego w zapisach umowy  
..... (wypisać dokumenty).

4. Dostawy dokonali niżej podpisani pracownicy Wykonawcy:

Imię i nazwisko: .....Podpis: .....

Imię i nazwisko: .....Podpis: .....

Imię i nazwisko: .....Podpis: .....

Imię i nazwisko: .....Podpis: .....

5. Uwagi:

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

Na tym protokół odbioru zakończono i podpisano:

Warszawa, dnia .....

Wykonawca:

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

Zamawiający:

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczętka*

## **Protokół instalacji i uruchomienia towaru nr ..... - wzór**

Nr Umowy.....

Zamawiający: .....

.....

.....

*/Podać: Adres, Tel, fax, NIP, Regon/*

Wykonawca: .....

.....

.....

*/Podać: Adres, Tel, fax, NIP, Regon/*

1. Stwierdza się, że przedmiot zamówienia został zainstalowany, uruchomiony i przekazany do eksploatacji wraz z niezbędnym wyposażeniem, oprzyrządowaniem i akcesoriami zgodnie z zapisami Umowy Nr .....
2. Nie wnosi się zastrzeżeń do instalacji i uruchomienia przedmiotu zamówienia.
3. Instalacji i uruchomienia dokonali niżej podpisani pracownicy Wykonawcy:

Imię i nazwisko: ..... Podpis: .....

Imię i nazwisko: ..... Podpis: .....

Imię i nazwisko: ..... Podpis: .....

Imię i nazwisko: ..... Podpis: .....

4. Uwagi:

.....

.....

.....

Na tym protokół instalacji i uruchomienia zakończono i podpisano:

Warszawa, dnia .....

**Wykonawca:**

**Zamawiający:**

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

*Protokół szkolenia personelu nr ..... - wzór*

Nr Umowy.....

Zamawiający: .....

.....

.....

*/Podać: Adres, Tel, fax, NIP, Regon/*

Wykonawca: .....

.....

.....

*/Podać: Adres, Tel, fax, NIP, Regon/*

1. Protokół sporządzono w miejscu instalacji i uruchomienia oraz kompleksowego przeszkolenia personelu Zamawiającego w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia.
2. Szkolenie prowadzono w ramach instalacji uruchomienia przedmiotu zamówienia zgodnie z zapisami Umowy Nr .....
3. Zakres szkolenia:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Personel obsługujący urządzenie przez rozpoczęciem użytkowania ma obowiązek zapoznania się z instrukcją obsługi oraz ścisłego przestrzegania zawartych w niej procedur. Uczestnictwo w szkoleniu nie zastąpi przeczytania i używania dostarczonej instrukcji obsługi.

5. Niżej wymienione osoby potwierdzają własnoręcznym podpisem obecność na szkoleniu:

Lista uczestników szkolenia:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

7. ....

Na tym protokół szkolenia zakończono i podpisano:

Warszawa, dnia .....

Wykonawca (Szkolący):

Zamawiający (Przeszkalany):

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....  
*Imię i nazwisko, podpis, pieczęć*

.....

.....

**WARUNKI GWARANCJI I SERWIS POGWARANCYJNY**

LP	WARUNKI GWARANCJI	Wymagane	Oferowane
1.	Okres gwarancji /miesiący/, licząc od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru	min. 24 m-ce	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/dobę oraz dopuszczalna forma /fax, telefon, email/	TAK podać	
3.	Adres oraz fax, telefon, email obsługującego autoryzowanego punktu serwisowego	TAK podać	
4.	Adres oraz fax, telefon, email obsługujących autoryzowanych innych punktów serwisowych niż podanych w pkt 3 (MINIMUM DWA PUNKTY)	TAK podać	
5.	Termin przystąpienia do naprawy po zgłoszeniu przez użytkownika /czas reakcji serwisu/	max 24 godziny od momentu zgłoszenia	
6.	Maksymalna liczba napraw skutkująca wymianą podzespołu na nowy	3	
7.	Min. 10 letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru całości sprzętu	TAK	
8.	Wykonawca oświadcza, że określone w instrukcji obsługi oraz innej dokumentacji producenta bądź wymaganiach przepisów szczególnych, wszystkie czynności przeglądowo-konserwacyjne w okresie gwarancji wykonywane będą na koszt Gwaranta. Protokoły z powyższych przeglądów wraz ze świadectwem bezpieczeństwa będą przedkładane użytkownikowi.	TAK	
9.	Przeglądy konserwacyjne wymagane przez producenta w okresie gwarancji wykonywane będą na koszt Wykonawcy (nie mniej niż jeden przegląd w ciągu roku) w terminie uzgodnionym z Zamawiającym	TAK podać liczbę przeglądów w okresie gwarancji	
10.	Wykonawca oświadcza, że w okresie gwarancji usługi serwisu będą realizowane na każde zgłoszenie Zamawiającego zgodnie z terminem określonym w pkt. 5 niniejszej tabeli.	TAK	
11.	Wykonawca zobowiązany jest do usunięcia wad lub usterek w ciągu .... godzin/dni (max 72 godz.) od momentu zawiadomienia przez Zamawiającego	TAK podać liczbę godzin	
12.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.