|  |
| --- |
| papier_umed_szare50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 1**Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW**ul. Marcinkowskiego 2-6, 50-368 Wrocławfaks 71 / 784-00-44e-mail: edyta.szyjkowska@umed.wroc.pl |
|

UMW/IZ/PN-67/19 Wrocław, 08.08.2019 r.

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**Nr UMW/IZ/PN-67/19**

***Korekta z dnia 16.09.2019 r.***

**NAZWA POSTĘPOWANIA**

Dostawa sprzętu medycznego na potrzeby jednostek Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

TRYB POSTĘPOWANIA

**Przetarg nieograniczony o wartości szacunkowej mniejszej niż 221 tys. EURO**

(art. 10 ust. 1 oraz art. 39 – 46 Prawa zamówień publicznych)

MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

Termin składania ofert – do dnia **23** **20 ~~13~~.09.2019 r.** do godz. **10:00**

Termin otwarcia ofert – dnia **23** **20** **~~13~~.09.2019 r.** o godz. **11:00**

Miejsce składania ofert:

Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW,

ul. Marcinkowskiego 2-6; 50-368 Wrocław, pokój 3A 112.1

Miejsce otwarcia ofert:

Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW,

ul. Marcinkowskiego 2-6; 50-368 Wrocław, pokój 3A 108.1

**Z upoważnienia Rektora**

**Z-ca Kanclerza ds. Zarządzania Administracją**

**mgr inż. Kamil Jakubowicz**

# Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wybrzeże L. Pasteura 1

50-367 Wrocław

 [www.umed.wroc.pl](http://www.umed.wroc.pl)

# Tryb udzielenia zamówienia

1. Postępowanie prowadzone jest zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. – Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 z późn. zm.), zwanej dalej „Pzp”.
2. Postępowanie prowadzone jest w trybie **przetargu nieograniczonego** (podst. prawna: art. 10
ust. 1 oraz art. 39-46 Pzp).
3. Do czynności podejmowanych przez Zamawiającego i Wykonawców stosować się będzie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. - Dz. U. z 2018 r., poz. 1025,
z późn. zm.), jeżeli przepisy Pzp nie stanowią inaczej.

# Opis przedmiotu zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest:Dostawa sprzętu medycznego na potrzeby jednostek Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Przedmiot zamówienia podzielono na **12** części osobno ocenianych, tj.:

Część **1**
Kardiotokograf w zestawie z wózkiem - szt. 3 na potrzeby II Katedry i Kliniki Ginekologii
i Położnictwa

Część **2**
Urządzenie do pomiaru impedancji oddechowej za pomocą oscylometrii impulsowej na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii

Część **3**
Przenośny aparat do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzu na potrzeby Katedry i Zakładu Fizjologii

Część **4**
Rejestrator do pomiaru pH i pHZ na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

Część **5**
Gastrolyzer przenośne urządzenie do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzu na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

Część **6**
1. Rejestrator do monitorowania rytmu serca - szt. 2
2. System długotrwałego monitorowania EKG – szt. 1 wraz ze stacją roboczą, z drukarką
i monitorem
3. Aparat do monitorowania ciśnienia krwi - szt. 3
- na potrzeby Katedry i Kliniki Geriatrii

Część **7**
1. Aparatura do wykonywania badania polisomnograficznego i elektroencefalograficznego ze stacją opisową
2. Kompaktowa kamera wideo na podczerwień LAN ze zintegrowanym modułem transmisji radiowej (BT)
- na potrzeby Katedry Psychiatrii

Część **8**

 1. Kapnomaska - szt. 100
2. Kardiomonitor przenośny
- na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej

Część **9**

Laser okulistyczny podprogowy na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki

Część **10**

Rynometr akustyczny na potrzeby Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej

Część **11**

Aparat ultrasonograficzny klasy premium na potrzeby Zakładu Anatomii Prawidłowej

Część **12**

Aparat do pomiaru agregacji metodami: optyczną, impedancyjną i luminescensyjną (agregometr) na potrzeby Zakładu Chemii Klinicznej

Kody CPV:

Część 1 33120000-7 Systemy rejestrujące i urządzenia badawcze

Część 2 33124100-6 Urządzenia diagnostyczne

Część 3 33124100-6 Urządzenia diagnostyczne

Część 4 33120000-7 Systemy rejestrujące i urządzenia badawcze

Część 5 33100000-1 Urządzenia medyczne

Część 6 33120000-7 Systemy rejestrujące i urządzenia badawcze

Część 7 33120000-7 Systemy rejestrujące i urządzenia badawcze

Część 8 33195110-7 Monitory do kontrolowania czynności oddechowej

Część 9 33128000-3 Lasery medyczne inne niż stosowane w chirurgii

Część 10 33100000-1 Urządzenia medyczne

Część 11 33112200-0 Aparaty ultrasonograficzne

Część 12 33100000-1 Urządzenia medyczne

1. Przedmiot zamówienia został szczegółowo opisany w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 część 1-12 do Siwz. Szczegółowe warunki i zasady realizacji umowy określa wzór umowy (zał. nr 5 do Siwz).
2. Wykonawca winien podać w Formularzu ofertowym (wzór – załącznik nr 1 część 1-12 do Siwz) cenę realizacji przedmiotu zamówienia.
3. Zamawiający wymaga, by przedmiot zamówienia był dopuszczony do obrotu na terytorium Polski oraz spełniał wymogi zawarte w Arkuszu informacji technicznej (wzór – załącznik nr 2 część
1-12 do Siwz).
4. Sprzęt komputerowy tj.:
* komputer wraz z oprogramowaniem - zawarty w części 6 poz. 2; w części 7 poz. 1;
oraz w części 12;
* drukarka - zawarta w części 6 poz. 2; w części 7 poz. 1 oraz w części 9
* monitor - zawarty w części w części 6 poz. 2; w części 7 poz. 1 oraz w części 12

przedmiotowego postępowania będzie mógł być kupiony z podatkiem VAT 0 %, po uzyskaniu przez Zamawiającego potwierdzenia Ministra Zdrowia. Jednak w składanej ofercie, przy obliczaniu ceny każdej pozycji, jak i wartości ogólnej, należy uwzględnić podatek VAT, obowiązujący na dzień składania ofert.

1. Miejsca dostawy:

**Część 1**

II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa

ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

**Część 2**

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 66, 50-369 Wrocław

**Część 3**

Katedra i Zakład Fizjologii

ul. T. Chałubińskiego 10, 50-368 Wrocław

**Część 4**

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

ul. M. Curie-Skłodowskiej 50/52, 50-369 Wrocław

**Część 5**

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

ul. M. Curie-Skłodowskiej 50/52, 50-369 Wrocław

**Część 6**

Katedra i Klinika Geriatrii

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 66, 50-369 Wrocław

**Część 7**

Katedra Psychiatrii

Wybrzeże L. Pasteura 10, 50-367 Wrocław

**Część 8**

Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej

ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

**Część 9**

Katedra i Klinika Okulistyki

ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

**Część 10**

Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej

ul. Chałubińskiego 5, 50-368 Wrocław

**Część 11**

Zakład Anatomii Prawidłowej - Wydział Lekarski

ul. T. Chałubińskiego 6a, 50-368 Wrocław

**Część 12**

Zakład Chemii Klinicznej

Katedra Analityki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego z OAM

ul. Borowska 211 A, 50-556 Wrocław

1. Warunki i zasady realizacji umowy określa wzór umowy (wzór - zał. nr 5 do SIWZ).
2. Wykonawca winien podać w Formularzu ofertowym (wzór – zał. nr 1-12A do SIWZ) cenę realizacji przedmiotu zamówienia.
3. **Zamówienia, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 7 Pzp.**Zamawiający nie przewiduje możliwości udzielania zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 7 Pzp.
4. **Informacja o umowie ramowej.** Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
5. **Udział podwykonawców**
	1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy.
	2. Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez Wykonawcę prac związanych z rozmieszczeniem i instalacją przedmiotu dostawy.
	3. Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, i podania przez Wykonawcę firm podwykonawców.
	4. Jeżeli Zamawiający stwierdzi, że wobec danego podwykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia, Wykonawca obowiązany jest zastąpić tego podwykonawcę lub zrezygnować
	z powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcy.
	5. Postanowienie ppkt. 4 stosuje się wobec dalszych podwykonawców.
	6. Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.
6. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zamawiający informuje, że:
7. administratorem danych osobowych Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu jest Zamawiający;
8. Zamawiający wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych pod adresem e-mail: iod@umed.wroc.pl;
9. Dane osobowe Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;
10. Odbiorcami danych osobowych Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 Pzp;
11. dane osobowe osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
12. obowiązek podania przez Wykonawcę danych osobowych bezpośrednio jego dotyczących oraz danych osób uczestniczących w postępowaniu jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z Pzp;
13. w odniesieniu do danych osobowych osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
14. osoby uczestniczące w przedmiotowym postępowaniu posiadają:
15. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych bezpośrednio ich dotyczących. W przypadku gdy wykonanie przez Zamawiającego obowiązków, o których mowa w [art. 15 ust. 1-3](https://sip.lex.pl/#/document/68636690?unitId=art(15)ust(1)&cm=DOCUMENT) RODO, wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku, Zamawiający może żądać od osoby, której dane dotyczą, wskazania dodatkowych informacji mających na celu sprecyzowanie żądania, w szczególności podania nazwy lub daty postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. W przypadku zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia, gdy wykonanie przez Zamawiającego obowiązków, o których mowa w [art. 15 ust. 1-3](https://sip.lex.pl/#/document/68636690?unitId=art(15)ust(1)&cm=DOCUMENT) RODO, wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku, Zamawiający może żądać od osoby, której dane dotyczą, wskazania dodatkowych informacji mających w szczególności na celu sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania;
16. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania przez Wykonawcę uczestniczącego w przedmiotowym postępowaniu danych osobowych (*skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników)*;
17. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego)*. Wystąpienie
z żądaniem, o którym mowa w [art. 18 ust. 1](https://sip.lex.pl/#/document/68636690?unitId=art(18)ust(1)&cm=DOCUMENT) RODO, nie ogranicza przetwarzania danych osobowych do czasu zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
18. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących wykonawców i uczestników przedmiotowego zamówienia narusza przepisy RODO;
19. nie przysługuje Wykonawcy i osobom uczestniczącym w przedmiotowym postępowaniu:
20. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
21. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
22. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

# Termin realizacji

Zamawiający ustalił maksymalny termin realizacji przedmiotu zamówienia:

* do 5 miesięcy od daty podpisania umowy (część 1)
* do 8 tygodni od daty podpisania umowy (część 2)
* do 8 tygodni od daty podpisania umowy (część 3)
* do 3 tygodni od daty podpisania umowy (część 4)
* do 4 tygodni od daty podpisania umowy (część 5)
* do 4 tygodni od daty podpisania umowy (część 6)
* do 6 tygodni od daty podpisania umowy (część 7)
* do ~~10~~ **20** dni roboczych od daty podpisania umowy dla poz. 1, do 6 tygodni od daty podpisania umowy (część 8)
* do 8 tygodni od daty podpisania umowy (część 9)
* do 21 dni od daty podpisania umowy (część 10)
* do 6 tygodni od daty podpisania umowy (część 11)
* do 8 tygodni od daty podpisania umowy (część 12)

Termin realizacji przedmiotu zamówienia stanowi kryterium oceny ofert (część 1 – 7, 8 poz. 2, 9 - 10 oraz 12)

# Warunki udziału w postępowaniu

1. O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu.
2. Zamawiający nie stawia warunków udziału w postępowaniu.
3. W wypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, warunek, o którym mowa w pkt. 1, jest spełniony, gdy żaden z podmiotów składających wspólną ofertę nie podlega wykluczeniu.
4. Zgodnie z treścią art. 24aa Pzp, Zamawiający najpierw dokona oceny ofert, a następnie zbada, czy Wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, nie podlega wykluczeniu.

# Podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 24 ust. 5 Pzp.

Zamawiający nie przewiduje wykluczenia Wykonawcy na podstawie przesłanek, o których mowa
w art. 24 ust. 5 Pzp.

# Wykaz oświadczeń lub dokumentów, potwierdzających brak podstaw wykluczenia

1. Wykonawcy wraz z ofertą winni złożyć aktualne na dzień składania ofert oświadczenie
w zakresie niepodlegania wykluczeniu. Informacje zawarte w oświadczeniu będą stanowić wstępne potwierdzenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu. Wykonawca składa to oświadczenie w formie jednolitego dokumentu.
2. W wypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców, jednolity dokument składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokumenty te potwierdzają brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje brak podstaw wykluczenia.
3. Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom,
w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu składa jednolite dokumenty dotyczące podwykonawców.
4. Wykonawca, który powołuje się na zasoby innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia, składa także jednolite dokumenty dotyczące tych podmiotów.
5. Zamawiający przed udzieleniem zamówienia, wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni, terminie aktualnych na dzień złożenia następujących oświadczeń lub dokumentów:
	* + - 1. Informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 Pzp, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
6. Oświadczenia Wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo - w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz
z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności;
7. Oświadczenia Wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.
8. Zamawiający żąda od Wykonawcy, który polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a Pzp, przedstawienia w odniesieniu do tych podmiotów dokumentów wymienionych w ppkt. 5.1 – 5.3 niniejszego rozdziału.
9. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w ppkt. 5.1 niniejszego rozdziału składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 Pzp.
10. Dokumenty, o których mowa w ppkt 7, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przez upływem terminu składania ofert.
11. Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt. 7, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania Wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Zapisy pkt. 8 stosuje się.
12. Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy dokument wskazany w ppkt. 5.1 niniejszego rozdziału, składa dokument, o którym mowa w ppkt 7 niniejszego rozdziału, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 i 21 Pzp. Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Zapisy pkt. 8 stosuje się.
13. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy,
o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
14. Forma dokumentów i oświadczeń.
15. Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 1-4, składane jest w oryginale.
16. Forma dokumentów i oświadczeń, o których mowa w pkt. 5-10 i 15:

Dokumenty lub oświadczenia składane są w oryginale w postaci dokumentu elektronicznego lub w elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia poświadczonej za zgodność z oryginałem;

Poświadczenie za zgodność z oryginałem elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia, następuje przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego;

Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio Wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach polega Wykonawca, Wykonawcy wspólnie ubiegający się
o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów lub oświadczeń, które każdego z nich dotyczą;

Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentów lub oświadczeń wyłącznie wtedy, gdy złożona kopia jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

Dokumenty lub oświadczenia sporządzone w języku obcym są składane wraz
z tłumaczeniem na język polski.

1. W zakresie nieuregulowanym w Siwz, zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26. 07. 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od Wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Przedsiębiorczości i Technologii z dnia 16 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2018 r., poz. 1993).
2. Wykonawca, który podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 13 i 14 oraz 16–20 lub ust. 5 Pzp, może przedstawić, w ramach tzw. „procedury samooczyszczenia się”, dowody na to, że podjęte przez niego środki są wystarczające do wykazania jego rzetelności, w szczególności udowodnić naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem lub przestępstwem skarbowym, zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę lub naprawienie szkody, wyczerpujące wyjaśnienie stanu faktycznego oraz współpracę z organami ścigania oraz podjęcie konkretnych środków technicznych, organizacyjnych i kadrowych, które są odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom lub przestępstwom skarbowym lub nieprawidłowemu postępowaniu Wykonawcy. Postanowienia zdania pierwszego nie stosuje się, jeżeli wobec Wykonawcy, będącego podmiotem zbiorowym, orzeczono prawomocnym wyrokiem sądu zakaz ubiegania się o udzielenie zamówienia oraz nie upłynął określony w tym wyroku okres obowiązywania tego zakazu. Wykonawca nie podlega wykluczeniu, jeżeli Zamawiający, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu Wykonawcy, uzna za wystarczające przedstawione dowody.
3. Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp, przekaże Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Pzp. Wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Wzór Oświadczenia stanowi Załącznik nr 4 do Siwz.
4. Jeżeli Wykonawca nie złoży oświadczenia, o którym mowa w pkt. 1, oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 Pzp, lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez Zamawiającego wątpliwości, Zamawiający wezwie do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.

# Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń lub dokumentów, a także wskazanie osób uprawnionych do porozumiewania się z Wykonawcami.

* + - 1. Ze strony Zamawiającego pracownikiem upoważnionym do porozumiewania się z Wykonawcami w sprawach zamówienia jest:

Edyta Szyjkowska – Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW.

1. Komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami, w szczególności składanie ofert oraz oświadczeń w tym oświadczenia składanego na formularzu jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia odbywa się za pomocą środka komunikacji elektronicznej, tj. platformy do elektronicznej obsługi zamówień publicznych Zamawiającego (zwanej dalej „Platformą”) dostępnej pod adresem: <https://umed-wroc.logintrade.net>.
2. Oferty oraz oświadczenia, w tym jednolity europejski dokument zamówienia sporządza się, pod rygorem nieważności, w postaci elektronicznej i opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
3. Za prawidłowe złożenie oferty za pomocą środków komunikacji elektronicznej uważać się będzie jej prawidłowe złożenie na Platformie dostępnej pod adresem https://umed-wroc. logintrade.net/rejestracja/ustawowe.html w wierszu oznaczonym tytułem oraz znakiem sprawy zgodnym z niniejszym postępowaniem. Korzystanie z Platformy przez Wykonawcę jest bezpłatne.
4. Do połączenia używany jest szyfrowany protokół HTTPS. Szyfrowanie danych odbywa się przy pomocy protokołu SSL. Certyfikat SSL zapewnia poufność transmisji danych przesyłanych przez Internet.
5. Wykonawca zamierzający wziąć udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, musi posiadać konto na Platformie. Wykonawca posiadający konto na Platformie ma dostęp
do możliwości złożenia, zmiany, wycofania oferty, a także do funkcjonalności pozwalających na zadawanie pytań do treści Siwz oraz komunikację z Zamawiającym w pozostałych obszarach.
6. Wymagania techniczne wysyłania i odbierania dokumentów elektronicznych, elektronicznych kopii dokumentów i oświadczeń oraz informacji przekazywanych przy użyciu Platformy.

**Dopuszczalne przeglądarki internetowe:**

* Internet Explorer 8, Internet Explorer 9, Internet Explorer 10, Internet Explorer 11,
* Google Chrome 31
* Mozilla Firefox 26
* Opera 18

**Pozostałe wymagania techniczne:**

* dostęp do sieci Internet
* zainstalowana wtyczka flash - flash player - dotyczy Zamawiajacego
* obsługa przez przeglądarkę protokołu XMLHttpRequest - ajax
* włączona obsługa JavaScript
* zalecana szybkość łącza internetowego powyżej 500 KB/s
* zainstalowany Acrobat Reader
* zainstalowane środowisko uruchomieniowe Java - Java SE Runtime Environment 6 Update 24 lub nowszy

**W przypadku aukcji z podpisem elektronicznym dopuszczalne są przeglądarki internetowe:**

* dla Windows Vista: Internet Explorer 8, Internet Explorer 9
* dla Windows 7: Internet Explorer 9, Internet Explorer 11
* dla Windows 8: Internet Explorer 11
* dla Windows 10: Internet Explorer 11

**Wspierane są rozwiązania dostarczane przez firmy:**

* Polskie Centrum Certyfikacji Elektronicznej Sigillum Polskiej Wytwórni Papierów Wartościowych S.A.
* Centrum Obsługi Podpisu Elektronicznego Szafir Krajowej Izby Rozliczeniowej S.A.
* Powszechne Centrum Certyfikacji Certum firmy Unizeto Technologies SA.
* Kwalifikowane Centrum certyfikacji Kluczy CenCert firmy Safe Technologies S.A.

**Dopuszczalne formaty przesyłanych danych**

image/bmp, image/x-windows-bmp, application/msword, application/drafting, image/gif, application/x-compressed, application/x-gzip, multipart/x-gzip, image/jpeg, image/pjpeg, application/x-latex, application/pdf, image/pict, image/png, application/mspowerpoint, application/postscript, application/rtf, application/x-rtf, text/richtext, image/tiff, image/x-tiff, application/mswrite, application/excel, application/x-excel, application/vnd.ms-excel, application/x-msexcel, application/vnd.ms-excel, text/xml, application/x-zip-compressed, application/zip, application/vnd.ms-office, image/x-ms-bmp, video/x-msvideo, audio/x-ms-wma, application/vnd.oasis.opendocument.spreadsheet, application/acad, application/x-acad, application/autocad\_dwg, image/x-dwg, application/dwg, application/x-dwg, application/x-autocad, image/vnd.dwg, drawing/dwg

1. Kodowanie i oznaczenie czasu przekazania danych.Czas zapisywany jest w formacie YYYY-MM-DD HH:MM:SS. Czas przekazania danych jest to czas, w którym zostanie potwierdzone złożenie oferty, dokumentu przez Wykonawcę. Potwierdzenie odbywa się poprzez kliknięcie w link dostępny w wiadomości mailowej, wysłanej automatycznie po złożeniu oferty, dokumentu będąc niezalogowanym na Platformie zakupowej. Wiadomość otrzymuje Wykonawca na adres e-mail wskazany w formularzu. W przypadku Wykonawcy zalogowanego na Platformie zakupowej, czas przekazania danych jest to czas wysłania dokumentu, oferty przez Platformę zakupową.
2. We wszelkiej korespondencji związanej z niniejszym postępowaniem Zamawiający i Wykonawcy posługują się numerem ogłoszenia (ID postępowania) albo numerem postępowania nadanym przez Zamawiającego (UMW/IZ/PN-67/19).
3. Sposób sporządzenia dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń musi być zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27. 06. 2017 r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1320, z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od Wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126, z późn. zm.).
4. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści Siwz. Zamawiający niezwłocznie udzieli wyjaśnień, jednak nie później niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści Siwz wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.
5. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści Siwz wpłynął po upływie terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 11, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 11.
6. Pytanie powinno być opatrzone nazwą składającego je Wykonawcy. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający zamieści na stronie internetowej www.umed.wroc.pl, w rubryce dotyczącej niniejszego postępowania, bez ujawniania źródła zapytania oraz na Platformie dostępnej pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net>.
7. Zamawiający **nie będzie zwoływać zebrania wszystkich Wykonawców,** o którym mowa w art. 38 ust. 3 Pzp, w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących treści Siwz.
8. Jeżeli Zamawiający wprowadzi przed terminem składania ofert jakiekolwiek zmiany w treści Siwz, zostaną one zamieszczone na stronie internetowej [www.umed.wroc.pl](http://www.umed.wroc.pl) w rubryce przeznaczonej dla niniejszego postępowania oraz na Platformie dostępnej pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net>.

# Wymagania dotyczące wadium.

1. Wysokość wadium.

Zamawiający żąda wniesienia wadium w wysokości dla:

Część 1 - 1 370,00 zł (słownie: tysiąc trzysta siedemdziesiąt złotych 00/100)

Część 2 - 1 700,00 zł (słownie: tysiąc siedemset złotych 00/100)

Część 3 - 170,00 zł (słownie: sto siedemdziesiąt złotych 00/100)

Część 4 - 360,00 zł (słownie: trzysta sześćdziesiąt złotych 00/100)

Część 5 - 190,00 zł (słownie: sto dziewięćdziesiąt złotych 00/100)

Część 6 - 1 120,00 zł (słownie: tysiąc sto dwadzieścia złotych 00/100)

Część 7 - 2 280,00 zł (słownie: dwa tysiące dwieście osiemdziesiąt złotych 00/100)

Część 8 - 140,00 zł (słownie: sto czterdzieści złotych 00/100)

Część 9 - 5 550,00 zł (słownie: pięć tysięcy pięćset pięćdziesiąt złotych 00/100)

Część 10 - 480,00 zł (słownie: czterysta osiemdziesiąt złotych 00/100)

Część 11 - 2 940,00 zł (słownie: dwa tysiące dziewięćset czterdzieści złotych 00/100)

Część 12 - 2 340,00 zł (słownie: dwa tysiące trzysta czterdzieści złotych 00/100)

1. Termin wniesienia wadium.

Wadium należy wnieść do upływu terminu składania ofert.

1. Forma wniesienia wadium.

Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:

1. pieniądzu;
2. poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
3. gwarancjach bankowych;
4. gwarancjach ubezpieczeniowych;
5. poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (tekst jedn. - Dz. U. z 2018 r., poz. 110, z późn. zm.).
6. Postanowienia dotyczące wadium wnoszonego w pieniądzu (ppkt. 3.1).
7. Wadium wnoszone w pieniądzu należy wpłacić przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego w Banku: Santander Bank Polska S.A. IV Oddział we Wrocławiu, o numerze:

72109024020000000630000428

z dopiskiem: „Wadium w przetargu nr UMW/IZ/PN–67/19 na „Dostawę sprzętu medycznego na potrzeby jednostek Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Część … - „ ……………”.

1. Wniesienie wadium w pieniądzu, za pomocą przelewu bankowego, Zamawiający będzie uważał za skuteczne tylko wówczas, gdy bank prowadzący rachunek Zamawiającego potwierdzi, że otrzymał taki przelew przed upływem terminu składania ofert.
2. Postanowienia dotyczące wadium wnoszonego w pozostałych formach (ppkt. 3.2 – 3.5).
3. Wadium wnoszone w formie innej niż pieniężna (gwarancji, poręczenia – o których mowa
w ppkt. 3.2 – 3.5), powinno być wniesione w oryginale w postaci elektronicznej przed upływem terminu składania ofert.
4. W wypadku składania przez Wykonawcę wadium w formie gwarancji lub poręczenia, dokument powinien zawierać następujące elementy:
	* 1. nazwę dającego zlecenie (Wykonawcy), beneficjenta gwarancji / poręczenia (Zamawiającego), gwaranta / poręczyciela oraz wskazanie ich siedzib,
		2. określenie wierzytelności, która ma być zabezpieczona gwarancją / poręczeniem,
		3. kwotę gwarancji / poręczenia,
		4. termin ważności gwarancji / poręczenia, nie krótszy niż termin związania ofertą, wraz z oświadczeniem gwaranta / poręczyciela o nieodwołalności zabezpieczenia w okresie jego ważności,
		5. zobowiązanie gwaranta / poręczyciela do bezwarunkowej zapłaty kwoty gwarancji / poręczenia na pierwsze pisemne żądanie Zamawiającego.
5. Wadium wnoszone w formie gwarancji lub poręczenia powinno być wykonalne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Zasady zwrotu wadium.
	1. Zamawiający zwraca wadium wszystkim Wykonawcom niezwłocznie po wyborze oferty najkorzystniejszej lub unieważnieniu postępowania, z wyjątkiem Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, z zastrzeżeniem ppkt. 6.
	2. Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, Zamawiający zwraca wadium niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego oraz wniesieniu zabezpieczenia należytego wykonania umowy, jeżeli jego wniesienia żądano.
	3. Zamawiający zwraca niezwłocznie wadium na wniosek Wykonawcy, który wycofał ofertę przed upływem terminu składania ofert.
	4. Zamawiający żąda ponownego wniesienia wadium przez Wykonawcę, któremu zwrócono wadium na podstawie ppkt. 1, jeżeli w wyniku rozstrzygnięcia odwołania jego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza. Wykonawca wnosi wadium w terminie określonym przez Zamawiającego.
	5. Jeżeli wadium wniesiono w pieniądzu, Zamawiający zwraca je wraz z odsetkami wynikającymi z umowy rachunku bankowego, na którym było ono przechowywane, pomniejszone o koszty prowadzenia rachunku bankowego oraz prowizji bankowej za przelew pieniędzy na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę.
7. Zamawiający zatrzymuje wadium wraz z odsetkami, jeżeli Wykonawca w odpowiedzi na wezwanie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 3a Pzp, z przyczyn leżących po jego stronie, nie złożył oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 Pzp, oświadczenia, o którym mowa w art. 25a ust. 1 Pzp, pełnomocnictw lub nie wyraził zgody na poprawienie omyłki, o której mowa w art. 87 ust. 2 pkt 3 Pzp, co spowodowało brak możliwości wybrania oferty złożonej przez Wykonawcę jako najkorzystniejszej.
8. Zamawiający zatrzymuje wadium wraz z odsetkami, jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana:
	* 1. odmówił podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie;
		2. zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

# Termin związania ofertą.

1. Wykonawca pozostaje związany złożoną ofertą przez okres **60** dni.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

# Opis sposobu przygotowywania ofert.

1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Wykonawca może złożyć oferty częściowe na jedną lub więcej części zamówienia.
2. Nie dopuszcza się składania ofert **wariantowych.**
3. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. **Oferta powinna zawierać:**
	* 1. **Formularz ofertowy** (wzór – załącznik nr 1 część 1-12 do Siwz) – wypełniony przez Wykonawcę,
		2. **Arkusz informacji technicznej** (wzór – załącznik nr 2 załącznik nr 1-12 do Siwz) – wypełniony przez Wykonawcę,
		3. **Oświadczenie** wymienione w Rozdziale VII pkt. 1-4 niniejszej Siwz,
		4. **Pełnomocnictwa** osóbpodpisujących ofertę do podejmowania zobowiązań w imieniu Wykonawcy – jeżeli dotyczy. Pełnomocnictwa winny być przedłożone w formie oryginału lub kopii poświadczonej notarialnie.
5. Załączniki do Siwz są wzorami. Zamawiający zaleca ich użycie w składanej ofercie. Dopuszcza się zamieszczenie w ofercie załączników opracowanych przez Wykonawcę, pod warunkiem jednak, że ich treść będzie odpowiadała treści formularzy załączonych do Siwz.
6. Oferta, aby była ważna, musi być podpisana przez Wykonawcę, przedstawicieli Wykonawcy wymienionych w aktualnych dokumentach rejestrowych firmy lub osoby po stronie Wykonawcy upoważnione do zaciągania zobowiązań w jego imieniu. Formalne upoważnienie powinno być wówczas dołączone do oferty. Zaleca się, by podpisy wyżej określonych osób złożone były na formularzu oferty, arkuszu informacji technicznej oraz na wszystkich załączonych dokumentach.
7. Wykonawca składa ofertę wraz z wymaganymi dokumentami (określonymi w pkt. 4) za pośrednictwem Platformy pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net/rejestracja/>ustawowe.html
w sposób określony w Instrukcji obsługi dla Wykonawców, stanowiącej załącznik nr 7 do Siwz.
8. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
9. Oferta powinna być złożona w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Złożenie oferty na nośniku danych lub w innej formie niż przewidziana powyżej jest niedopuszczalne, nie stanowi bowiem jej złożenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
10. Potwierdzeniem prawidłowego złożenia oferty jest powiadomienie: o tym, że oferta została złożona oraz wiadomość e-mail z potwierdzeniem złożenia oferty do postępowania.
11. Ofertę należy złożyć w oryginale.
12. Informacje zastrzeżone przez Wykonawcę powinny zostać złożone w osobnym pliku, wraz
z jednoczesnym zaznaczeniem polecenia „Załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa”,
a następnie wraz z plikami stanowiącymi jawną część skompresowane do jednego pliku.
13. Wykonawca może przed upływem terminu do składania ofert zmienić lub wycofać ofertę. Zmiana lub wycofanie oferty dokonywane jest za pośrednictwem Platformy pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net>/rejestracja/ustawowe.html w sposób określony w Instrukcji obsługi dla Wykonawców, stanowiącej załącznik nr 7 do Siwz.
14. Wykonawca po upływie terminu do składania ofert nie może dokonać zmiany ani wycofać oferty.

# Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert.

* + - 1. Miejsce oraz termin składania ofert.
1. Oferty należy składać za pośrednictwem Platformy w terminie **do 23 20 ~~13~~.09.2019 r.**  **do godz. 10:00.**
2. Po upływie terminu, o którym mowa powyżej, złożenie ofert nie będzie możliwe.
Uwaga! O terminie złożenia ofert decyduje czas ostatecznego wysłania oferty a nie czas rozpoczęcia jej wprowadzenia.
	* + 1. Miejsce oraz termin otwarcia ofert.

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **23** **20 ~~13~~.09.2019 r.** **o godz. 11:00** w Zespole ds. Zamówień Publicznych UMW, 50-368 Wrocław, ul. Marcinkowskiego 2-6, w pokoju nr 3A 112.1 (III piętro), za pośrednictwem Platformy pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net> poprzez ich odszyfrowanie przez Zamawiającego.

# Opis sposobu obliczenia ceny.

1. Ceną ofertową danej części zamówienia (1-11) jest cena podana w Formularzu ofertowym (wzór - załącznik nr 1 część 1-11 do Siwz), właściwym dla tej części.
2. Cena ofertowa musi uwzględniać wszystkie wymagania niniejszej Siwz, oraz obejmować wszelkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia, jakie poniesie Wykonawca.
3. Ceny muszą być wyrażone, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
4. Jeżeli w postępowaniu złożona będzie oferta, której wybór prowadziłby do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru / usługi, których dostawa / świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

# Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem wag tych kryteriów i sposobu oceny ofert.

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zastosuje kryteria oceny ofert:

**Część 1 – 6; 8 - 10; 12**

1. Cena realizacji przedmiotu zamówienia – 60 %,
2. Termin realizacji przedmiotu zamówienia – 20 %,
3. Okres gwarancji - 20 %.

**Część 7**

1. Cena realizacji przedmiotu zamówienia – 60 %,
2. Termin realizacji przedmiotu zamówienia – 10 %,
3. Okres gwarancji - 10 %.
4. Parametry techniczne – 20%

**Część 11**

1. Cena realizacji przedmiotu zamówienia – 60 %,
2. Parametry techniczne i czas reakcji serwisowej – 40%
3. Do porównania ofert będzie brana pod uwagę:
* cena realizacji przedmiotu zamówienia, termin realizacji przedmiotu zamówienia, okres gwarancji - podane w Formularzu ofertowym (część 1 – 6; 8 - 10; 12),
* cena realizacji przedmiotu zamówienia, termin realizacji przedmiotu zamówienia, okres gwarancji - podane w Formularzu ofertowym oraz parametry techniczne podane w Arkuszu informacji technicznej (część 7),
* cena realizacji przedmiotu zamówienia, podana w Formularzu ofertowym oraz parametry techniczne i czas reakcji serwisowej podane w Arkuszu informacji technicznej (część 11).
1. Ocena ofert odbywać się będzie w sposób opisany w poniższej tabeli:

**Część 1 – 6; 8-10; 12**

| L.p. | KRYTERIA | WAGA % | Ilośćpkt. | Sposób oceny: wzory, uzyskaneinformacje mające wpływ na ocenę |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cena brutto przedmiotu zamówienia | 60 | 60 |   Najniższa cena ofertyIlość pkt. = ------------------------- x 60 Cena oferty badanej  |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie:**Część 1** – do 5 m-cy**Część 2, 3, 9, 12** – do 8 tygodni**Część 4** – do 3 tygodni**Część 5 i 6** – do 4 tygodni**Część 8** (poz. 2)– do 6 tygodni**Część 10** – do 21 dni- liczony od dnia podpisania umowyWykonawca winien podać oferowany termin realizacji przedmiotu zamówieniaw **DNIACH /** **TYGODNIACH / MIESIĄCACH** (odpowiednio dla danej części)W przypadku zaoferowania terminu realizacji przedmiotu zamówienia dłuższego niż wskazany powyżej (odpowiednio dla danej części) oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z treścią Siwz | 20 | 20 | Najkrótszy termin realizacjiIlość pkt = ------------------------ x 20 Termin realizacji w ofercie badanej |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia**Część 1, 8** (poz. 2)**, 9** – min. 24 m-ce, max. 36 m-cy;**Część 2, 3, 4, 5, 10, 12** – min. 12 m-cy, max. 24 m-ce;**Część 6** – min. 24 m-cy, max. 60 m-cy;W przypadku zaoferowania okresu gwarancji krótszego niż wskazany powyżej odpowiednio dla danej części, oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z treścią SiwzZamawiający informuje, że Wykonawca może zaoferować okres gwarancji dłuższy niż maksymalny wskazany powyżej, jednak wówczas do oceny ofert zostanie przyjęta wartość maksymalna wskazana przez Zamawiającego | 20 | 20 |   Okres gwarancji  w ofercie badanej Ilość pkt. = -------------------- x 20 Najdłuższy okres gwarancji  |
|  | Łączna liczba pkt. oferty = suma pkt za kryterium 1-3 |

**Część 7**

| L.p. | KRYTERIA | WAGA % | Ilośćpkt. | Sposób oceny: wzory, uzyskaneinformacje mające wpływ na ocenę |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cena brutto realizacji przedmiotu zamówienia | 60 | 60 |  Najniższa cena ofertyIlość pkt. = ------------------------- x 60 Cena oferty badanej  |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie: do 6 tygodni- liczony od dnia podpisania umowyWykonawca winien podać oferowany termin realizacji przedmiotu zamówienia w **TYGODNIACH** W przypadku zaoferowania terminu realizacji przedmiotu zamówienia dłuższego niż wskazany powyżej oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z treścią Siwz | 10 | 10 |   Najkrótszy termin realizacjiIlość pkt = ------------------------------ x 10 Termin realizacji  w ofercie badanej |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówieniamin. 24 m-cy, max. 60 m-cy;W przypadku zaoferowania okresu gwarancji krótszego niż wskazany powyżej oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z treścią SiwzZamawiający informuje, że Wykonawca może zaoferować okres gwarancji dłuższy niż maksymalny wskazany powyżej, jednak wówczas do oceny ofert zostanie przyjęta wartość maksymalna wskazana przez Zamawiającego | 10 | 10 |  Okres gwarancji  w ofercie badanej Ilość pkt. = ---------------------------------- x 10 Najdłuższy okres gwarancji  |
|  | Parametry techniczne dla poz. 1 | 20 | 20 |   Ilość pkt. oceny oferty badanejIlość pkt = --------------------------------------- x 20 Maksymalna ilość punktów oceny Ilość pkt. oceny oferty badanej to suma punktów uzyskanych przez nią za parametry techniczne opisane w Arkuszu informacji technicznej.Maksymalna ilość punktów oceny to suma punktów możliwych do uzyskania przez ofertę za parametry techniczne w Arkuszu informacji technicznej. |
|  | Łączna liczba pkt. oferty = suma pkt za kryterium 1-4 |

**Część 11**

| L.p. | KRYTERIA | WAGA % | Ilośćpkt. | Sposób oceny: wzory, uzyskaneinformacje mające wpływ na ocenę |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cena brutto realizacji przedmiotu zamówienia | 60 | 60 |  Najniższa cena ofertyIlość pkt. = ------------------------- x 60 Cena oferty badanej  |
|  | Parametry techniczne i czas reakcji serwisowej | 40 | 40 |   Ilość pkt. oceny oferty badanejIlość pkt = --------------------------------------- x 40 Maksymalna ilość punktów oceny Ilość pkt. oceny oferty badanej to suma punktów uzyskanych przez nią za parametry techniczne opisane w Arkuszu informacji technicznej.Maksymalna ilość punktów oceny to suma punktów możliwych do uzyskania przez ofertę za parametry techniczne w Arkuszu informacji technicznej. |
|  | Łączna liczba pkt. oferty = suma pkt za kryterium 1-2 |

1. Ocena punktowa dotyczyć będzie wyłącznie ofert uznanych za ważne i niepodlegających odrzuceniu.
2. Zamawiający wybierze jako najkorzystniejszą ofertę, która uzyska najwyższą ilość punktów.
3. Punkty przyznane za poszczególne kryteria liczone będą z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

# Informacje dotyczące walut obcych, w jakich mogą być prowadzone rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą.

Zamawiający nie przewiduje rozliczeń z Wykonawcą w walutach obcych; rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą prowadzone będą w PLN.

# Informacje o formalnościach, jakie powinny zostać dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.

1. Osoby reprezentujące Wykonawcę przy podpisywaniu umowy powinny posiadać ze sobą dokumenty potwierdzające ich umocowanie do podpisania umowy, o ile umocowanie to nie będzie wynikać z dokumentów załączonych do oferty.
2. W przypadku wyboru oferty złożonej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy przedstawienia umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.
3. Zawarcie umowy nastąpi na podstawie wzoru Zamawiającego.
4. Wykonawca jest zobowiązany do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, uchyla się od zawarcia umowy, Zamawiający może zbadać, czy nie podlega wykluczeniu Wykonawca, który złożył ofertę najwyżej ocenioną spośród pozostałych ofert.

# Wymagania dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

Zamawiający **nie żąda** wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy przez Wykonawcę.

# Wzór umowy.

Wzór umowy stanowi załącznik nr 5 do Siwz.

# Pouczenie o środkach ochrony prawnej przysługujących Wykonawcy w toku postępowania o udzielenie zamówienia.

* 1. Środki ochrony prawnej przysługują Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów Pzp.
	2. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz Siwz przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 Pzp.
	3. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności Zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której Zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.
	4. Odwołanie wnosi się:
1. w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 180 ust. 5 zdanie drugie Pzp, albo w terminie 15 dni - jeżeli zostały przesłane w inny sposób;
2. wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a także wobec postanowień Siwz – w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia Siwz na stronie internetowej;
3. wobec czynności innych niż określone w ppkt 1 i 2 - w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.
4. jeżeli Zamawiający nie przesłał Wykonawcy zawiadomienia o wyborze oferty najkorzystniejszej – odwołanie wnosi się nie później niż w terminie:
	* + 1. 30 dni od dnia publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia
			2. 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy, jeżeli Zamawiający nie opublikował w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia
5. Odwołujący przesyła kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.
6. Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej (KIO) stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.
7. Skargę wnosi się do sądu okręgowego właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania Zamawiającego.
8. Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa KIO w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia KIO, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi.
9. Szczegółowe zasady korzystania ze środków ochrony prawnej określa Dział VI Pzp – Środki ochrony prawnej.

# Wykaz załączników do niniejszej Siwz

Załącznikami do niniejszej Siwz są:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wzór Formularza ofertowego 1-12 |
|  | Wzór Arkusza informacji technicznej 1-12 |
|  | Wzór Formularza JEDZ |
|  | Wzór oświadczenia dotyczącego przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej  |
|  | Wzór umowy. |
|  | Instrukcja obsługi dla Wykonawców |

**Z upoważnienia Rektora**

**Z-ca Kanclerza ds. Zarządzania Administracją**

**mgr inż. Kamil Jakubowicz**

### Część 1 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 1** Kardiotokograf w zestawie z wózkiem - szt. 3 na potrzeby II Katedry
i Kliniki Ginekologii i Położnictwa

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. | Ilość | Cena jedn. netto PLN | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
|  | Kardiotokograf w zestawie z wózkiem - szt. 3 na potrzeby II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 1 do Siwz)* | szt. | **3** | …………. | …………. | ……… | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 5 miesięcy od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……… m-c / m-ce / m-cy |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 24 miesiące, maksimum 36 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 1 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

***Korekta z dnia 16.09.2019 r.***

**Część 1** Kardiotokograf w zestawie z wózkiem - szt. 3 na potrzeby II Katedry
i Kliniki Ginekologii i Położnictwa

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy) ........................................................................................

Rok produkcji ............. (Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy) .............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Istotne parametry techniczne** |
|  | Kardiotokograf w zestawie z wózkiem do monitorowania bliźniaków po podłączeniu drugiej głowicy Cardio | Tak, podać |  |
|  | **System Nadzoru Okołoporodowego który posiada funkcję komputerowej analizy zapisu KTG. System (oprogramowanie, serwer, infrastruktura sieciowa) do monitorowania zarówno zapisów KTG jak i saturacji** **(komplet wyjść/złącz do monitorowania saturacji),**  **temperatury, NIBP i EKG wraz z  podłączeniem do niego oferowanych kardiotokografów.** Komputerowa analiza zapisu KTG w języku polskim. Obliczanie zmienności długoterminowej LTV [bpm], krótkoterminowej STV [ms], ilości akceleracji, deceleracji, skurczów. | Tak, podać |  |
|  | Alarm końca papieru. W przypadku braku papieru w drukarce lub otwarcia szuflady automatyczny dodruk brakujących danych po włożeniu papieru i zamknięciu szuflady. Pamięć w buforze min. 60 min. | Tak, podać |  |
|  | Współpraca z telemetrią płodową **~~FTS-3~~****Telemetria płodowa współpracując z aparatem KTG, wchodzącym w skład przedmiotu zamówienia, posiada co najmniej funkcję mierzenia tętna płodu, skurczy macicy i ruchu płodu.** | Tak, podać |  |
|  | Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR dla bliźniaków | Tak, podać |  |
|  | Ostrzeganie w przypadku monitorowania jednego płodu za pomocą obu głowic US | Tak, podać |  |
|  | Ostrzeganie w przypadku monitorowania tętna matki za pomocą głowicy US (weryfikacja międzykanałowa) | Tak, podać |  |
|  | Wprowadzanie notatek tekstowych i możliwość samodzielnej edycji notatek | Tak, podać |  |
|  | Praca samodzielna lub w systemie nadzoru położniczego ~~(co najmniej system Philips, Edan, Monako)~~ | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim **obsługiwane za pomocą ekranu dotykowego o wielkości min. 12 cali** | Tak, podać |  |
|  | **Szczegółowa specyfikacja wyposażenia** | Tak, podać |  |
|  | Głowica typu CARDIO x 2szt**Natężenie emitowanej fali US z głowicy CARDIO musi być bezpieczne dla pacjentek i płodów o wielkości ≤ 2 mW/cm2****Najwyższy stopień wodoodporności - IPX8** | Tak, podać |  |
|  | Głowica typu TOCO x 1 szt.**Najwyższy stopień wodoodporności - IPX8** | Tak, podać |  |
|  | Znacznik ruchów płodu x 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Przewód zasilania x 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Przewód uziemienia x 1 szt. **– nie dotyczy w przypadku zaoferowania urządzenia posiadającego wyższą klasę ochronności elektrycznej nie wymagającej osobnego przewodu uziemienia** | Tak, podać |  |
|  | Pas KTG x 3 szt. | Tak, podać |  |
|  | Żel KTG x 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Papier KTG x 3 szt. | Tak, podać |  |
|  | Bezpiecznik x 2 szt. – **nie dotyczy w przypadku zaoferowania urządzenia posiadającego II klasę ochronności elektrycznej nie wymagającej zastosowania bezpieczników** | Tak, podać |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim | Tak, podać |  |
|  | Bateria litowo-jonowa **co najmniej** 4400mAh zapewniająca pracę bez zasilania sieciowego ~~min. do 4h~~ **powyżej 2h** | Tak, podać |  |
|  | Dodatkowe wyposażenie standardowe dla wersji ~~Express~~ **z kardiomonitorem** |
|  | Czujnik saturacji x 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | **~~Czujnik temperatury x 1 szt.~~** | **~~Tak, podać~~** |  |
|  | Mankiet do pomiaru NIBP x 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Przewód do NIBP x 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Kabel EKG 3-odprowadzeniowy x 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Bateria x 1 szt. | Tak, podać |  |

* 1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
	i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
	2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 2 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 2** Urządzenie do pomiaru impedancji oddechowej za pomocą oscylometrii impulsowej na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii
i Alergologii

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Urządzenie do pomiaru impedancji oddechowej za pomocą oscylometrii impulsowej na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz)* | …………. | …………. | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………………………………………………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie
z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 2 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

**Część 2** Urządzenie do pomiaru impedancji oddechowej za pomocą oscylometrii impulsowej na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii
i Alergologii

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy) ........................................................................................

Rok produkcji: (wymagany min. 2019 r.) / zadeklarowany przez Wykonawcę .............................

(Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy) .............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Istotne parametry techniczne** |
|  | Oprócz pomiaru impedancji oddechowej za pomocą oscylometrii impulsowej urządzenie powinno mieć możliwość wykonania typowej spirometrii | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie powinno współpracować z posiadanym spirometrem Master Scope (możliwość przeniesienia bazy danych) | Tak, podać |  |
|  | **Szczegółowa specyfikacja wyposażenia** |
|  | Zestaw diagnostyczny, fabrycznie nowy | Tak, podać |  |
|  | Zestaw diagnostyczny wyposażony w moduły min. :* spirometria spokojna,
* spirometria natężona,
* maksymalna wentylacja,
* badanie oporów metodą oscylacji wymuszonych
* próba rozkurczowa w każdym z powyższych modułów pomiarowych
 | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie moduły wymienione w pkt. 2 powyżej muszą być obsługiwane z jednego komputera, posiadać jedną wspólną bazę danych i być wyprodukowane przez jednego producenta | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie medyczne zainstalowane na stacji roboczej o parametrach zgodnych ze specyfikacją producenta aparatu. Wyposażenie stacji roboczej musi umożliwiać podłączenie wszystkich komponentów zestawu do badań i pracę systemu zgodnie z przeznaczeniem i parametrami specyfikacji technicznej | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie bazy danych powinno umożliwiać dokonywanie automatycznych kopii zapasowych każdego dnia. | Tak, podać |  |
|  | Aparat umożliwiający doposażenie w przyszłości o aparat do przeprowadzania prób prowokacyjnych, z wykorzystaniem Histaminy, Metacholiny, Aspiryny i innych. | Tak, podać |  |
|  | Podgrzewana głowica pneumotachograficzna bez konieczności wymiany po każdym pacjencie współpracująca z filtrami bakteryjno-wirusowymi. | Tak, podać |  |
|  | Opór głowicy pomiarowej mierzony przy przepływie 10l/s jest ≤0,05 kPa/(l/s) | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru przepływu przynajmniej 0 do 19 L/s | Tak, podać |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru przepływu 2 μL/s, lub lepsza | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru objętości ± 18 L, lub więcej | Tak, podać |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru objętości 2 μL, lub lepsza | Tak, podać |  |
|  | Spirometr wymagający codziennej kalibracji objętości zgodnie z zaleceniami ATS ERS i z możliwością wydruku wyniku kalibracji | Tak, podać |  |
|  | W ramach standardowego wyposażenia dostarczona powinna być 3L pompa kalibracyjna. | Tak, podać |  |
|  | W ramach standardowego wyposażenia dostarczony powinien być wzorzec impedancji do weryfikacji poprawności wskazań modułu do oscylacji wymuszonych. | Tak, podać |  |
|  | Program spirometryczny wyposażony w graficzne wskaźniki informujące operatora o spełnieniu kryteriów zakończenia manewru:• czas wydechu (>3 lub >6 sekund) w zależności od wieku pacjenta • ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml)Wskaźniki muszą pracować online, w trakcie wykonywania badania, a nie dopiero po jego zakończeniu. | Tak, podać |  |
|  | Program spirometryczny wyposażony w podpowiedzi tekstowe informujące operatora jaką instrukcję i w którym momencie przekazać pacjentowi. | Tak, podać |  |
|  | Programy animacyjne wspomagające wykonanie badania u pacjentów trudno współpracujących, w ilości przynajmniej 8 różnych animacji | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie spirometryczne umożliwiające uwzględnienie pozycji, w jakiej jest wykonane badanie:* stojąca
* siedząca
* leżąca
 | Tak, podać |  |
|  | Moduł do oscylacji wymuszonych wykorzystujący wymuszenie impulsem ciśnieniowym:* zakres mierzonych częstotliwości 3-48 Hz lub większy, wykorzystujący impulsy 0-100 Hz.
* częstotliwość próbkowania dla konwersji analogowo – cyfrowej przynajmniej: 200Hz
* możliwość wykrywania i prezentacji ograniczeń przepływów wydechowych
* moduł do oscylacji wymuszonych – pomiar ciśnienia w ustach:
* zakres: min. ± 2 kPa lub większa
* dokładność: ± 2% lub lepsza
* rozdzielczość: 0,001 Pa lub lepsza
 | Tak, podać |  |
|  | Program do oscylacji wymuszonych umożliwiający przeprowadzenie przynajmniej trzech prób z których system wylicza powtarzalność pomiaru | Tak, podać |  |
|  | Opór widoczny w raporcie może być prezentowany przynajmniej w trzech wariantach:* jako wartość średnia z wszystkich prawidłowo wykonanych prób
* jako rzeczywiste wartości zmierzone w każdej próbie
* w sposób mieszany, czyli oba powyższe jednocześnie
 | Tak, podać |  |
|  | Program oscylometryczny oferujący automatyczną klasyfikację badania według J. Winklera | Tak, podać |  |
|  | Program oscylometryczny oferujący parametr określający ograniczenie przepływu. | Tak, podać |  |
|  | Program oscylometryczny umożliwiający umieszczenie w raporcie automatycznej interpretacji, umożliwiając jednocześnie operatorowi jej edycję. | Tak, podać |  |
|  | Szablony do automatycznego opisu badania umożliwiające, w sposób automatyczny za pomocą makr wstawianie zmierzonych parametrów do opisu. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość konfiguracji własnych raportów użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Możliwość umieszczenia w raportach spirometrycznych oraz oscylometrycznych takich parametrów jak:* percentyl
* odchylenie standardowe
 | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wydrukowania raportu na drukarce podłączonej do komputera oraz generowanie go w formie elektronicznej w formatach PDF, TIF, JPG, RTF . Kompatybilne urządzenie z posiadaną przez Użytkownika drukarką: TATriumph-Adler P-5030DN | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie określające bieżący status wizyty za pomocą różnych kolorów lub różnych ikon przypisanych dla odpowiednich etapów wizyty. System powinien rozróżniać przynajmniej pięć etapów, w tym koniecznie następujące etapy:1. wprowadzono dane pacjenta bez wykonanego pomiaru
2. przeprowadzono co najmniej jeden pomiar
3. wizyta zakończona i zapisano co najmniej jeden raport

wizyta zakończona i zapisano co najmniej jeden raport oraz komentarz lekarza lub interpretację wyników | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru modułu wartości należnych, niezależnie dla każdego badania | Tak, podać |  |
|  | Oferowany zestaw wyposażony w moduł wartości należnych zgodnie z zaleceniami ATS ERS | Tak, podać |  |
|  | Oferowany zestaw wyposażony w oprogramowanie z zaimplementowanymi wartościami należnymi dla pomiaru oscylacji wymuszonych opracowanymi na polskiej populacji dzieci w wieku od 3 do 18 roku życia | Tak, podać |  |
|  | Oferowany aparat wyposażony w oprogramowanie umożliwiające użytkownikowi samodzielnie wprowadzać nowe formuły wartości należnych oraz zmieniać istniejące | Tak, podać |  |
|  | Aparat wyposażony w ruchome ramię (przykręcane do stołu/biurka) umożliwiające ustawienie odpowiedniej pozycji przepływomierza zarówno w pionie, jak i poziomie | Tak, podać |  |
|  | Regulowane ramię ofertuje zakres regulacji w wysokości, mierzony od najniższej pozycji do najwyższej, w zakresie przynajmniej 80 cm | Tak, podać |  |
|  | Wyrób ze znakiem CE zgodnie z dyrektywą 93/42/EC – zgłoszony w Polsce w rejestrze wyrobów medycznych | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 3 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 3** Przenośny aparat do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzu na potrzeby Katedry i Zakładu Fizjologii

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Przenośny aparat do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzu na potrzeby Katedry i Zakładu Fizjologii*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 3 do Siwz)* | …………. | …………. | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………………………………………………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesiące od dnia podpisania protokołu odbioru | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie
z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 3 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

***Korekta z dnia 16.09.2019 r.***

**Część 3** Przenośny aparat do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzu na potrzeby Katedry i Zakładu Fizjologii

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy..........................................................................................

Rok produkcji ............. (Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy) .............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Istotne parametry techniczne** |
|  | Pomiar dokonywany za pomocą czujnika elektrochemicznego | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiarowy stężeń 0-500 ppm (*particles per milion*) lub szerszy | Tak, podać |  |
|  | Dokładność odczytu nie gorsza niż +/- 10% | Tak, podać |  |
|  | Interferencja CO ~~<1%~~ **<4%** | Tak, podać |  |
|  | Konieczność kalibracji nie częściej niż raz na 3 miesiące | Tak, podać |  |
|  | Praca w zakresie temperatury i wilgotności otoczenia w zakresach (przynajmniej) 15-35oC oraz ~~10~~ **15**-90% | Tak, podać |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz, umożliwiający dotykową obsługę urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna, umożliwiająca zapis pomiarów dla przynajmniej 10 badanych | Tak, podać |  |
|  | Możliwość przypisywania badanym predefiniowanych lub zdefiniowanych przez użytkownika protokołów testu oddechowego | Tak, podać |  |
|  | Wbudowane protokoły testów z użyciem glukozy, laktozy, laktulozy, fruktozy, sorbitolu i ksylitolu | Tak, podać |  |
|  | Możliwość modyfikowania protokołów testów wymienionych w punkcie 10, a także możliwość tworzenia własnych protokołów | Tak, podać |  |
|  | Obecne w systemie aparatu powiadomienia o konieczności kalibracji i wymianie adaptera | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie w polskiej wersji językowej w cenie urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Gniazdo USB do synchronizacji oprogramowania z aparatem | Tak, podać |  |
|  | Możliwość pobierania prób z użyciem zarówno ustnika, jak i maski | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zapisywania danych demograficznych badanego | Tak, podać |  |
|  | Możliwość generowania raportów badania, uwzględniających dane demograficzne, dane ośrodka badawczego oraz jego logotyp | Tak, podać |  |
|  | Możliwość dodawania opisu wyników badania i komentarzy | Tak, podać |  |
|  | Zasilnie bateryjne, preferencyjnie bateriami AA | Tak, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia nie większe niż 34 x 75 x 140 mm | Tak, podać |  |
|  | Masa urządzenia nie większa niż 200 g (z uwzględnieniem baterii) | Tak, podać |  |
|  | Dołączone ustniki jednorazowe (co najmniej 250 sztuk) | Tak, podać |  |
|  | Dołączone adaptery z zaworem jednokierunkowym i filtrem antybakteryjnym (co najmniej 12 sztuk) | Tak, podać |  |
|  | Dołączone chusteczki z płynem dezynfekcyjnym (co najmniej 50 sztuk) | Tak, podać |  |
|  | **Szczegółowa specyfikacja techniczna** |
|  | Adaptery oraz jednorazowe ustniki umożliwiające prawidłowe działanie urządzenia | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 4 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 4** Rejestrator do pomiaru pH i pHZ na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Rejestrator do pomiaru pH i pHZ na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 4 do Siwz)* | …………. | …………. | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………………………………………………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 3 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesiące od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie
z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 4 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

**Część 4** Rejestrator do pomiaru pH i pHZ na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy) ........................................................................................

Rok produkcji: .............................

(Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy) .............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | Współpraca z posiadaną przez użytkownika stacją roboczą i preinstalowanym oprogramowaniem do analizy pH/pH i impedancji (notebook Dell Vostro 5558 15,6"/500GB/ram4GB) | Tak, podać |  |
|  | Możliwość rejestracji pomiarów impedancji z min. 6 kanałów | Tak, podać |  |
|  | Komunikacja rejestratora ze stacją roboczą za pomocą USB | Tak, podać |  |
|  | Możliwość rejestracji poziomu pH na min 2 kanałach | Tak, podać |  |
|  | Rejestracja refluksu kwaśnego, słabo kwaśnego i niekwaśnego | Tak, podać |  |
|  | Rejestracja refluksu płynnego, mieszanego i gazowego | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie bateryjne: 2 x 1,5 V typ AA | Tak, podać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania sygnału pH w zakresie: 1 Hz-0,1 Hz (1/sek – 1/10 sek) | Tak, podać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania sygnału impedancji 64 Hz | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru poziomu pH do 10 pH | Tak, podać |  |
|  | Płynne ustawienie czasu rejestracji w zakresie od 1 do 48 h | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru zestawu buforów do kalibracji:* kalibracja sond w buforach o pH4 i pH7
* kalibracja sond w buforach o pH7 i pH4
 | Tak, podać |  |
|  | Przygotowanie do kalibracji i kalibracja cewników bez udziału pacjenta i komputera | Tak, podać |  |
|  | Oznakowanie zmiany pozycji, okresu posiłkowego na wyświetlaczu rejestratora | Tak, podać |  |
|  | Podświetlane przyciski zmiany pozycji i okresu posiłkowego na klawiaturze rejestratora w okresie trwania zdarzenia | Tak, podać |  |
|  | Rejestracja dolegliwości odczuwanych przez pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Rejestracja zmiany pozycji ciała | Tak, podać |  |
|  | Rejestracja okresów posiłków | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wprowadzenia nr identyfikacyjnego pacjenta w postaci od 1 do 10 cyfr | Tak, podać |  |
|  | Weryfikacja poprawności działania kanałów impedancyjnych cewnika pH-Z przed rozpoczęciem badania | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 5 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 5** Gastrolyzer przenośne urządzenie do monitorowania zawartości wodoru
w wydychanym powietrzu na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Gastrolyzer przenośne urządzenie do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzu na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 5 do Siwz)* | …………. | …………. | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………………………………………………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 4 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie
z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 5 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

**Część 5** Gastrolyzer przenośne urządzenie do monitorowania zawartości wodoru
w wydychanym powietrzu na potrzeby II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy) ........................................................................................

Rok produkcji: .............................

(Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy) .............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Istotne parametry techniczne** |
|  | Przenośne urządzenie do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzuw składzie:aparat Gastro+ oraz akcesoria wymienione w pkt. 25 tabeli | Tak, podać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna aparatu umożliwiająca:* zapis do 10 pacjentów w pamięci wewnętrznej aparatu
* przypisywanie zapisanym pacjentom predefiniowanych lub zdefiniowanych przez użytkownika protokołów testu oddechowego
* równoczesne przeprowadzanie testów oddechowych dla zdefiniowanej grupy pacjentów
* zapisywanie wyników testów oddechowych wybranych pacjentów
 | Tak, podać |  |
|  | Ciekłokrystaliczny, dotykowy kolorowy wyświetlacz | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiarowy stężeń 0-500 ppm | Tak, podać |  |
|  | Pomiar za pomocą czujnika elektrochemicznego | Tak, podać |  |
|  | Dokładność odczytu: nie gorsza niż +/- 3ppm/10% | Tak, podać |  |
|  | Predefiniowane protokoły badawcze w pamięci aparatu: fruktoza, glukoza, laktoza, laktuloza, sorbitol, ksylitol | Tak, podać |  |
|  | Częstotliwość kalibracji: nie częściej niż 1 raz na trzy miesiące | Tak, podać |  |
|  | Temperatura i wilgotność pracy nie gorsza niż: 15-35oC, 15-90% | Tak, podać |  |
|  | Okres eksploatacji czujnika 24 miesiące | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie: 3 baterie AA, 1.5 V | Tak, podać |  |
|  | Wymiary nie większe niż 40 x 80 x 140 mm | Tak, podać |  |
|  | Waga nie większa niż 250 g łącznie z bateriami | Tak, podać |  |
|  | Standardowe komunikaty systemowe aparatu:* przypomnienie o konieczności kalibracji
* konieczność wymiany D-adaptera
 | Tak, podać |  |
|  | Dwa tryby pobierania próbki: * za pomocą ustnika
* za pomocą maski (opcja)
 | Tak, podać |  |
|  | Gniazdo USB do synchronizacji oprogramowania z aparatem | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie z polską wersją językową GastroChart lub równoważne | Tak, podać |  |
|  | Zapisywanie danych demograficznych pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Zapisywanie wyników badań | Tak, podać |  |
|  | Wydruk wyników badań w ujęciu tabelarycznym i w postaci wykresów | Tak, podać |  |
|  | Wprowadzanie opisu wyników badań i komentarzy | Tak, podać |  |
|  | Standardowe protokoły badań: fruktoza, glukoza, laktoza, laktuloza, sorbitol, ksylitol | Tak, podać |  |
|  | Możliwość definiowania własnych protokołów | Tak, podać |  |
|  | Generowanie raportu z danymi demograficznymi pacjenta i danymi ośrodka wykonującego badanie + ewentualne logo | Tak, podać |  |
|  | Akcesoria: * ustniki jednorazowego użytku typu słomkowego, 20 szt.
* D-adapter z zaworem jednokierunkowym i filtrem antybakteryjnym, 1 szt.
* chusteczki do czyszczenia i dezynfekcji, op. 50 szt.
* rysik do ekranu
* 3 baterie AA
 | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 6 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 6**

1. Rejestrator do monitorowania rytmu serca - szt. 2

2. System długotrwałego monitorowania EKG – szt. 1 wraz ze stacją roboczą, z drukarką
i monitorem

3. Aparat do monitorowania ciśnienia krwi - szt. 3

- na potrzeby Katedry i Kliniki Geriatrii

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. | Ilość | Cena jedn. netto PLN | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
|  | Rejestrator do monitorowania rytmu serca - szt. 2 *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 6 do Siwz)* | szt. | **2** | …………. | …………. | ……… | …………. |
|  | System długotrwałego monitorowania EKG – szt. 1 *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 6 do Siwz)* | szt. | **1** | …………. | …………. | ……… | …………. |
| 2a | Stacja robocza (komputer) | szt. | **1** | …………. | …………. | ……… | …………. |
| 2b | Drukarka | szt. | **1** | …………. | …………. | ……… | …………. |
| 2c | Monitor | szt. | **1** | …………. | …………. | ……… | …………. |
|  | Aparat do monitorowania ciśnienia krwi - szt. 3*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 6 do Siwz)* | szt. | **3** | …………. | …………. | ……… | …………. |
|  | **RAZEM** (suma pozycji 1 – 3): |  | …………. | ……… | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 4 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 24 miesiące, maksimum 60 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 6 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

**Część 6**

1. Rejestrator do monitorowania rytmu serca - szt. 2

2. System długotrwałego monitorowania EKG – szt. 1 wraz ze stacją roboczą, z drukarką
i monitorem

3. Aparat do monitorowania ciśnienia krwi - szt. 3

- na potrzeby Katedry i Kliniki Geriatrii

Producent

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................
3. ............................................................................................................................

Model

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................
3. ............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy)

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................
3. ............................................................................................................................

Rok produkcji

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................
3. ............................................................................................................................

Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................
3. ............................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Rejestrator do monitorowania rytmu serca – 2 sztuki** |
|  | Istotne parametry techniczne: |
|  | Rejestrator typu R12, powiązany z systemem BTL CardioPoint – Holter EKG | Tak, podać |  |
|  | Szczegółowa specyfikacja wyposażenia: |
|  | Rejestrator 12-,7- i 3-kanałowy | Tak, podać |  |
|  | Zapis danych w trybie 12-kanałowym z 10 odprowadzeń. | Tak, podać |  |
|  | Zapis danych w trybie 7- i 3-kanałowym z 5 odprowadzeń. | Tak, podać |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | Tak, podać |  |
|  | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania min. 2000Hz przy rozdzielczości zapisu min. 24 bity. | Tak, podać |  |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100uS przy próbkowaniu min. 40000Hz | Tak, podać |  |
|  | Czas ciągłego zapisu do 7 dni | Tak, podać |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD | Tak, podać |  |
|  | Detekcja pracy stymulatora | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze z podglądem sygnału EKG | Tak, podać |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD i bezprzewodowa | Tak, podać |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon) | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak, podać |  |
|  | Waga rejestratora z bateriami max. 140g | Tak, podać |  |
|  | Rozmiary rejestratora max.: 110 x 70 x 25 mm  | Tak, podać |  |
|  | W zestawie z rejestratorem instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał z trzema paskami dla pacjenta, elektrody jednorazowe | Tak, podać |  |
|  | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Użytkownika systemem BTL CardioPoint | Tak, podać |  |
|  | **System długotrwałego monitorowania EKG**  (CardioPoint Holter H600 lub równoważny) **– szt. 1 wraz ze stacją roboczą, z drukarką i monitorem** |
|  | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów zainstalowanej lokalnie na komputerze i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próba wysiłkowa, ergospirometria, komputerowe EKG i komputerowa spirometria.Oprogramowanie kompatybilne z posiadanym przez Użytkownika oprogramowaniem BTL CardioPoint | Tak, podać |  |
|  | Współpraca z rejestratorami 12-kanałowymi, 7-kanałowymii 3- kanałowymi | Tak, podać |  |
|  | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń. | Tak, podać |  |
|  | Narzędzie graficzne do ręcznego rozdzielenia morfologii | Tak, podać |  |
|  | Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:- Analiza HRV wraz z trendami HRV- Analiza obniżenia i nachylenia odcinka ST- Analiza QT i QTc- Analiza PQ- Analiza fizycznej aktywności pacjenta- Detekcja i zaawansowana analiza kardiostymulatorów | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg i stronicowym | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD i bezprzewodowa | Tak, podać |  |
|  | Menu programu i raporty w języku polskim | Tak, podać |  |
|  | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu | Tak, podać |  |
|  | Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem | Tak, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych | Tak, podać |  |
|  | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zmiany szaty graficznej w programie | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zmiany ilości, rozmiaru i położenia wyświetlanych okien w programie | Tak, podać |  |
|  | Tabela arytmii uporządkowana względem ważności.  | Tak, podać |  |
|  | Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów. | Tak, podać |  |
|  | Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami. Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami. | Tak, podać |  |
|  | Trendy oraz podział czasowy rytmu podstawowego i wzorów arytmii. | Tak, podać |  |
|  | Analiza fizycznej aktywności pacjenta przy pomocy czujnika w rejestratorze | Tak, podać |  |
|  | Analiza czasowa statystyk aktywności pacjenta w podziale godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność  | Tak, podać |  |
|  | Trend aktywności pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Podgląd wartości granicznych PQ | Tak, podać |  |
|  | Analiza czasowa wartości PQ w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Podział czasu na zdarzenia PQ i alarmy | Tak, podać |  |
|  | Obrazowanie zespołów QRS w formie graficznej 2 i 3 wymiarowej | Tak, podać |  |
|  | Detekcja impulsów stymulatora. Rozróżnienie pomiędzy stymulację przedsionkową, komorową, dwujamową, pobudzeń zsumowanych i rzekomo zsumowanych | Tak, podać |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy impulsów stymulatora do najbliższego pobudzenia. Badanie ilości impulsów przedsionkowych i komorowych. Badanie czasu aktywacji komór po impulsie. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranymi odstępami i-R  | Tak, podać |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniem a impulsem stymulatora. Badanie bazowego rytmu stymulatora. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranymi odstępami R-i | Tak, podać |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy impulsami stymulatora | Tak, podać |  |
|  | Czas trwania zdarzeń PCM oraz alarmów w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność | Tak, podać |  |
|  | Trendy oraz podział czasu na zdarzenia PCM oraz alarmy | Tak, podać |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniami w analizie HRV | Tak, podać |  |
|  | Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | Tak, podać |  |
|  | Trendy wartości HRV | Tak, podać |  |
|  | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych ST | Tak, podać |  |
|  | Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG | Tak, podać |  |
|  | Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Wykres oraz podział czasu na podstawowe wartości badania/zdarzenia | Tak, podać |  |
|  | Analiza czasowa wartości nachylenia ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Trendy i podział czasu nachylenia ST | Tak, podać |  |
|  | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych QT | Tak, podać |  |
|  | Interaktywny histogram odstępów QT | Tak, podać |  |
|  | Interaktywny histogram skorygowanych odstępów QTc | Tak, podać |  |
|  | Analiza czasowa wartości QT/QTc w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Wykres wartości/zdarzeń QT/QTc | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zainstalowania bazy badań na serwerze i zdalnej analizy z dowolnego komputera posiadanego przez Użytkownika podłączonego do niej | Tak, podać |  |
|  | Stacja robocza:- Procesor osiągający w testach PassMark min.7300 punktów;- dysk twardy min. 500GB- pamięc RAM min. 8GB- klawiatura, mysz- napęd DVD/RW- ilość portów USB 2.0: min. 8 szt.- system operacyjny Microsoft Windows 10 Professional PLX64 lub równoważny funkcjonalnie tj. w polskiej wersji językowej, zapewniający możliwość obsługi aplikacji użytkowych przez Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | Monitor :- LCD, kolorowy- przekątna ekranu: min.24 cale- rozdzielczość min. 1920x1080 px | Tak, podać |  |
|  | Drukarka:- laserowa- monochromatyczna- podajnik standardowy: min. 125 arkuszy | Tak, podać |  |
|  | **Aparat do monitorowania ciśnienia krwi - szt. 3**  |
|  | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, ergospirometrię, komputerowe EKG i komputerową spirometrię.  | Tak, podać |  |
|  | Możliwość podziału okresu badań na 4 podokresy i ich programowanie | Tak, podać |  |
|  | Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów (z dokładnością do 1 min) | Tak, podać |  |
|  | Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jak i dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu | Tak, podać |  |
|  | Tryby pracy administratora i użytkowników systemu | Tak, podać |  |
|  | Zabezpieczenie dostępu do oprogramowania hasłem | Tak, podać |  |
|  | Menu i raporty w języku polskim | Tak, podać |  |
|  | Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów | Tak, podać |  |
|  | Możliwość konfiguracji i pełnej edycji raportu (tak, jak w edytorze tekstu) | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak, podać |  |
|  | W zestawie z rejestratorem futerał z paskiem, mankiet standardowy, osiem akumulatorów, ładowarka akumulatorów, walizka | Tak, podać |  |
|  | **Rejestrator holtera ciśnienia - 3 sztuki** |
|  | Metoda pomiaru oscylometryczna | Tak, podać |  |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | Tak, podać |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu ciągłego zapisu: do 51 godz. | Tak, podać |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny USB (światłowód o szybkości transmisji min. 115200bit/s) | Tak, podać |  |
|  | Pomiar na żądanie | Tak, podać |  |
|  | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | Tak, podać |  |
|  | Przycisk informacji o pobraniu leku | Tak, podać |  |
|  | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Możliwość stosowania min. 3 rodzaje mankietów (mały, standard, duży) | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak, podać |  |
|  | Waga bez akumulatorów max. 200g | Tak, podać |  |
|  | Rozmiary rejestratora max. : 100 x 70 x 30 mm | Tak, podać |  |
|  | Sprzęt kompatybilny z posiadanym przez Użytkownika systemem BTL CardioPoint | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 7 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 7**

1. Aparatura do wykonywania badania polisomnograficznego i elektroencefalograficznego ze stacją opisową.

2. Kompaktowa kamera wideo na podczerwień LAN ze zintegrowanym modułem transmisji radiowej (BT)

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. | Ilość | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
|  | Aparatura do wykonywania badania polisomnograficznego i elektroencefalograficznego ze stacją opisową.*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 7 do Siwz)* | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | Kompaktowa kamera wideo na podczerwień LAN ze zintegrowanym modułem transmisji radiowej (BT)*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 7 do Siwz)* | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | Komputer stacjonarny *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 7 do Siwz)* | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | Monitor LCD panoramiczny o przekątnej co najmniej 24 cale | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | Drukarka laserowa monochromatyczna | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | **RAZEM** (suma pozycji 1 – 5): |  | …………. | ……… | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 24 miesięcy, maksimum 60 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 7 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

***Korekta z dnia 16.09.2019 r.***

**Część 7**

1. Aparatura do wykonywania badania polisomnograficznego i elektroencefalograficznego ze stacją opisową.

2. Kompaktowa kamera wideo na podczerwień LAN ze zintegrowanym modułem transmisji radiowej (BT)

Producent

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Model

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy)

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Rok produkcji

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Punktacja** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Aparatura do wykonywania badania polisomnograficznego i elektroencefalograficznego ze stacją opisową.** |
|  | Istotne parametry techniczne: |
|  | Możliwość wykonywania pełnego badania polisomnograficznego zgodnie ze standardami AASM oraz badania elektroencefalograficznego z możliwością transmisji danych z urządzenia do stacji opisowej w czasie rzeczywistym **(Bluetooth lub WiFi)** lub **drogą radiową.** | Tak, podać |  |  |
|  | Szczegółowa specyfikacja wyposażenia: |
|  | Urządzenie polisomnograficzne ze zintegrowanym nadajnikiem BT **lub WiFi**, stacją dokującą do transferu danych i ładowania baterii o następujących parametrach: | Tak, podać |  |  |
|  | Karta Micro-SD **lub karta pamięci Flash** o pojemności co najmniej 2 GB  | Tak, podać |  |  |
|  | Minimalna ilość kanałów 67 | Tak, podać | **Brak – 0 pkt****Parametr spełniony – 10 pkt** |  |
|  | Rozdzielczość nie gorsza niż **16 bitów** ~~24 bity~~ | Tak, podać |  |  |
|  | Próbkowanie nie gorsze niż **1024**~~4 k~~Hz na kanał | Tak, podać |  |  |
|  | Wbudowany akumulator Li-Ion **lub możliwość zasilania z baterii AA** | Tak, podać |  |  |
|  | Stacja dokująca do transferu danych do komputera poprzez złącze USB  | Tak, podać | Brak – 0 pktParametr spełniony –5 pkt |  |
|  | Możliwość ciągłego beat-to-beat pomiaru ciśnienia krwi za pośrednictwem czujnika EKG metodą PTT  | Tak, podać | Brak – 0 pktParametr spełniony –10 pkt |  |
|  | **Możliwość rejestracji i oceny sygnału PTT** | **Tak, podać** | **Brak – 0 pkt****Parametr spełniony – 5 pkt** |  |
|  | Możliwość podłączania lub odłączania czujników do urządzenia podczas badania bez jego przerywania  | Tak, podać |  |  |
|  | Rozmiar urządzenia ~~mniejszy~~ **nie większy** niż **140**~~115~~ x **76**~~75~~ x **38**~~25~~ mm | Tak, podać |  |  |
|  | Waga urządzenia ~~mniejsza~~ **nie większa** niż: **300** ~~200~~ g | Tak, podać |  |  |
|  | Licencja na oprogramowanie na min. 2 stanowiska **bądź licencja na oprogramowanie wgrana na klucz (pendrive), umożliwiający uruchomienie oprogramowania na różnych komputerach (niejednocześnie).** | Tak, podać |  |  |
|  | Zestaw min. 40 pozłacanych elektrod **miseczkowych** EEG (10 mm z otworem, długość kabla: **nie więcej niż 122 cm** ~~76 cm~~) | Tak, podać |  |  |
|  | 2 przewody połączeniowe do EKG | Tak, podać |  |  |
|  | EEG min 32 kanały | Tak, podać |  |  |
|  | Mikrofon | Tak, podać |  |  |
|  | 2 elektrody PLM | Tak, podać |  |  |
|  | Adapter CPAP | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Adapter do termistora + t~~ **T**ermistor ~~+ zacisk podtrzymujący~~ | Tak, podać |  |  |
|  | Automatyczne wykrywanie czujników i elektrod | Tak, podać | **Brak – 0 pkt****Parametr spełniony – 5 pkt** |  |
|  | ~~Możliwa biokalibracja i kontrola impedancji za pomocą smartfona lub tabletu~~ | ~~Tak, podać~~ |  |  |
|  | Możliwość wysyłania danych pomiarowych do natychmiastowej kontroli sygnału jako zrzut ekranu na smartfon, tablet lub komputer | Tak, podać |  |  |
|  | 2 Indukcyjne pasy wysiłkowe o rozmiarze L + **co najmniej 1** czujnik wysiłku RIP | Tak, podać | **0 lub 1 czujnik – 0 pkt****2 lub więcej czujniki – 5 pkt** |  |
|  | Miękki silikonowy klips na palec SpO2 (dla dorosłych) łączony przewodem do urządzenia PSG | Tak, podać |  |  |
|  | Fotostymulator z wyzwalaniem za pomocą oprogramowania urządzenia PSG plus statyw | Tak, podać |  |  |
|  | Instrukcja obsługi | Tak, podać |  |  |
|  | Torba do przenoszenia | Tak, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie do inicjalizacji i analizy zapisu PSG i EEG | Tak, podać |  |  |
|  | 1 opakowanie kaniul nosowych (10 szt.) | Tak, podać |  |  |
|  | 1 paczka jednorazowych elektrod (30 szt.) | Tak, podać |  |  |
|  | Krem elektrodowy (samoprzylepny) | Tak, podać |  |  |
|  | Żel ścierny do przygotowania skóry | Tak, podać |  |  |
|  | Pasek na ramię | Tak, podać |  |  |
|  | 1 kanałowy czujnik do badania ciśnienia (beat 2 beat) i EKG z czujnikiem pozycji i ruchu pacjenta | Tak, podać | **Wymaganie obowiązkowe tylko dla ofert, które otrzymują punkty za spełnienie kryterium nr 9** |  |
|  | **Specyfikacja techniczna zestawu komputerowego z drukarką do planowanego zakupu aparatury PSG i EEG opisanej w rozdziale I tabeli** |
|  | Komputer stacjonarny o parametrach zalecanych do obsługi niezbędnego oprogramowania opisanego w rozdziale I tabeli z odpowiednim systemem operacyjnym | Tak, podać |  |  |
|  | Dysk twardy o pamięci co najmniej 2TB | Tak, podać |  |  |
|  | Monitor LCD panoramiczny o przekątnej co najmniej 24 cale | Tak, podać |  |  |
|  | Drukarka laserowa monochromatyczna | Tak, podać |  |  |
|  | **Kompaktowa kamera wideo na podczerwień LAN ze zintegrowanym modułem transmisji radiowej (BT)** |
|  | Istotne parametry techniczne: |
|  | Możliwość wykonywania rejestracji wideo zgodnie ze standardami AASM podczas badania polisomnograficznego oraz podczas video-EEG. W zestawie oprogramowanie synchronizujące zapis i umożliwiające edycję obrazu. | Tak, podać |  |  |
|  | Szczegółowa specyfikacja wyposażenia: |
|  | Strumień wideo H.264 | Tak, podać |  |  |
|  | Zintegrowane oświetlenie IR **lub oddzielny oświetlacz IR** | Tak, podać |  |  |
|  | Mikrofon | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Głośnik~~ | ~~Tak, podać~~ |  |  |
|  | Rozdzielczość min. 1280x 960 pikseli | Tak, podać |  |  |
|  | Mocowanie ścienne lub sufitowe z możliwością obrotu o 180 stopni | Tak, podać | **Brak – 0 pkt****Parametr spełniony – 5 pkt** |  |
|  | Oprogramowanie do synchronicznego nagrywania, edycji i archiwizacji | Tak, podać |  |  |
|  | Moduł transmisji radiowej (BT) **lub WiFi** składający się ze zintegrowanego odbiornika transmisji ~~radiowej (w kamerze)~~ i zintegrowanego~~y~~ nadajnik**a** radiow**ego**~~y~~ ~~(w urządzeniu PSG)~~ | Tak, podać |  |  |
|  | Waga max. 600 g, wymiary max. 160 x 130 x 125 mm | Tak, podać |  |  |
|  | Statyw | Tak, podać |  |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 8 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 8**

1. Kapnomaska - szt. 100
2. Kardiomonitor przenośny

- na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. | Ilość | Cena jedn. netto PLN | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
|  | Kapnomaska - szt. 100 na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 8 do Siwz)* | szt. | **100** | …………. | …………. | ……… | …………. |
|  | Kardiomonitor przenośny - na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 8 do Siwz)* | szt.  | **1** |  | …………. | ……… | …………. |
|  | **RAZEM** (suma pozycji 1 – 2): |  | …………. | ……… | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia dla poz. 2 (tj. Kardiomonitor przenośny)(maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodni |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia dla poz. 2 (tj. Kardiomonitor przenośny)(minimum 24 miesięcy, maksimum 36 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie
z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 8 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

***Korekta z dnia 16.09.2019 r.***

**Część 8**

1. Kapnomaska - szt. 100
2. Kardiomonitor przenośny

- na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej

Producent

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Model

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy)

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Rok produkcji

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Kapnomaska - szt. 100** |
|  | Szczegółowa specyfikacja wyposażenia: |
|  | Kapnomaska do pomiaru kapnografii w defibrylatorze DefiMax biphasic | Tak, podać |  |
|  | Maska pozwalająca na monitorowanie kapnografii u pacjentów niezaintubowanych, przy użyciu czujnika pomiaru kapnografii w strumieniu głównym CAPNOSTAT 5 firmy Philips-Respironics (posiadanym przez Użytkownika) z jednoczesną możliwością podawania pacjentowi tlenu | Tak, podać |  |
|  | **Kardiomonitor przenośny**  |
|  | Istotne parametry techniczne: |
|  | Parametry: EKG, ST, Arytmie, Resp, SpO2, NIBP, CO2, **moduł do pomiaru nieinwazyjnego rzutu serca metodą ICG** | Tak, podać |  |
|  | Ekran: kolorowy LCD TFT 12.1 cala | Tak, podać |  |
|  | Obsługa: ekran dotykowy | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie: sieciowe 230V i akumulatorowe na min. 1 godz. pracy | Tak, podać |  |
|  | Trendy: graficzne i tabelaryczne z 72 godz. **i wartości liczbowe**Możliwość przeniesienia wszystkich zapisanych danych, w tym trendów, wszystkich krzywych dynamicznych tj. co najmniej 3 krzywych EKG, krzywej SpO2, CO2 oraz 4 krzywych dotyczących rzutu nieinwazyjnego serca do komputera przy pomocy karty SD, wraz dostarczeniem programu umożliwiającego odczyt tych danych do dalszej analizy. | Tak, podać |  |
|  | Archiwum: pamięć wszystkich krzywych dynamicznych z 72 godz. | Tak, podać |  |
|  | Szczegółowa specyfikacja wyposażenia: |  |  |
|  | Kabel EKG 3-żyłowy | Tak, podać |  |
|  | Czujnik SpO2 | Tak, podać |  |
|  | Mankiet NIBP – szt. 2 | Tak, podać |  |
|  | Zestaw do ICG | Tak, podać |  |
|  | Zestaw do pomiaru CO2 – (filtr wodny szt. 2, linia pomiarowa szt. 10) | Tak, podać |  |
|  | Kardiomonitor posiada funkcję „standby”, pozwalającą na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączania monitora i na szybkie ponowne uruchomienie monitorowania. | Tak, podać |  |
|  | Stojak jezdny ze stali nierdzewnej na stabilnej podstawie 6-kołowej, wyposażony w kosz na akcesoria dla zapewnienia bezpieczeństwa użytkowania oferowanego urządzenia. | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 9 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 9** Laser okulistyczny podprogowy z wyposażeniem

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Laser okulistyczny podprogowy z wyposażeniem *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 9 do Siwz)* | …………. | …………. | …………. |
|  | Drukarka laserowa monochromatyczna zewnętrzna *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 9 do Siwz)* | …………. | …………. | …………. |
|  | Razem (suma poz. 1 – 2): | …………. | …………. | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………………………………………………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 24 miesięcy, maksimum 36 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie
z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 9 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

**Część 9** Laser okulistyczny podprogowy z wyposażeniem

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy) ........................................................................................

Rok produkcji: .............................

(Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy) .............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | **Istotne parametry techniczne** |
|  | Laser okulistyczny zintegrowany z lampą szczelinową do laseroterapii siatkówki i kąta przesączania oka | Tak, podać |  |
|  | Długość fali 577 nm | Tak, podać |  |
|  | Światłowodowe źródło lasera | Tak, podać |  |
|  | Średnica ogniska lasera 50-400 µm zmieniana w sposób ciągły | Tak, podać |  |
|  | Cykl pracy w trybie podprogowym 5-100% | Tak, podać |  |
|  | Wzorce wiązki lasera: kwadrat 8x8, koło, łuk | Tak, podać |  |
|  | Funkcja pozwalająca na dokończenie przerwanego wzoru laserowania | Tak, podać |  |
|  | Bezprzewodowy mikromanipulator do regulacji parametrów wzorców siatki lasera | Tak, podać |  |
|  | Soczewka kontaktowa do laseroterapii plamki: pole widzenia 70°/84°; powiększenie obrazu: 1.06x; powiększenie ogniska lasera na siatkówce 0.94x | Tak, podać |  |
|  | Soczewka kontaktowa do laseroterapii oraz diagnostyki części pośredniej i obwodu dna oka: pole widzenia 165°/180°; powiększenie obrazu 0.51x; powiększenie ogniska lasera na siatkówce 1.96x | Tak, podać |  |
|  | Soczewka kontaktowa do laseroterapii kąta przesączania; powiększenie obrazu: 1x; powiększenie ogniska lasera: 1x | Tak, podać |  |
|  | Soczewka bezkontaktowa 20D, powiększenie obrazu: 3,13x; powiększenie ogniska lasera 0,32x | Tak, podać |  |
|  | Oftalmoskop pośredni z adapterem laserowym dla fali o długości 577 nm | Tak, podać |  |
|  | Stolik jezdny elektrycznie podnoszony | Tak, podać |  |
|  | Drukarka laserowa monochromatyczna zewnętrzna  | Tak, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia Wysokość 170-180 cm, Szerokość 90-110 cm, Głębokość: 70-80 cm | Tak, podać |  |
|  | Waga max 60 kg | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 10 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 10** Rynometr akustyczny na potrzeby Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Rynometr akustyczny na potrzeby Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 10 do Siwz)* | …………. | …………. | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………………………………………………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 21 dni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… dzień/dni |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie
z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 10 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

**Część 10** Rynometr akustyczny na potrzeby Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy) ........................................................................................

Rok produkcji: .............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | Pobór mocy 10 Wat | Tak, podać |  |
|  | Używanie nosa standardowego: |
|  | Powtarzalność lepsza niż 2% | Tak, podać |  |
|  | Dokładność objętości (0 do 5cm) lepsza niż 2% | Tak, podać |  |
|  | Dokładność objętości (5cm do końca) lepsza niż 5% | Tak, podać |  |
|  | Kalibracja automatyczna | Tak, podać |  |
|  | Zakres pola: 0.1 do 20 cm² | Tak, podać |  |
|  | Zakres odległości (przy użyciu sondy standardowej): do 12 cm | Tak, podać |  |
|  | Czas nagrzewania: max 5 minut | Tak, podać |  |
|  | Temperatura pracy 15 do + 35°C | Tak, podać |  |
|  | Wilgotność przy pracy 20 do 80% bez kondensacji | Tak, podać |  |
|  | Cykl pracy: ciągły | Tak, podać |  |
|  | Wymiary: 27x6x30 cm (+/- 5%) | Tak, podać |  |
|  | Waga: max 2,50 kg  | Tak, podać |  |
|  | Bezpieczeństwo elektryczne: Standardy BS EN 60601 | Tak, podać |  |
|  | Znak CE: IIa | Tak, podać |  |
|  | Standardowe oprogramowanie: 2x obszar minimalny 3x objętość | Tak, podać |  |
|  | Wielokrotny raport: objętość + obszary | Tak, podać |  |
|  | Funkcja eksportu: TAK | Tak, podać |  |
|  | **Szczegółowa specyfikacja wyposażenia**: |
|  | 5 par końcówek anatomicznych w rozmiarze M oraz L, końcówki stożkowe (5x8mm, 5x10mm, 5x12mm) | Tak, podać |  |
|  | Interfejs USB z oprogramowaniem | Tak, podać |  |
|  | Przyrządy do regulacji | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 11 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 11** Aparat ultrasonograficzny klasy premium na potrzeby Zakładu Anatomii Prawidłowej

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
|  | Aparat ultrasonograficzny klasy premium na potrzeby Zakładu Anatomii Prawidłowej*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 11 do Siwz)* | …………. | ……… | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………… |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 11 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

***Korekta z dnia 16.09.2019 r.***

**Część 11** Aparat ultrasonograficzny klasy premium na potrzeby Zakładu Anatomii Prawidłowej

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy) ........................................................................................

Rok produkcji aparatu wymagany: 2019 / zaoferowany przez Wykonawcę ...................................

Aparat fabrycznie nowy wymagany: TAK / odpowiedź Wykonawcy .............................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego | Wartośćwymagana | Punktacja | Wartość oferowana(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry) |
|  | **Istotne parametry techniczne** |
|  | Aparat **~~musi~~ może** posiadać na wyposażeniu ~~dwie~~ głowice liniowe matrycowe | Tak, podać | * **aparat nie posiada liniowych głowic matrycowych: 1 punkt**
* **aparat posiada liniowe głowice matrycowe: 5 punktów**
 |  |
|  | Aparat musi mieć możliwość rozbudowy o głowice dorektalną | Tak, podać |  |  |
|  | Funkcja ukrycia danych badanej osoby przy archiwizacji danych na zewnętrzne nośniki | Tak, podać |  |  |
|  | Dodatkowo musi być dostarczona wraz z aparatem min: * listwa przeciwprzepięciowa lub
* zasilacz awaryjny
 | Tak, podać | * listwa przeciwprzepięciowa - 5 pkt
* zasilacz awaryjny - 10 pkt
 |  |
|  | **Szczegółowa specyfikacja wyposażenia** |
|  | Konstrukcja |  |  |  |
|  | Konstrukcja i oprogramowanie oferowanej wersji aparatu – wprowadzone do produkcji i eksploatacji minimum 2015 | Tak, podać | 2015 – 1 pkt2016 – 2 pkt2017 – 3 pkt2018 – 4 pkt2019 – 5 pkt |  |
|  | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem | Tak, podać |  |  |
|  | Przetwornik cyfrowy  | Tak, podać | 10 bitowy – 0 pkt11-12 bitowy – 5 pktpowyżej 12-bitowy – 10 pkt |  |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej | Tak, podać |  |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania ~~min. 1 500 000~~ **powyżej 500 000**  | Tak, podać |  |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych min. 3  | Tak, podać |  |  |
|  | Dynamika systemu ~~min. 260 dB~~  **powyżej 255 dB** | Tak, podać |  |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu. Przekątna ekranu min. 16 cali  | Tak, podać | 16 cali - 1 pkt17 cali - 2 pkt18 cali - 3 pkt19 cali – 4 pkt20 cali - 5 pkt21 cali – 10 pkt |  |
|  | Konsola aparatu ruchoma w dwóch płaszczyznach: góra-dół, lewo-prawo | Tak, podać |  |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę. Przekątna min. 9 cali | Tak, podać | ~~9 cali - 1 pkt~~~~10 cali - 2 pkt~~~~11 cali - 3 pkt~~ |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. od 2 MHz | Tak, podać | ~~2-18 MHz – 0 pkt~~~~Powyżej 2-18 MHz – 10 pkt~~ |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) min. ~~19 000~~ **14 000** obrazów | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość regulacji prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop)  | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | Tak, podać |  |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. ~~150 s~~ **60 s**  | Tak, podać | ~~150~~ **60 s** -199 s – 1 pkt200 s - 2 pkt |  |
|  | ~~Regulacja głębokości pola obrazowania min. 1 - 35 cm~~  | ~~Tak, podać~~ | ~~1-35 cm –1 pkt.~~~~1-40 cm – 5 pkt.~~~~1-45 cm – 10 pkt~~  |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. ~~70~~ **10** | Tak, podać |  |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy **lub** **bez blokady kierunku jazdy** | Tak, podać | **Blokadą kierunku jazdy -2 pkt.****Bez blokady kierunku jazdy - 0 pkt.** |  |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.* B, B + B, 4 B
* M
* B + M
* D
* B + D
* B + C (Color Doppler)
* B + PD (Power Doppler)
* 4 B (Color Doppler)
* 4 B (Power Doppler)
* B + Color + M
 | Tak, podać |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B min. 1500 obrazów/s | Tak, podać |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) min. 200 obrazów/s | Tak, podać |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. ~~8~~ **6,** pasm częstotliwości | Tak, podać | ~~8~~ **6-7** pasm – ~~0~~ **1** pkt 8-9 pasm – ~~5~~ **2** pkt 10 i więcej – ~~10~~ **3** pkt  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s | Tak, podać |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | Tak, podać |  |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | Tak, podać |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania) | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 6,0 m/s | Tak, podać |  |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej min. 0,5 mm do 20 mm | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej min. +/- 30 stopni | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej min. +/- 60 stopni | Tak, podać |  |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie min. +/- ~~70~~ **60** stopni | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania spectrum przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich.~~ | ~~Tak, podać~~ |  |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | Tak, podać |  |  |
|  | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” min. 5 | Tak, podać |  |  |
|  | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach | Tak, podać |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | Tak, podać |  |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | Tak, podać |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | Tak, podać |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 30 map~~ | ~~Tak, podać~~ |  |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | Tak, podać |  |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje) z dyskiem twardym o pojemności min. 200 GB | Tak, podać | ~~200-300 GB – 5 pkt~~~~300-400 GB – 10 pkt~~~~400-500 GB – 15 pkt~~**Sprzęt z dyskiem HDD – 1 punkt,** **Sprzęt z dyskiem SDD o pojemności do 256 GB – 5 pkt,** **Sprzęt z dyskiem SDD o pojemności powyżej 256GB – 10 pkt***.* |  |
|  | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | Tak, podać |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrvie lub płyty CD/DVD | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD **lub SDD** i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze.  | Tak, podać |  |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki.  | Tak, podać |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | Tak, podać |  |  |
|  | Wbudowane wyjście USB min 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | Tak, podać | USB 2.0 – 1 pktUSB wyższy – 10 pkt |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | Tak, podać |  |  |
|  | **Funkcje użytkowe** |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min x 8 | Tak, podać | ~~x 8 – 1 pkt.~~~~x 10 – 10 pkt~~ |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu min x 6 | Tak, podać | ~~x 6 – 5 pkt~~~~x 8 – 10 pkt~~~~powyżej x 8 – 15 pkt~~ |  |
|  | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie min. 10 | Tak, podać |  |  |
|  | Przełączanie głowic z klawiatury. Możliwość przypisania głowic do poszczególnych presetów | Tak, podać |  |  |
|  | Podświetlany pulpit sterowniczy  | Tak, podać | czarno - biały – 1 pkt 1 kolor - 2 pkt~~2 kolory - 5 pkt~~~~3 kolory - 10 pkt~~ |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej ~~i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej~~ dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | Tak, podać |  |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | Tak, podać |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:* Brzusznych
* Ginekologiczno-położniczych
* Małych narządów
* Naczyniowych
* Mięśniowo-szkieletowych
* Ortopedycznych

Pediatrycznych  | Tak, podać |  |  |
|  | **Głowice ultrasonograficzne** |
|  | **Głowica Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres częstotliwości prac min. 5,0 – **16,00** ~~18,0~~ MHz | Tak, podać |  |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | Tak, podać |  |  |
|  | Szerokość pola skanowania ~~max. 40 mm~~ | Tak, podać | max. 39 mm – 1 pkt.max. 40 mm – 2 pkt. |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. **5** ~~8~~ pasm częstotliwości | Tak, podać |  |  |
|  | Głowica Liniowaszerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | Tak, podać |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 3,0 – 13,0 MHz | Tak, podać | **Zakres częstotliwości pracy min. 3,0 – 13,00 MHz – 1 pkt.****Zakres częstotliwości pracy min. 3,0 – 14,0 MHz – 2 pkt.** |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | Tak, podać |  |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. ~~40~~  **50** mm | Tak, podać |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 6 pasm częstotliwości | Tak, podać | ~~6 pasm – 0 pkt.~~~~powyżej 6 pasm – 10 pkt~~ |  |
|  | Obrazowanie trapezowe | Tak, podać |  |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** |
|  | Możliwość rozbudowy o brązowanie w trybie Dopplera Ciągłego (CWD) o zakresie prędkości min. +/- 15 m/s | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę kardiologiczną Phased Array min. ~~1,0-5,0~~ **2,0–4,0** MHz, kąt obrazowania min. 90 st., obrazowanie harmoniczne | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Możliwość rozbudowy systemu o wielopłaszczyznowe głowice przezprzełykowe.~~ | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o wbudowany w aparat moduł Stress Echo + moduł EKG | Tak, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję i oprogramowanie umożliwiające badanie i pomiar sprężystości naczyń**Dopuszczono brak możliwość rozbudowy powyższej funkcji.** | ~~Tak, podać~~TAK/NIEpodać | **Możliwość rozbudowy o funkcję i oprogramowanie umożliwiające badanie i pomiar sprężystości naczyń – 5 pkt.****Brak możliwości rozbudowy o powyższe funkcje– 1 pkt.** |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie panoramiczne na głowicach Liniowych | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Możliwość rozbudowy systemu o objętościową głowicę Liniową 3D/4D (skanującą automatycznie), min. 4,0-13,0 MHz, min. 190 elementów, obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości~~ | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Możliwość rozbudowy systemu o głowicę Rectalną dwupłaszczyznową w układzie Convex/Convex min. 4,0-8,0 MHz, min. 190 elementów, kąt skanowania min. 100 stopni dla każdej płaszczyzny, promień max. R10 mm, obrazowanie harmoniczne~~ | Tak, podać |  |  |
|  | ~~Możliwość rozbudowy systemu o bezprzewodowy (podczerwień) programowalny pilot zdalnego sterowania~~  | ~~Tak, podać~~ |  |  |
|  | **Inne** |
|  | Gwarancja na cały system (aparat, głowice, printer) - min. 24 miesiące | Tak, podać |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem) | Tak, podać |  |  |
|  | Certyfikat CE lub deklaracja na aparat i głowice **wydane przez jednego producenta** (~~dokumenty załączyć~~)  | Tak, podać |  |  |
|  | Czas reakcji serwisowej, tj. czas przystąpienia do naprawy | Tak, podać | czas reakcji serwisowej - powyżej 5 dni – 0 pkt. czas reakcji serwisowej do 2 dni – 5 pkt. czas reakcji serwisowej - 1 dzień – 10 pkt.  |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Część 12 Załącznik nr 1 do Siwz

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 12**

Aparat do pomiaru agregacji metodami: optyczną, impedancyjną i luminescensyjną (agregometr) na potrzeby Zakładu Chemii Klinicznej

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………..................................................................................

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

…………………………………………………………………..................................................................................

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. | Ilość | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
|  | Aparat do pomiaru agregacji metodami: optyczną, impedancyjną i luminescensyjną (agregometr) na potrzeby Zakładu Chemii Klinicznej*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 12 do Siwz)* | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | Komputer + oprogramowanie*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 12 do Siwz)* | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | Monitor*(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 12 do Siwz)* | szt. | **1** | …………. | ……… | …………. |
|  | **RAZEM** (suma pozycji 1 – 3): |  | …………. | ……… | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….…………… |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę …… tydzień/tygodnie |
|  | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 7 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów
i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................
5. dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

 Podpis Wykonawcy

### Część 12 Załącznik nr 2 do Siwz

**Arkusz informacji technicznej**

**Część 12**

Aparat do pomiaru agregacji metodami: optyczną, impedancyjną i luminescensyjną (agregometr) na potrzeby Zakładu Chemii Klinicznej

Producent

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Model

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dortyczy)

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Rok produkcji

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

Sprzęt fabr. nowy, nie powystawowy

1. ............................................................................................................................
2. ............................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego** | **Wartość****wymagana** | **Wartość oferowana****(wpisać TAK/NIE oraz podać oferowane parametry)** |
|  | Istotne parametry techniczne: |
|  | Dwa niezależne kanały pomiarowe | Tak, podać |  |
|  | Wybór metody pomiarowej z poziomu klawiatury i wbudowanego wyświetlacza LCD. | Tak, podać |  |
|  | Wyjście analogowe niezależne dla każdego kanału do podłączenia rekordera analogowego | Tak, podać |  |
|  | Wyjście cyfrowe USB do podłączenia do komputera PC | Tak, podać |  |
|  | Wbudowany niezależny dla każdego kanału inkubator dla prób mierzonych z temperaturą 37°C | Tak, podać |  |
|  | Wbudowany niezależny dla każdego kanału inkubator dla prób w przygotowaniu z min. 2 miejscami na probówki z temperaturą 37°C | Tak, podać |  |
|  | Niezależny dla każdego kanału wskaźnik temperatury inkubacji na wyświetlaczu LCD | Tak, podać |  |
|  | Wbudowane niezależne dla każdego kanału mieszadło magnetyczne z regulacją obrotów 400-1200rpm | Tak, podać |  |
|  | **Metoda optyczna:** |
|  | Kanały optyczne z otworami na probówki szklane 450ul dla osocza bogatopłytkowego PRP i ubogopłytkowego PPP. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość badania dwóch prób osocza bogatopłytkowego jednocześnie z jedną próbą odniesienia z osoczem ubogopłytkowym | Tak, podać |  |
|  | Funkcja kalibracji pomiaru za pomocą jednego przycisku | Tak, podać |  |
|  | Pomiar dwóch prób jednocześnie, objętość próby 450 ul | Tak, podać |  |
|  | Możliwość pomiaru zmniejszonej ilości próby przy 250ul | Tak, podać |  |
|  | Pomiar prób w kuwetach szklanych silikonowanych o objętości 450ul | Tak, podać |  |
|  | **Metoda impedancyjna:** |
|  | Możliwość pracy z sondami wielorazowego i jednorazowego użytku | Tak, podać |  |
|  | Dołączone dwie platynowe sondy impedancyjne wielokrotnego użytku | Tak, podać |  |
|  | Funkcja kalibracji za pomocą jednego przycisku | Tak, podać |  |
|  | Funkcja regulacji wzmocnienia oraz zerowania dla każdego kanału niezależnie | Tak, podać |  |
|  | Pomiar dwóch prób jednocześnie, objętość próby 1 ml (500ul krwi + 500 ul soli fizjologicznej) | Tak, podać |  |
|  | Pomiar prób w kuwetach z polipropylenu o objętości 1 ml | Tak, podać |  |
|  | **Metoda luminescencyjna:** |
|  | Wbudowany fotopowielacz z regulacją wzmocnienia za pomocą klawiatury i wbudowanego ekranu LCD | Tak, podać |  |
|  | Możliwość pomiarów następujących aplikacji:* uwalnianie ATP
* zaburzenia uwalniania
* detekcja Heparin-Induced Trombocytopenia (HIT)
* identyfikacja defektów neurotropowych np. Chronic Granulomatous Disease oraz myeloperoxidase deficiency
 | Tak, podać |  |
|  | Wymiary (W x D x H) 36 x 46 x 22 cm $\pm $ 10% | Tak, podać |  |
|  | Waga urządzenia maks. 25 kg | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie 230V / 50Hz | Tak, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy agregometru o kolejne 2 kanały pomiarowe (met. optyczna, impedancyjna, luminescencyjna) obsługiwane z poziomu dołączonego oprogramowania | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie do komunikacji z komputerem, akwizycji danych oraz ich obróbką w komplecie do zestawu startowego | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie do badania współczynnika von Willebrand’a w zestawie startowym | Tak, podać |  |
|  | Praca oprogramowania w systemie Windows 8, 8.1, 10 lub równoważnym | Tak, podać |  |
|  | Możliwość akwizycji danych z min 8 kanałów pomiarowych | Tak, podać |  |
|  | Podgląd krzywych agregacji w czasie rzeczywistym | Tak, podać |  |
|  | Przedstawienie na ekranie z możliwością wydruku krzywych agregacji (dla każdego kanału niezależnie, dla wybranych kanałów) | Tak, podać |  |
|  | Wbudowana baza danych pacjentów oraz wyników | Tak, podać |  |
|  | Obliczenia parametrów agregacji (%agregacji, amplituda, nachylenie krzywej, czas do wstrzyknięcia agonisty, pole pod krzywą) | Tak, podać |  |
|  | Ustawianie parametrów obliczeń na krzywych agregacji za pomocą kursorów oraz w oknie ustawień czasowych | Tak, podać |  |
|  | Możliwość łączenia wyników z różnych pomiarów w jedną całość (wykres skumulowany) | Tak, podać |  |
|  | Możliwość eksportu danych do innych programów systemu Windows | Tak, podać |  |
|  | Możliwość eksportu danych z pomiaru do pliku tekstowego w celu obróbki w innych programach (np. statystycznych) | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wydruku raportów z pomiarów z uwzględnieniem danych pacjenta (wraz z krzywą agregacji). | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wydruku raportu zbiorczego z min. 24 pomiarów (wraz z krzywymi agregacji) | Tak, podać |  |
|  | **STACJA STERUJĄCA:** |
|  | Monitor minimum 23 calowy | Tak, podać |  |
|  | Procesor o parametrach równoważnych lub lepszych niż Intel i5-7500 | Tak, podać |  |
|  | Pamięć operacyjna RAM minimum 8GB | Tak, podać |  |
|  | Dysk twardy minimum 1TB | Tak, podać |  |
|  | System Windows 10 w wersji PRO lub równoważny | Tak, podać |  |
|  | Pakiet biurowy zawierający minimum Excel i Word lub równoważny | Tak, podać |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Parametry”
i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Podpis Wykonawcy

### Załącznik nr 4 do Siwz

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI**

**DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

*(UWAGA ! Nie załączać do oferty ! Przekazać Zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej informacji z otwarcia ofert, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp)*

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy

….........................................................................................................................................

….........................................................................................................................................

Adres

….........................................................................................................................................

….........................................................................................................................................

NIP ….......................................................... Regon..............................................................

Oświadczam, **że należę / nie należę**\* do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Pzp

(Poniższą część wypełnić w razie przynależności do tej samej grupy kapitałowej):

Do grupy kapitałowej należą oprócz mnie:

…………………………………………………………

…………………………………………………………

…………………………………………………………

(o ile dotyczy) Przedstawiam następujące dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu:

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

\*zaznaczyć właściwe

 Podpis Wykonawcy

### Załącznik nr 5 do Siwz

**UMOWA nr UMW/IZ/PN–67/19 część …. – WZÓR**

sporządzona w dniu [\_] zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29. 01. 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. – Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 ze zm.), zwanej dalej „Pzp”, pomiędzy:

**Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu**

Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

tel. 71 / 784-10-02, fax 71 / 784-00-07

NIP: 896-000-57-79, REGON: 000288981

który reprezentuje:

………………………………………………………………………………………………………………..

zwanym dalej **„Zamawiającym”**

a:

………………………………………………………………………………………………………………..

który reprezentuje:

………………………………………………………………………………………………………………

zwanym dalej **„Wykonawcą”**

łącznie zwanymi dalej **„Stronami”** lub oddzielnie **„Stroną”**

W wyniku rozstrzygniętego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr UMW/IZ/PN–67/19 część …. , prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, zawarta zostaje umowa następującej treści:

**§ 1 Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest: Dostawa sprzętu medycznego na potrzeby jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu **[\_]** (odpowiednio dla części: 1-12) do: **[\_]** (odpowiednio dla części: 1-12) zwanej dalej „Użytkownikiem”, w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:00. – na miejsce wskazane przez Użytkownika
z zapewnieniem właściwego transportu gwarantującego bezpieczną dostawę.
2. Formularz ofertowy z dnia …………………………, na podstawie którego dokonano wyboru oraz Arkusz informacji technicznej, stanowią integralną część niniejszej umowy jako załączniki, odpowiednio nr 1 i 2 do umowy.
3. Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenia wchodzące w skład przedmiotu umowy są dopuszczone do obrotu na terytorium Polski.

**§ 2** **Termin realizacji przedmiotu umowy**

Wykonawca zobowiązuje się wobec Zamawiającego dostarczyć, i uruchomić przedmiot umowy
w terminie **[\_]** dni /tygodni / miesięcy (odpowiednia dla części 1-12)od daty podpisania umowy.

**§ 3 Dostawa:**

1. Wykonawca zobowiązuje się wobec Zamawiającego:
* dostarczyć przedmiot umowy do siedziby Użytkownika do miejsca użytkowania wskazanego przez Użytkownika
* podłączyć do istniejących instalacji (jeśli dotyczy)
* uruchomić
* przeprowadzić szkolenie w zakresie jego obsługi
1. Podpisanie protokołu odbioru przedmiotu umowy zostanie dokonane po jego dostarczeniu, podłączeniu do istniejących instalacji, próbnym uruchomieniu i po przeprowadzeniu szkolenia
w zakresie obsługi oraz obustronnym stwierdzeniu, że nie wystąpiły żadne zastrzeżenia.
2. Protokół odbioru sporządza się według wzoru stanowiącego załącznik do umowy.
3. Osobami uprawnionymi do podpisania protokołu ze strony Zamawiającego są: **[\_]**

**§ 4 Cena:**

1. Cena przedmiotu umowy ustalona na podstawie oferty wynosi netto: **[\_]** PLN(słownie: **[\_]** złotych), brutto: **[\_]** **PLN** (słownie: **[\_]** złotych).
2. W cenie przedmiotu umowy zawarte są wszystkie koszty związane z jego realizacją:
* ubezpieczenia, opakowania i transportu do siedziby Użytkownika oraz podatku VAT,
* uruchomienia przedmiotu umowy w siedzibie Użytkownika,
* zagospodarowania odpadów, powstałych przy realizacji przedmiotu umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
* szkolenia personelu w zakresie obsługi i konserwacji przedmiotu umowy,
* min. 1 przegląd okresowy na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta (obejmujący dojazd i robociznę) – (**dotyczy części 2)**
1. Komputer wraz z oprogramowaniem, drukarka, monitor – wchodzące w skład przedmiotu zamówienia zostaną nabyte przez Zamawiającego przy zastosowaniu przez Wykonawcę stawki podatku od towarów i usług 0% - po uzyskaniu przez Zamawiającego potwierdzenia Ministerstwa Zdrowia **(dotyczy części 6 poz. 2 oraz części 7 poz. 1).**
2. Drukarka wchodząca w skład przedmiotu zamówienia, zostanie nabyta przez Zamawiającego przy zastosowaniu przez Wykonawcę stawki podatku od towarów i usług 0% - po uzyskaniu przez Zamawiającego potwierdzenia Ministerstwa Zdrowia **(dotyczy części 9).**
3. Komputer wraz z oprogramowaniem, monitor – wchodzące w skład przedmiotu zamówienia zostaną nabyte przez Zamawiającego przy zastosowaniu przez Wykonawcę stawki podatku od towarów i usług 0% - po uzyskaniu przez Zamawiającego potwierdzenia Ministerstwa Zdrowia **(dotyczy części 12).**

**§ 5** **Zapłata:**

1. Wykonawca wystawi fakturę VAT za realizację przedmiotu umowy na podstawie protokołu odbioru podpisanego bez zastrzeżeń przez Strony.
2. Zamawiający ureguluje należność za realizację przedmiotu umowy na podstawie faktury, wystawionej na Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław, NIP 896-000-57-79.
3. Płatność, o której mowa w ust. 1, będzie dokonana przelewem na konto Wykonawcy, wskazane w fakturze, w terminie do **21 dni** od daty dostarczenia przez Wykonawcę prawidłowo wystawionej faktury, dostarczonej przez Wykonawcę wraz z podpisanym protokołem odbioru do Działu Aparatury Naukowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przy ul. Mikulicza-Radeckiego 5, 50-345 Wrocław.
4. Wykonawca może złożyć fakturę za pomocą Platformy Elektronicznego Fakturowania (link do strony: https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl.)
5. Za datę zapłaty przyjmuje się datę wydania polecenia przelewu bankowi Zamawiającego.

**§ 6 Warunki gwarancyjne i serwisowe:**

1. Przedmiot umowy dostarczony Zamawiającemu winien być fabrycznie nowy,
tj. nieużywany, wolny od wad fizycznych i objęty gwarancją.
2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Użytkownikowi dokumenty gwarancyjne
i instrukcje obsługi w języku polskim, paszport techniczny (dotyczy części 2) i inne dokumenty, które otrzyma od producenta przedmiotu umowy, dla zapewnienia Zamawiającemu prawidłowej eksploatacji i zabezpieczenia go przed roszczeniami ze strony osób trzecich
z tytułu naruszenia praw autorskich, patentowych, znaku towarowego, licencji lub innych.
3. Wykonawca udziela Zamawiającemu **[\_] miesięcznej** gwarancji na przedmiot umowy
i zapewnia w tym okresie bezpłatny serwis. Równocześnie, Wykonawca zapewnia w okresie pogwarancyjnym dostępność części zamiennych oraz pełny serwis przedmiotu umowy, przez okres min. **3 lat** licząc od daty zakończenia okresu gwarancji.
4. Usługi gwarancyjne realizowane będą w siedzibie Użytkownika lub w serwisie, a koszty dojazdu serwisu i transportu przedmiotu umowy do serwisu i po naprawie ponosić będzie Wykonawca.
5. Czas reakcji serwisowej, tj. czas przystąpienia do naprawy od daty zgłoszenia usterki, nastąpi w ciągu:
* **3 dni roboczych** (dla części 1, 3-10,12)
* **4 dni roboczych** (dla części 2)
* **[\_] dni roboczych** (dla części 11)

od daty przesłania zgłoszenia o usterce przez pracownika Użytkownika na numer faksu **[\_]**, adres e-mail: **[\_]**, a naprawa zostanie wykonana w ciągu:

* **7 dni roboczych** (dla części 1, 3-12)
* **10 dni roboczych** (dla części 2)

a jeżeli wystąpi konieczność importu części zamiennych, naprawa zostanie wykonana w ciągu **21 dni kalendarzowych** od daty otrzymania zgłoszenia usterki.

1. W przypadku bezskutecznego upływu ww. terminu naprawy, Zamawiający uprawniony będzie do zlecenia dokonania naprawy osobie trzeciej na koszt i ryzyko Wykonawcy.
2. Każdorazowo zostanie przedłużony okres gwarancji przedmiotu zamówienia zgłoszonego do naprawy o czas jego wyłączenia z eksploatacji trwającego **powyżej 24 godzin**, a nie spowodowanego złą eksploatacją.
3. Wymiana jakiegokolwiek modułu należącego do przedmiotu zamówienia na nowy równoważny nastąpi na żądanie Zamawiającego, przy drugim jego uszkodzeniu w okresie gwarancyjnym. Uszkodzony moduł nie podlegający naprawie zostanie wymieniony na nowy równoważny oraz zgodnie z przepisem art. 581 Kodeksu cywilnego, dostarczony będzie z pełnym okresem gwarancji wskazanym w § 5 ust. 3 umowy.
4. Uprawnienia z tytułu gwarancji nie przysługują w przypadku użytkowania przedmiotu umowy niezgodnie z dostarczoną instrukcją obsługi lub po dokonaniu samodzielnych napraw przez Użytkownika, bez pisemnej zgody Wykonawcy.
5. Wykonawca w okresie gwarancji zobowiązuje się dokonać min. 1 przegląd okresowy na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta (obejmujący dojazd i robociznę) – (**dotyczy części 2)**
6. Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi: **[\_]**, tel.: **[\_]**, fax: **[\_]**, e-mail: **[\_]**

**§ 7 Kary umowne i odstąpienie od umowy:**

1. W razie opóźnienia Wykonawcy w realizacji przedmiotu umowy ponad termin określony
w § 2, Zamawiający ma prawo naliczyć karę umowną w wysokości 0,10 % ceny brutto przedmiotu umowy (§ 4 ust. 1 umowy) za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia, jeśli opóźnienie trwało nie dłużej niż 20 dni i 0,15 % ceny brutto przedmiotu umowy za każdy następny dzień opóźnienia.
2. Jeżeli opóźnienie w realizacji przedmiotu umowy przekroczy 30 dni, po bezskutecznym wezwaniu Zamawiający może odstąpić od zawartej umowy i naliczyć dodatkową karę umowną w wysokości 10 % ceny brutto przedmiotu umowy (§ 4 ust. 1 umowy).
3. W razie opóźnienia Wykonawcy w przystąpieniu do naprawy przedmiotu umowy ponad termin określony w § 6 ust. 5 umowy, Zamawiający ma prawo naliczyć karę umowną w wysokości
0,10 % ceny brutto przedmiotu umowy przekazanego do naprawy (§ 4 ust. 1 umowy) - za każdy dzień opóźnienia, jeśli opóźnienie trwało nie dłużej niż 20 dni i 0,15 % ceny brutto za każdy następny dzień opóźnienia.
4. W razie opóźnienia Wykonawcy w wykonaniu naprawy gwarancyjnej przedmiotu umowy ponad termin określony w § 6 ust. 5 umowy, Zamawiający ma prawo naliczyć karę umowną
w wysokości 0,10 % ceny brutto przedmiotu umowy przekazanego do naprawy (§ 4 ust. 1 umowy), za każdą rozpoczęty dzień opóźnienia, jeśli opóźnienie trwało nie dłużej niż 20 dni
i 0,15 % ceny brutto za każdy następny dzień opóźnienia.
5. Zamawiający odstąpi od naliczenia kary, o której mowa w ust. 4 powyżej, w przypadku gdy Wykonawca na czas dokonywania naprawy gwarancyjnej, o której mowa w § 6 ust. 5 umowy,
nieodpłatnie dostarczy i uruchomi sprzęt zastępczy o tych samych funkcjonalnościach i nie gorszych parametrach niż przedmiot umowy.
6. Stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy wyłącznie w przypadkach przewidzianych we właściwych przepisach prawa lub w niniejszej umowie.
7. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących sytuacjach:
8. w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu – w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach,
9. otwarcia likwidacji Wykonawcy,
10. zajęcia majątku Wykonawcy,
11. dostarczenia przedmiotu umowy niezgodnego z SIWZ,
12. niewywiązywania się przez Wykonawcę z realizacji przedmiotu umowy, pomimo wezwania Zamawiającego złożonego na piśmie.
13. Wykonawcy przysługuje prawo odstąpienia od umowy w szczególności, jeżeli Zamawiający nie wywiązuje się z obowiązku zapłaty faktury mimo dodatkowego wezwania, w terminie jednego miesiąca od upływu terminu zapłaty faktury, określonego w niniejszej umowie.
14. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Oświadczenie o odstąpieniu winno zostać złożone w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o przyczynie odstąpienia.
15. Pomimo odstąpienia pozostają w mocy zobowiązania Stron z tytułu gwarancji, kar umownych i prawa żądania odszkodowania za nienależyte wykonanie umowy.
16. Kara umowna będzie płatna w terminie 14 dni od otrzymania wezwania do jej zapłaty.
17. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, Stronie uprawnionej przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania uzupełniającego do wysokości poniesionej szkody.
18. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.

**§ 8 Zmiany umowy:**

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają zgody Stron i zachowania formy pisemnego aneksu do umowy, pod rygorem nieważności.
2. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty,
na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy, chyba że zachodzi co najmniej jedna
z okoliczności, o której mowa w art. 144 ust. 1 pkt 2-6 Pzp, albo, zgodnie z art. 144 ust. 1 pkt 1 Pzp, jedna z wymienionych poniżej okoliczności:
3. zmiana stawki podatku VAT w toku wykonywania umowy – do ceny netto zostanie doliczona stawka VAT obowiązująca w dniu wystawienia faktury;
4. wejście w życie innych, niż wymienione w pkt 1, regulacji prawnych po dacie zawarcia umowy, wywołujących potrzebę jej zmiany;
5. wystąpienie konieczności wprowadzenia zmian doprecyzowujących treść umowy, jeżeli potrzeba ich wprowadzenia wynika z rozbieżności lub niejasności w umowie, których nie można usunąć w inny sposób, a zmiana będzie umożliwiać usunięcie rozbieżności
i doprecyzowanie umowy w celu jednoznacznej interpretacji jej zapisów;
6. zmiany organizacyjne Zamawiającego (między innymi zmiany związane z wprowadzeniem nowego programu elektronicznego obiegu dokumentów, zmiany organizacji pracy kancelarii);
7. zmiana sposobu realizacji zamówienia, jeśli rozwiązanie zaproponowane przez Zamawiającego lub Wykonawcę przyczyni się do wyższej jakości końcowej zamówienia, przy czym zmiana ta nie będzie miała wpływu na wysokość wynagrodzenia Wykonawcy.
8. Nie stanowią zmiany umowy w rozumieniu art. 144 Pzp następujące wypadki, które wymagają jedynie poinformowania drugiej Strony w formie pisemnej z 3 (trzy) dniowym wyprzedzeniem:
9. zmiana danych teleadresowych Stron;
10. zmiana danych rejestrowych Stron;
11. zmiana sposobu prowadzenia korespondencji pomiędzy Stronami.

**§ 9**

**Postanowienia końcowe:**

1. W sprawach nieuregulowanych umową stosuje się przepisy kodeksu cywilnego i inne obowiązujące przepisy prawa.
2. Spory powstałe przy wykonywaniu niniejszej umowy, nierozwiązane polubownie przez Strony, będą rozstrzygane przez Sąd powszechny właściwy miejscowo dla Zamawiającego.
3. Do bezpośredniej współpracy w ramach wykonania niniejszej umowy upoważnieni są:
* ze strony Zamawiającego: [\_]
* ze strony Wykonawcy: [\_]
1. Umowę sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, trzy dla Zamawiającego, jeden dla Wykonawcy.
2. Załącznikami do niniejszej umowy, stanowiącymi jej integralną część, są:

**załącznik nr 1** - Formularz ofertowy Wykonawcy;

**załącznik nr 2 –** Arkusz informacji technicznej;

**załącznik nr 3 –** Protokół odbioru

 **WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY**

Data:

Załącznik nr 3 do Umowy

**Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

**Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław**

**Dział Aparatury Naukowej**

**ul. Mikulicza – Radeckiego 5, 50-345 Wrocław**

**Tel. 71 / 784-11-88, fax. 71 / 784-00-52**

 PROTOKÓŁ ODBIORU i URUCHOMIENIA

**UMW/IZ/PN–67/19 część ……**

Zamawiający: Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

Użytkownik:

Wykonawca: (nazwa) .........................................................................................................

 (adres) ..........................................................................................................

1. **Urządzenie** ……………………………………………………..…………………………….
* **Numer fabryczny /seryjny**……………………………..……………………………………..
* Numer pomieszczenia, w którym zamontowano urządzenie /nie dotyczy/…………………….
1. Użytkownik stwierdza poprawność działania urządzenia i zgodność jego parametrów z danymi technicznymi gwarantowanymi przez producenta.
2. Szkolenie: Użytkownik został przeszkolony w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia /nie dotyczy/.

 Osoby przeszkolone w zakresie obsługi i użytkowania urządzenia: (Imię Nazwisko):

a) ......................................................... b) ...................................................

c) ......................................................... d) ...................................................

1. Dokumentacja przekazana : Karta gwarancyjna, Instrukcja obsługi

Uwagi:

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

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

Data dostawy :……………………… Data uruchomienia:……………………

WYKONAWCA: UŻYTKOWNIK / ZAMAWIAJĄCY:

 ……..………….……………………………….. ……………………………….……

**Podpis i pieczątka Podpis i pieczątka**