### Załącznik nr 1 do Siwz Część 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 1**

Urządzenie (aparat) do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego beat-to-beat z oprogramowaniem na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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 (aparat) do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego beat-to-beat z oprogramowaniem na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 1)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 1

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 1**

Urządzenie (aparat) do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego beat-to-beat z oprogramowaniem na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Urządzenie zapewniające ciągły, nieinwazyjny, długotrwały pomiar ciśnienia techniką Volume clamp. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiadające moduł ciągłego nieinwazyjnego pomiaru parametrów hemodynamicznych serca, w tym rzutu minutowego (CO), objętości wyrzutowej (SV), obwodowego oporu naczyniowego (TPR) i kurczliwości (dP/dt), na podstawie ciągłego nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiadające moduł umożliwiający ocenę odruchu z baroreceptorów (BRS) metodą czasową cross-korelacji xBRS oraz interaktywny test Valsalvy z linią oddechową i pomiarem ciśnienia. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiada moduł monitorujący SpO2. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiadające moduł monitorowania EKG, min.3 krzywych EKG wraz z impedancyjnym pomiarem funkcji oddechowych oraz elektrycznego rytmu pracy serca. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie umożliwiające prezentację w każdym cyklu wartości ciśnienia tętniczego krwi na poziomie tętnicy ramiennej, na podstawie pomiaru obwodowego oraz algorytmu transformacji i rekonstrukcji kształtu fali ciśnienia, bez konieczności kalibracji wartości pomiarem oscylometrycznym. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiadające mechanizm automatycznej korekcji ciśnienia pracy w mankiecie pomiarowym do ciśnienia tętniczego. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiadające wbudowany moduł kalibracji hydrostatycznej różnicy położenia mankietu pomiarowego w stosunku do poziomu serca w zakresie minimum -100 do 100mmHg. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie mające możliwość kalibracji pomiarem oscylometrycznym z mankietu na ramieniu oraz wykrywaniem rzeczywistego momentu okluzji oraz powrotu przepływu tętniczego. Opcja zapewniająca zgodność z wymaganiami AAMI/ANSI/ISO 81060-2:2009 i EN1060-4:2004 lub równoważnymi. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiadające wyświetlacz o przekątnej min 10 cali, który można konfigurować w zakresie wyświetlanych parametrów oraz krzywych bieżących i trendów. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie mające możliwość ciągłej prezentacji wartości ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego tętniczego oraz wartości pulsu i czas sprzężenia. | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego max. ± 3 mmHg. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie mogące pracować autonomicznie, bez konieczności stosowania komputera i zewnętrznego oprogramowania sterującego. | TAK, podać |  |
|  | Czujniki (mankiety) pomiarowe ciśnienia na palec wielokrotnego użycia, dostępne minimum 3 rozmiary mankietów. | TAK, podać |  |
|  | Komplet 6 mankietów - w rozmiarach: S – 2 szt., M – 2 szt., L – 2 szt. | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 2**

Uniwersalny rejestrator 12 i 3 kanałowy na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – 3 sztuki

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 | Ilość  szt. | Cen jedn. netto PLN | | | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | | | *5* | *6* | *7* |
| 1. 1 | Uniwersalny rejestrator 12 i 3 kanałowy na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – 3 sztuki  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 2)* | 3 | ………. | | | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | | | | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 10 dni roboczych od daty podpisania umowy) |  | |  | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..…..dni. | | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 2

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 2**

Uniwersalny rejestrator 12 i 3 kanałowy na potrzeby Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – 2 sztuki

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Współpraca z systemem EcgLab firmy Biomedical Instruments, posiadanym przez Zamawiającego | TAK, podać |  |
|  | Rejestrator do zapisów 3 kanałowych EKG | TAK, podać |  |
|  | Zapis na karcie pamięci typu SD, możliwość wymiany kart pamięci | TAK, podać |  |
|  | Czas rejestracji co najmniej do 96 godzin w trybie 3 kanałowym | TAK, podać |  |
|  | Detekcja stymulatorów serca | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 1 bateria typu AAA, możliwość pracy z akumulatorka | TAK, podać |  |
|  | Zakres częstotliwości: co najmniej 0,05-60HZ. (-3dB) | TAK, podać |  |
|  | Graficzny wyświetlacz LCD, nawigacja przy pomocy klawiszy nawigacyjnych | TAK, podać |  |
|  | Podgląd kanału EKG, wizualne potwierdzenie prawidłowego podłączenia elektrod i sygnalizacja złego kontaktu elektrod | TAK, podać |  |
|  | Programowanie rejestratora przy pomocy klawiszy funkcyjnych i wyświetlacza lub z poziomu oprogramowania PC | TAK, podać |  |
|  | Klawisz markera zdarzeń pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Kompaktowe wymiary rejestratora: od 72x55x16mm do 74x57x18 | TAK, podać |  |
|  | Niewielka waga rejestratora z kablem EKG i baterią poniżej 120g | TAK, podać |  |
|  | Szybki transfer danych do komputera: przez kabel USB lub czytnika kart pamięci | TAK, podać |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkowym skasowaniem nieodczytanego zapisu | TAK, podać |  |
|  | Identyfikacja pacjentów - możliwość wprowadzenia numeru identyfikacyjnego lub zaprogramowania danych pacjenta przed rozpoczęciem badania | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 3

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 3**

Tonometr indukcyjny nie wytwarzający mikroaerolu w czasie badania na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
| 1. 1 | Tonometr indukcyjny nie wytwarzający mikroaerolu w czasie badania na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 3)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z póżn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 3

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 3**

Tonometr indukcyjny nie wytwarzający mikroaerolu w czasie badania na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Ręczny, przenośny, indukcyjny, nie wymagający znieczulenia | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: bateryjne | TAK, podać |  |
|  | Jednostka pomiarowa: millimetry słupka rtęci (mmHg). | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru: co najmniej 7 – 50 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Dokładność wyświetlania 0, 1 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pomiarowa: ± 1.2 mmHg (<20 mmHg) oraz ± 2.2 mmHg (>20 mmHg) | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz | TAK, podać |  |
|  | Sterylne jednorazowe sondy do tonometru | TAK, podać |  |
|  | Możliwość przesyłania wyników do komputera przez Bluetooth w celu archiwizacji wyników ciśnienia pacjenta. | TAK, podać |  |
|  | Powtarzalność (współczynnik zmienności): <8% | TAK, podać |  |
|  | Środowisko robocze – temperatura w zakresie co najmniej: +10 st. C do +35 st. C  Wilgotność względna: od 30% do 90% | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 4

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 4**

Stacja diagnostyczna do przesiewowych badań przy łóżku pacjenta składająca się z ręcznej funduskamery oraz mobilnego tonometru kontaktowego aplanacyjnego na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
| 1. 1 | Stacja diagnostyczna do przesiewowych badań przy łóżku pacjenta składająca się z ręcznej funduskamery oraz mobilnego tonometru kontaktowego aplanacyjnego na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 4)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z póżn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 4

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 4**

Stacja diagnostyczna do przesiewowych badań przy łóżku pacjenta składająca się z ręcznej funduskamery oraz mobilnego tonometru kontaktowego aplanacyjnego na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| Ręczna funduskamera (CMOS z opcją obrazowania w świetle białym, bezczerwinnym i podczerwonym) : | | TAK, podać |  |
|  | możliwość badania na wąskiej źrenicy (≥3,5mm), | TAK, podać |  |
|  | pole obserwacji centrum co najmniej 35° oraz pole obserwacji peryferii 70 x 52°, | TAK, podać |  |
|  | zakres kompensacji wady osoby badanej ±20D, | TAK, podać |  |
|  | kompatybilność z funkcją DICOM, | TAK, podać |  |
|  | możliwość przesyłu i archiwizacji wykonanych zdjęć/ filmów, | TAK, podać |  |
|  | rozdzielczość optyczna >60lp/mm, | TAK, podać |  |
|  | format zapisu zdjęć i filmów DICOM, MPEG-4, MPEG-1, | TAK, podać |  |
|  | zawiera adapter do montażu na lampie szczelinowe, | TAK, podać |  |
|  | możliwość rozbudowy np. do obrazowania przedniego odcinka lub angiografii fluoresceinowej | TAK, podać |  |
| Mobilny tonometr kontaktowy apalancyjny (umożliwiający badanie w każdej pozycji bez konieczności posiadania lampy szczelinowej) | | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 5

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 5**

Manipulator maciczny typu HOHL – zestaw kompletny na potrzeby I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
| 1. 1 | Manipulator maciczny typu HOHL – zestaw kompletny na potrzeby I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 5)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z póżn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 5

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 5**

Manipulator maciczny typu HOHL – zestaw kompletny na potrzeby I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **Wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| **Manipulator maciczny typu HOHL -1 zestaw** | | | |
|  | Manipulator maciczny typu HOHL do ginekologicznych operacji laparoskopowych umożliwiający mobilizację macicy, napinanie struktur więzadłowych, identyfikację sklepień pochwy oraz odsunięcie macicy od pęcherza i moczowodów podczas całkowitej histerektomii laparoskopowej (TLH), rozbieralny, złożony wyłącznie z elementów wielokrotnego użytku | TAK, podać |  |
|  | Prowadnica manipulatora wraz z przesuwanym uchwytem, do których mocowane są elementy manipulatora | TAK, podać |  |
|  | Wymienne nasadki anatomiczne na szyjkę macicy (porcelanowe kopułki), dopasowujące manipulator do różnych rozmiarów części pochwowej szyjki macicy, umożliwiające wyeksponowanie sklepień pochwy, 3 rozmiary:  - duża, śr. 40 mm, długość 30 mm - 1 szt.  - średnia, śr. 35 mm, długość 30 mm - 1 szt.  - mała, śr. 32 mm, długość 30 mm - 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Wymienne wkłady spiralne wkręcane w kanał szyjki macicy, dopasowujące manipulator do różnych rozmiarów kanału szyjki macicy, umożliwiające stabilne ufiksowanie manipulatora, 2 rozmiary:  - śr. 20 mm - 1 szt.  - śr. 15 mm - 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Wymienne końcówki manipulatora dopasowujące manipulator do macic o różnej głębokości, 3 rozmiary:  - długi, dł. 60 mm, śr. 6 mm - 1 szt.  - długi, dł. 80 mm, śr. 6 mm - 1 szt.  - długi, dł. 100 mm, śr. 6 mm - 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Wszystkie elementy manipulatora nadające się do sterylizacji w autoklawie | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 6

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 6**

Kardiotokograf z Systemem Centralnego Nadzoru Okołoporodowego na potrzeby II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – 3 sztuki

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 | Ilość  szt. | Cen jedn. netto PLN | | | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | | | *5* | *6* | *7* |
| 1. 1 | Kardiotokograf (z Systemem Centralnego Nadzoru Okołoporodowego) na potrzeby II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – 3 sztuki  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 6)* | 3 | ………. | | | ………. | ……% | …………. |
|  | Zestaw komputerowy – 1 szt.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 6)* | 1 | ………. | | | ………. | ……% | …………. |
|  | Razem wartość brutto PLN (1+2) | ………………………………………….………………………………………… | | | | | | |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | | | | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) |  | |  | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..…..dni. | | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 24 miesięcy, maksimum 36 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 6

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 6**

Kardiotokograf z Systemem Centralnego Nadzoru Okołoporodowego na potrzeby II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – 3 sztuki

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| **Centrala monitorująca** | | | |
| Oprogramowanie: | | | |
|  | System nadzoru okołoporodowego obejmujący min. 3 stanowiska KTG, umożliwiający jednoczesną kontrolę stanu zdrowia pacjentek i płodów | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe 29 stanowisk | TAK, podać |  |
|  | System współpracujący z kardiotokografami firm min. Philips, Oxford oraz Edan | TAK, podać |  |
|  | System współpracujący z zaoferowanymi kardiotokografami oraz zaoferowaną telemetrią płodową | TAK, podać |  |
|  | System współpracujący z aparatami KTG do ciąży pojedynczej i bliźniaczej | TAK, podać |  |
|  | System współpracujący z telemetrią do ciąży pojedynczej oraz z telemetrią do ciąży bliźniaczej (zasięg obu głowic cardio i głowicy toco co najmniej 90m) | TAK, podać |  |
|  | Archiwizacja danych, zapisów i wyników analizy w pamięci na nośniku o dużej trwałości - okres min. 10 lat | TAK, podać |  |
|  | Komputerowa analiza zapisu (wyznaczenie linii podstawowej, częstości uderzeń serca płodu, wyznaczanie liczby akceleracji i deceleracji, ocena zmienności FHR w ujęciu długo oraz krótkoterminowym) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość dopasowania progów alarmowych przez użytkownika | TAK, podać |  |
|  | Alarmowanie o wykrytych nieprawidłowościach - sygnał dźwiękowy i wizualny | TAK, podać |  |
|  | Alarmy tachykardii i bradykardii | TAK, podać |  |
|  | Alarm w przypadku utraty sygnału | TAK, podać |  |
|  | Tworzenie dokumentacji dotyczącej pacjentki, przebiegu ciąży i porodu, kreślenie partogramu | TAK, podać |  |
|  | Wprowadzanie: własnych notatek, podawanych leków, wyników badań | TAK, podać |  |
|  | Test bezstresowy | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne monitorowanie ruchów płodu | TAK, podać |  |
|  | Monitorowanie parametrów matczynych (EKG, HR, NIBP, SpO2, TEMP) | TAK, podać |  |
|  | Podgląd zapisów na urządzeniu przenośnym typu tablet | TAK, podać |  |
|  | Wprowadzanie danych pacjentki w trakcie monitorowania i po jego zakończeniu. Możliwość edycji danych pacjentki w archiwum | TAK, podać |  |
|  | Możliwość przeglądania zapisów archiwalnych monitorowanej pacjentki w trakcie badania | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o kolejne stanowiska podglądu i dostępu do zapisów | TAK, podać |  |
|  | Monitorowanie ciąży bliźniaczej | TAK, podać |  |
|  | Wspólna baza danych dla wszystkich podłączonych stanowisk KTG | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancji | TAK, podać |  |
|  | Wykaz co najmniej jednej instalacji systemu w ośrodku o III stopniu referencyjności | TAK, podać |  |
| Wyposażenie i instalacja: | | | |
|  | Stanowisko monitorujące (1 sztuka) w skład którego wchodzi: zestaw komputerowy, monitor LCD/LED min. 21", drukarka laserowa | TAK, podać |  |
|  | Instalacja Systemu za pomocą sieci bezprzewodowej | TAK, podać |  |
| **Kardiotokograf do monitorowania ciąży bliźniaczej z analizą i monitoringiem matki** | | | |
|  | Aparat służący do ciągłego, nieinwazyjnego monitorowania i rejestracji czynności serca płodu oraz parametrów życiowych matki. Metoda pomiarowa FHR Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny. Metoda pomiarowa Toco Tensometryczna. Pomiar parametrówżyciowych matki: NIBP,SpO2**,** TEMP, EKG,RESP**,** HR | TAK, podać |  |
|  | Możliwe monitorowanie ruchów płodu za pomocą znacznika ruchów płodu oraz automatycznie | TAK, podać |  |
|  | Aparat służący do monitorowania zarównociąży pojedynczej, jak ibliźniaczej.Weryfikacja nakładającychsię sygnałów podczas monitorowania bliźniąt oraz weryfikacja nakładającychsię sygnałówtętna płodu i tętna matki | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia stymulatora płodu orazrozbudowy ofunkcje DECG iIUP | TAK, podać |  |
|  | Komputerowa analizazapisu KTG w językupolskim. Obliczanie zmienności długoterminowej LTV [bpm], krótkoterminowej STV[ms], ilości akceleracji, deceleracji, skurczów. | TAK, podać |  |
|  | Kompaktowa obudowa aparatu, maksymalna waga6,5 [kg], możliwość zamocowania aparatu na ścianie oraz na wózku jezdnym, możliwośćzawieszenia głowic na uchwytach przy aparacie | TAK, podać |  |
|  | Obsługa aparatuza pomocą klawiszy funkcyjnych orazpokrętła | TAK, podać |  |
|  | Ekran składanyz możliwością regulacji pochylenia ekranuco najmniej0-60 [stopni] | TAK, podać |  |
|  | Dotykowy Ekran LCD-TFT kolorowy o przekątnej 12,1",rozdzielczość ekranu 800x600 [px], Interfejs w językupolskim | TAK, podać |  |
|  | Do wyboru różne kolory tła ekranu | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlanie na kolorowym, dotykowym ekranie jednocześnie trendów (FHR, TOCO, MSpO2, MECG, MHR) oraz wartości numerycznych (FHR, TOCO, MSpO2, MHR). | TAK, podać |  |
|  | Wskaźnik jakości sygnału, stanu naładowania baterii (w przypadku korzystania **z** zasilania bateryjnego) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ustawienia przez użytkownika wartości podstawowej TOCO (10,15, 20 jednostek) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ustawienia skali wyświetlania trendów FHR: co najmniej 30-240 [bpm] oraz 50-210 [bpm] | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlany zakres sygnału TOCO 0-100 [%] | TAK, podać |  |
|  | Głowice Cardio wodoodporne, min. 12 kryształowe, stopień ochrony IPX8 | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru FHR z głowicy Cardio co najmniej 50-240 [bpm], dokładność pomiaru FHR z głowicy Cardio +/-1 bpm | TAK, podać |  |
|  | Częstość powtarzania ≥2 kHz | TAK, podać |  |
|  | Głowica Cardio o częstotliwości 1,0 [MHz] | TAK, podać |  |
|  | Natężenie emitowanej fali US ≤ 2 mW/cm2 | TAK, podać |  |
|  | Głowice TOCO wodoodporne, stopień ochrony IPX8 | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru TOCO 0-100 [%], Błąd nieliniowości głowicy TOCO ≤ 10 [%] | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne imanualne zerowanie TOCO | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne aktywowanie podpiętego przetwornika | TAK, podać |  |
|  | Możliwość przenoszenia głowicpomiędzy aparatami tego modelu | TAK, podać |  |
|  | Wprowadzanie i wydruk notatek. Możliwość samodzielnej konfiguracji notatek | TAK, podać |  |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny. Widoczny na ekranie znacznik pojawienia się alarmu bradykardii i tachykardii | TAK, podać |  |
|  | Ustawienia zakresu alarmu dla bradykardii i tachykardii. Ustawienia dolnego progu i górnego progu z krokiem 5 [bpm] | TAK, podać |  |
|  | Ustawienie opóźnienia alarmu bradykardii, tachykardii oraz utraty sygnału, ustawiane krokiem 5 lub 10 sekundowym w zakresie 0-300 [s] | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyłączenia dźwięku alarmuna *czas* 1, 2,3 [min] oraz na stałe | TAK, podać |  |
|  | Historia alarmów z informacją o czasie i przyczynie pojawienia się alarmu wyświetlana na ekranie | TAK, podać |  |
|  | Funkcja ciągłego monitorowania przez 12 godzin. Zapis w archiwum całego badania z możliwością odtworzenia na ekranie wykresów oraz wydruku na drukarce termicznej z szybką prędkością (min. 15 [mm / sek]) | TAK, podać |  |
|  | Pamięć archiwum min. 60h zapisów z możliwością zwiększenia pamięci poprzez zapis na urządzeniu przenośnym typu pendrive. Funkcja automatycznego wyszukiwania archiwalnego zapisu na podstawie wprowadzonego ID pacjenta lub nazwy | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zapisu badań na przenośnej pamięci typu pendrive. Możliwość eksportu zapisów KTG do pliku komputera z wykorzystaniem oprogramowania do archiwizacji badań | TAK, podać |  |
|  | Wbudowanadrukarka termiczna w rozdzielczości 200 dpi. Standardowe prędkości przesuwania papieru 1,2 i 3 [cm/min], Duże prędkości wydruku (zapisy archiwalne) ≥ 15 mm/sek | TAK, podać |  |
|  | 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 |  |
|  | Kompatybilność drukarki z papierem o szerokości 150 oraz 152 [mm]. Wydruk na papierze typu składanka Z. Drukarka kompatybilna ze skalą FHR: 30-240 [bpm] oraz 50-210 [bpm] | TAK, podać |  |
|  | Funkcja wydruku na papierze termicznym informacji o badaniu: ID oraz Nazwa pacjenta, trend FHR oraz TOCO, trend AFM lub znacznik AFM, ruch płodu ze znacznika ruchów płodu, znacznik zdarzeń, symbol automatycznego i ręcznego zerowania TOCO, data badania, ustawiona prędkość druku, Offset FHR2 | TAK, podać |  |
|  | Gniazdo sieciowe RJ45, gniazdo USB, złącze DE-9 lub DE-15 | TAK, podać |  |
|  | Współpraca z SystemamiNadzoru Okołoporodowego firm:EDAN, Huntleigh,  Philips | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany Litowo-jonowy akumulator zapewniający ciągłą pracę bez zasilania sieciowego przez min. 2 godziny | TAK, podać |  |
|  | Wskaźniki na ekranie: Alarm, ładowanie akumulatora, zasilanie sieciowe | TAK, podać |  |
|  | Na wyposażeniu aparatu: 3 szt. papieru do drukarki termicznej o szerokości 150 [mm], 3x pas do KTG, żel, akumulator, głowica US - 2 szt., głowica TOCO - 1 szt., mankiet i przewód NIBP -1 szt., przewód EKG -1 szt., czujnik SpO2 1 szt., czujnik TEMP 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Wózekdo aparatu z szufladami oraz blokadą kół. Mocowanieaparatu do wózka | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 7

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 7**

Naukowy system wielosondowy (Urządzenie do badania skóry) oraz cztery sondy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
|  | Naukowy system wielosondowy (Urządzenie do badania skóry) oraz cztery sondy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 7)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 7

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 7**

Naukowy system wielosondowy (Urządzenie do badania skóry) oraz cztery sondy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| Urządzenie do badania skóry | | | |
|  | Wymiary: 27x14,5x7,6 cm +/-10% | TAK, podać |  |
|  | Waga maksymalna: 1,6 kg | TAK, podać |  |
|  | Interfejs: USB | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: zewnętrzne 100-240VAC, 47-63Hz, DC 12V/9A | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana sonda o danych technicznych: | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: 8,5x11,3x2,3 cm +/-10% | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia pomiarowa: 64 mm2 | TAK, podać |  |
|  | Jednostki pomiarowe: jednostka umowna | TAK, podać |  |
|  | Dokładność: +/- 5% | TAK, podać |  |
|  | Jeden wkład kasetki starczający na około 400 pomiarów | TAK, podać |  |
| Sonda do pomiaru uwodnienia powierzchni skóry | | | |
|  | Wymiary: 11 cm | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia pomiarowa: 49 mm2 | TAK, podać |  |
|  | Waga: 41 g +/-10% | TAK, podać |  |
|  | Jednostki pomiarowe: umowne jednostki | TAK, podać |  |
|  | Zasada pomiaru: pojemnościowa | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość pomiaru: co najmniej 0,9-1,2 MHz | TAK, podać |  |
|  | Dokładność: +/- 3% | TAK, podać |  |
| Sonda do pomiaru pH na powierzchni skóry i skórze głowy | | | |
|  | Wymiary: 22,8 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga: 130 g +/-10% | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia pomiarowa: średnica 1 cm | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru: co najmniej pH od 0 do 12 | TAK, podać |  |
|  | Dokładność: +/- 0,1pH | TAK, podać |  |
| Sonda do pomiaru przeznaskórkowej utraty wody | | | |
|  | Wymiary: 17 cm – cała sonda, komora pomiarowa – średnica 1 cm, wysokość 2 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga: 75 g +/-10% | TAK, podać |  |
|  | Zasada pomiaru: otwarta komora | TAK, podać |  |
|  | Powtarzalność pomiaru (przedział ufności 99%): TEWL: ± (0,15 g/h/m2 + 1,0%) | TAK, podać |  |
|  | Niepewność pomiaru (maks.): TEWL: ± (0,5 g/h/m2 + 5,0%) | TAK, podać |  |
| Sonda do pomiaru jędrności/sztywności skóry | | | |
|  | Wymiary: 13 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga: 85 g +/-10% | TAK, podać |  |
|  | Zasada pomiaru: pionowe odkształcenie skóry przez szpilkę (w mm) | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru: co najmniej 0-3 mm (2 miejsca po przecinku) | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość: co najmniej 50 µm | TAK, podać |  |
|  | Niepewność pomiaru: ± 0,075 mm | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 8

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 8**

Doposażenie aparatu EEG, 64 kanały na potrzeby Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
|  | Doposażenie aparatu EEG, 64 kanały na potrzeby Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 8)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Zestaw komputerowy  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 8)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Razem wartość brutto PLN (1+2) | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 8

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 8**

Doposażenie aparatu EEG, 64 kanały na potrzeby Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| Stacja analizująca | | | |
|  | Stacja do analizy zapisów – połączona sieciowo z posiadaną stacją akwizycyjną, bazująca na komputerze o następujących parametrach minimalnych:  - procesor min. 4 rdzenie; 3,4 GHz  - min. 16 GB RAM  - min. 2 TB HDD  - nagrywarka DVD-RW  - pobór mocy: max 300 W  - system operacyjny: zgodny z systemami użytkowanymi w środowisku Zamawiającego, tj. z Windows 10 Professional 64bit  - wyświetlacz LCD min 22” | TAK, podać |  |
|  | Program administracyjny:  - baza danych w standardzie SQL  - oprogramowanie administracyjne (zarządzanie bazą danych pacjentów i zapisów) z możliwością definiowania kryteriów wyszukiwania i możliwością archiwizacji na nośnikach zewnętrznych typu CDR, CDRW, DVDR, itp. | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie medyczne do analizy zarejestrowanych sygnałów:  Wymagane analizy off-line:  - standardowa analiza EEG  - zoom i linijka | TAK, podać |  |
| Dedykowany wózek do aparatu EEG | | | |
|  | Dedykowana zintegrowana i solidna platforma jezdna:  - z łożyskowanymi i ogumionymi kołami wyposażonymi w hamulce  - pozwalająca na bezpieczne umieszczenie wszystkich składowych systemu  - posiadająca ramię do mocowania monitora | TAK, podać |  |
| Oprogramowanie do mappingu | | | |
|  | Wymagane analizy off-line:  - analizy FFT  - mapping 3D  - wielokanałowa (min. 8) analiza DSA (Density Spectral Array) z wizualizacją trendów  - analiza danych w formacie EDF  - eksport wybranego zapisu (wraz z zarejestrowanym wideo) do pliku samorozpakowującego się w celu przeglądania i analizy na dowolnym komputerze | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 9

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 9**

Dermatoskop diodowy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
|  | Dermatoskop diodowy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 9)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 9

**Arkusz informacji technicznej**

**Korekta z dnia 03.11.2020 r.**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 9**

Dermatoskop diodowy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Powiększenie 10-krotne | TAK, podać |  |
|  | Optyka achromatyczna | TAK, podać |  |
|  | 6 diod świecących z możliwością wyłączenia trzech lub 4 diody - z połową dla trybu immersyjnego, z połową dla polaryzacyjnego | TAK, podać |  |
|  | Okular z korekcją dioptrażu | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania dokumentacji fotograficznej | TAK, podać |  |
| Zestaw zawiera: | | | |
|  | Główkę optyczną z płytką kontaktową ze skalą 10 mm | TAK, podać |  |
|  | Rękojeść bateryjną BETA na 2 baterie alkaliczne ~~typu A~~ typu C (R 14) | TAK, podać |  |
|  | Olejek dermatoskopowy | TAK, podać |  |
|  | Twarde etui | TAK, podać |  |
|  | Kompendium dermatoskopowe zawierające podstawowe informacje o dermatoskopii | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 10

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 10**

Dermatoskop diodowy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
|  | Dermatoskop diodowy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 10)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 10

**Arkusz informacji technicznej**

**Korekta z dnia 03.11.2020 r.**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 10**

Dermatoskop diodowy na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Pole widzenia rzeczywiste 30 mm, obiektyw 32 mm | TAK, podać |  |
|  | Krystalicznie czysty obraz dzięki achromatycznemu układowi optycznemu | TAK, podać |  |
|  | Praca w trybie kontaktowym i bezkontaktowym | TAK, podać |  |
|  | Łatwe czyszczenie sprayem dezynfekującym | TAK, podać |  |
|  | Ergonomiczna obsługa dzięki ukośnej konstrukcji produktu | TAK, podać |  |
|  | Użytkowanie jedną ręką: indywidualna kompensacja dioptrii ogniskowania – od około -4 do +4 dioptrii | TAK, podać |  |
|  | Doskonałe odwzorowanie kolorów | TAK, podać |  |
|  | Dokumentacja cyfrowa z aplikacją | TAK, podać |  |
|  | Komfortowe warunki pracy bez olśnienia i bez odblasków dzięki polaryzacji | TAK, podać |  |
|  | Regulacja natężenia światłą: 3 poziomy jasności | TAK, podać |  |
|  | Powiększenie 10x | TAK, podać |  |
|  | Przełączanie między światłem spolaryzowanym i niespolaryzowanym za naciśnięciem przycisku | TAK, podać |  |
|  | Brak ryzyka krzyżowej kontaminacji: sterylizowana płytka kontaktowa ze skalą | TAK, podać |  |
|  | Nie wymaga konserwacji dzięki pyłoszczelnej konstrukcji | TAK, podać |  |
|  | Bateria akumulatorowa z technologią litowo-jonową, brak efektu pamięci; można bezpiecznie ladować baterię akumulatorową niezależnie od jej stanu naładowania | TAK, podać |  |
| Zestaw zawiera: | | | |
|  | Głowicę dermatoskopu z płytką kontaktową ze skalą mm | TAK, podać |  |
|  | Rękojeść bateryjną BETA 2,5V lub rękojeść akumulatorowa zintegrowana z główką optyczną | TAK, podać |  |
|  | Przewód USB z ładowarką sieciową z aprobatą medyczną | TAK, podać |  |
|  | Olejek dermatoskopowy | TAK, podać |  |
|  | Twarde etui | TAK, podać |  |
|  | Skrócone kompendium dermatoskopii | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część11

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 11**

Symulator laparoskopowy na potrzeby Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
|  | Symulator laparoskopowy na potrzeby Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 11)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 11

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 11**

Symulator laparoskopowy na potrzeby Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Ergonomia urządzenia odwzorowująca warunki operacji | TAK, podać |  |
|  | Oświetlenie LED | TAK, podać |  |
|  | 12 trokarów | TAK, podać |  |
|  | Kamera USB FullHD 1080p | TAK, podać |  |
|  | Swobodny obrót kamery we wszystkich kierunkach z możliwością blokady dla samodzielnego treningu | TAK, podać |  |
|  | Łatwy i szybki montaż wkładów treningowych | TAK, podać |  |
|  | Funkcjonalne oprogramowanie z możliwością zapisu filmów, regulacją obrazu i śledzenia czasu | TAK, podać |  |
|  | Stabilna konstrukcja | TAK, podać |  |
|  | Mobilność | TAK, podać |  |
|  | Do użytku z dowolnym komputerem lub samodzielne stanowisko treningowe | TAK, podać |  |
|  | Nagrywanie treningu | TAK, podać |  |
|  | Włączenie trybu stoper/odliczanie/wolny trening | TAK, podać |  |
|  | Włączenie trybu kamery endoskopowej, regulację oświetlenia, jakości obrazu oraz wybór wersji językowej | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie kompatybilne z systemami Windows, MacOS oraz Linux | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 12

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 12**

Doposażenie aparatu EEG, 64 kanały na potrzeby Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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* |
|  | Doposażenie aparatu EEG, 64 kanały na potrzeby Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 12)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | 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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 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 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 12

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 12**

Doposażenie aparatu EEG, 64 kanały na potrzeby Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

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

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

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| Jednostka przyłączeniowa do 64 kanałowej głowicy wzmacniaczy, umożliwiająca podłączenie elektrod EEG dowolnego typu oraz adaptera do dowolnego czepka EEG z wbudowanymi elektrodami.  Jednostka powinna posiadać: | | | |
|  | 64 gniazda EEG (typu touch proof) | TAK, podać |  |
|  | 1 gniazdo Z – umożliwiające redukcję artefaktów (typu touch proof) | TAK, podać |  |
|  | 4 gniazda bipolarne (typu touch proof) | TAK, podać |  |
|  | wymiary 65x160x23 mm +/-10% | TAK, podać |  |
|  | masa: 155 g +/-10% | TAK, podać |  |
|  | stopień ochrony przeciw porażeniu elektrycznemu: BF wg normy PN-EN 60601-1 lub równoważnej | TAK, podać |  |

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

Podpis i pieczęć Wykonawcy