**Zatwierdzam data**

21.08.2024 roku

ocds-148610-b9dce111-5d6b-4e22-a4fc-371a445c2761

Identyfikator postępowania na EZAMÓWIENIA

**SWZ :**  **Dostawa sprzętu medycznego IV**

**Sprawa nr: 62/ZP/2024**

**1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO :**

1. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie, ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków, adres internetowy Szpitala : https://5wszk.com.pl/
   1. REGON: 351506868, NIP: 677-20-81-964.
   2. Godziny pracy: 7:30 do 15:05 od poniedziałku do piątku oprócz dni ustawowo wolnych od pracy.
   3. Tel/fax +48 12-630-80-59; e-mail: zam@5wszk.com.pl
2. **Strona internetowa prowadzonego postępowania :** <https://ezamowienia.gov.pl/>, adres strony internetowej prowadzonego postępowania **:** <https://ezamowienia.gov.pl/mp-client/search/list/ocds-148610-b9dce111-5d6b-4e22-a4fc-371a445c2761>
   1. **Strona internetowa na której udostępniane będą zmiany i wyjaśnienia treści SWZ oraz inne dokumenty zamówienia bezpośrednio związane z postępowaniem o udzielenie zamówienia :** https://ezamowienia.gov.pl/ **oraz**  https://5wszk.com.pl/zamowienia
3. **TRYB POSTĘPOWANIA O UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO :**
   1. Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest na podstawie **art. 129 ust. 1 pkt 1 w trybie przetargu** **nieograniczonego,** na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019r. -Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2023.1605), zwanej dalej „Ustawą PZP” lub „PZP” powyżej progów unijnych.
   2. Stosowanie do dyspozycji art. 257 pkt 1 Pzp, Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania o udzielenie zamówienia, jeżeli środki publiczne, które zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie całości lub części zamówienia, nie zostały mu przyznane.
   3. W sprawach, które nie zostały uregulowane w niniejszej SWZ, mają zastosowanie przepisy ustawy PZP i akty wykonawcze do ustawy
   4. Zamówienie jest współfinansowane z dotacji celowej MON **(nie dotyczy materiałów eksploatacyjnych w pakiecie nr 19).**
4. **INFORMACJA CO DO MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA OFERT CZĘŚCIOWYCH**
   1. Zamawiający przewiduje możliwość składania ofert częściowych zgodnie z pakietami określonymi w załączniku nr 1 do SWZ.
5. **OPIS PRZEDMIOTU O UDZIELENIU ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO :**
   1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu medycznego IV na zasadach i ilościach określonych w SWZ i w Załączniku nr 1 do SWZ.
   2. W przypadku wystąpienia w SWZ lub którymkolwiek załączniku do SWZ nazw (w tym nazwy producenta, nazwy własne, znaki towarowe, normy oraz sformułowania „np.”), sprzęt można zastąpić równoważnym, który nie będzie gorszy niż ten wskazany w SWZ oraz gwarantować będzie zachowanie parametrów i funkcjonalności opisanych w SWZ.
   3. Ewentualne występujące w SWZ nazwy (w tym nazwy producenta, nazwy własne, znaki towarowe, normy oraz sformułowania „np.”), typy i pochodzenie produktów nie są dla wykonawcy wiążące i nie mają na celu naruszenia ustawy PZP, a jedynie doprecyzowanie oczekiwań jakościowych, funkcjonalnych i technologicznych zamawiającego.
   4. Dodatkowo, wszędzie tam, gdzie zostało wskazane pochodzenie (marka, znak towarowy, producent, dostawca itp.) materiałów lub normy, aprobaty, specyfikacje i systemy, o których mowa w ustawie Prawo Zamówień Publicznych (zwana dalej ustawą), Zamawiający dopuszcza oferowanie sprzętu lub rozwiązań równoważnych pod warunkiem, że zapewnią uzyskanie parametrów technicznych takich samych lub lepszych niż wymagane przez Zamawiającego w dokumentacji przetargowej. Zamawiający dopuszcza oferowanie materiałów lub urządzeń równoważnych. Materiały lub urządzenia pochodzące od konkretnych producentów określają minimalne parametry i cechy użytkowe, a także jakościowe (m.in.: wymiary, skład, zastosowany materiał, kolor, odcień, przeznaczenie materiałów i urządzeń, estetyka itp.) jakim muszą odpowiadać materiały lub urządzenia oferowane przez Wykonawcę, aby zostały spełnione wymagania stawiane przez Zamawiającego. Operowanie przykładowymi nazwami producenta ma jedynie na celu doprecyzowanie poziomu oczekiwań Zamawiającego w stosunku do określonego rozwiązania. Posługiwanie się nazwami producentów / produktów ma wyłącznie charakter przykładowy. Zamawiający, wskazując oznaczenie konkretnego producenta (dostawcy), konkretny produkt lub materiały przy opisie przedmiotu zamówienia, dopuszcza jednocześnie produkty równoważne o parametrach jakościowych i cechach użytkowych co najmniej na poziomie parametrów wskazanego produktu, uznając tym samym każdy produkt o wskazanych lub lepszych parametrach.
   5. Wykonawca, który powołuje się na rozwiązania równoważne jest obowiązany wykazać, że oferowany przez niego sprzęt spełnia minimalne wymagania określone przez zamawiającego.
   6. Wszystkie zmiany i odstępstwa nie mogą powodować obniżenia wartości funkcjonalnych i użytkowych sprzętu oraz nie mogą powodować zmniejszenia ich trwałości eksploatacyjnej.
   7. Wykonawca określa w załączniku nr 1 do SWZ (w kolumnie parametry oferowane) oferowane rozwiązania równoważne.
   8. Brak określenia „minimum” oznacza wymaganie na poziomie minimalnym, a Wykonawca może zaoferować rozwiązanie o lepszych parametrach
   9. W sytuacjach, kiedy Zamawiający opisuje przedmiot zamówienia poprzez odniesienie się do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów odniesienia dopuszcza rozwiązania równoważne opisywanym.
   10. Zamawiający nie przewiduje możliwości zawarcia umowy ramowej.
   11. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
   12. Zamawiający nie przewiduje się udzielenie zamówień, o których mowa w art. 214 ust. 1 pkt 7 i 8 Pzp.
   13. Zamawiający nie dopuszcza do rozliczeń w walutach obcych.
   14. Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej.
   15. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
   16. Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez wykonawcę kluczowych zadań. Zamawiający wymaga wskazania przez wykonawcę zadań, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, i podania firm podwykonawców (załącznik nr 1 do SWZ). Zamawiający nie będzie badał, czy wobec podwykonawcy niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby zachodzą podstawy wykluczenia, o których mowa w art.108 i art.109 Pzp.
   17. Zamawiający nie przewiduje wymagań, o których mowa w art. 95 oraz art. 96 ust. 2 pkt 2 ustawy.
   18. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia wizji lokalnej lub sprawdzenia przez niego dokumentów niezbędnych do realizacji zamówienia, o których mowa w art. 131 ust. 2 ustawy.
   19. Zamawiający nie wymaga złożenia ofert w postaci katalogów elektronicznych lub dołączenia katalogów elektronicznych do oferty.
   20. Zamawiający nie zastrzega możliwości ubiegania się o udzielenie zamówienia wyłącznie przez wykonawców, o których mowa w art. 94 ustawy.
6. **INFORMACJA O ZASTOSOWANIU PROCEDURY ODWRÓCONEJ**
   1. Zamawiający informuje że stosownie do przepisu 139 ust. 1 Pzp zastosuje tę procedurę w tym postępowaniu ,,Zamawiający może najpierw dokonać badania i oceny ofert, a następnie dokonać kwalifikacji podmiotowej wykonawcy, którego oferta została najwyżej oceniona, w zakresie braku podstaw wykluczenia oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu, o ile taka możliwość została przewidziana w SWZ lub w ogłoszeniu o zamówieniu.” W przypadku, o którym mowa w 139 ust. 1, wykonawca nie jest obowiązany do złożenia wraz z ofertą oświadczenia, o którym mowa w art. [125](https://komentarzpzp.pl/strona-glowna/dzial-ii/rozdzial-2/oddzial-4/art-125) ust. 1, jeżeli zamawiający przewidział w SWZ możliwość żądania tego oświadczenia wyłącznie od wykonawcy, którego oferta została najwyżej oceniona.
7. **INFORMACJA CO DO PRAWA OPCJI ORAZ OZNACZENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WEDŁUG KODU WSPÓLNEGO SŁOWNIKA ZAMÓWIEŃ**

8.1 Zgodnie z prawem opcji: zgodnie z postanowieniami pkt 9 SWZ oraz umowy w tym zakresie.

8.2 Kod CPV 33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne, **33140000-3**: Materiały medyczne

1. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO :** Zamówienie będzie realizowane w okresie **maksymalnym do dnia 29.11.2024 roku** od dnia podpisania umowy **zastrzeżeniem, że w zakresie dostawy materiałów w pakiecie nr 19 (pakiet nr 19B) zamówienie realizowane będzie przez okres odpowiednio 24 miesięcy od dnia podpisania umowy -** realizowane z uwzględnieniem bieżących potrzeb Kupującego, na podstawie pisemnego zamówienia (e-mail), złożonego przez uprawnionego pracownika Kupującego **w terminie 10 dni** od dnia złożenia zamówienia. W zakresie materiałów eksploatacyjnych, ilości poszczególnych rodzajów towaru w opisie przedmiotu zamówienia mają charakter szacunkowy i orientacyjny. Kupujący zastrzega sobie możliwość zmiany przyjętych w umowie ilości, stosownie do swoich potrzeb. Niewykorzystanie materiałów eksploatacycnych przez Kupującego do 50% łącznej wartości nie wymaga podania przyczyn i nie stanowi podstawy jego odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
2. **OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ SPOSOBU OCENY ICH SPEŁNIENIA**
   1. O zamówienie mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy Prawo zamówień publicznych **oraz w** art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 poz. 835) i art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) Nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L 229 z 31.07.2014, str. 1, z późn. zm.) oraz spełniają (o ile zostały określone) warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Ogłoszeniu o zamówieniu i SWZ.
      1. Zamawiający nie przewiduje fakultatywnych podstaw wykluczenia wskazanych w ustawie Prawo zamówień publicznych.
   2. **O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:**
      1. **zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;**

Zamawiający nie stawia wymagań w tym zakresie.

* + 1. **uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów**;

Zamawiający nie stawia wymagań w tym zakresie.

* + 1. **sytuacji ekonomicznej lub finansowej;**

Zamawiający nie stawia wymagań w tym zakresie.

* + 1. **zdolności technicznej lub zawodowej.**

Zamawiający nie stawia wymagań w tym zakresie.

* 1. **Opis sposobu dokonywania oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw wykluczenia:**
     1. Ocena spełniania odbywa się dwuetapowo:
        1. **Etap I** – Ocena wstępna, której poddawani są wszyscy Wykonawcy odbędzie się na podstawie informacji zawartychw **złożonym Jednolitym Europejskim Dokumencie Zamówienia (JEDZ) sporządzonym zgodnie z wzorem standardowego formularza określonego w rozporządzeniu wykonawczym Komisji Europejskiej wydanym na podstawie art. 59 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE oraz art. 80 ust.3 dyrektywy 2014/25/UE (Wzór JEDZ dostępny jest pod linkiem :** [**https://www.uzp.gov.pl/baza-wiedzy/prawo-zamowien-publicznych-regulacje/prawo-krajowe/jednolity-europejski-dokument-zamowienia**](https://www.uzp.gov.pl/baza-wiedzy/prawo-zamowien-publicznych-regulacje/prawo-krajowe/jednolity-europejski-dokument-zamowienia)
        2. **Etap II - Ostateczne potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu zostanie dokonane na podstawie podmiotowych środków dowodowych określonych w Rozdziałach 11,12. Ocenie na tym etapie podlegać będzie wyłącznie Wykonawca, którego oferta zostanie oceniona jako najkorzystniejsza, spośród tych, które nie zostaną odrzucone.**
  2. Jeżeli wykonawca nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust.1, podmiotowych środków dowodowych, innych dokumentów lub oświadczeń składanych w postępowaniu lub są one niekompletne lub zawierają błędy, zamawiający wzywa wykonawcę odpowiednio do ich złożenia, poprawienia lub uzupełnienia w wyznaczonym terminie, chyba że wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo oferta wykonawcy podlegają odrzuceniu bez względu na ich złożenie, uzupełnienie lub poprawienie lub zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania.
  3. Wykonawca składa podmiotowe środki dowodowe na wezwanie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, aktualne na dzień ich złożenia. Złożenie, uzupełnienie lub poprawienie oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust.1, lub podmiotowych środków dowodowych nie może służyć potwierdzeniu spełniania kryteriów selekcji.
  4. Zamawiający może żądać od wykonawców wyjaśnień dotyczących treści oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust.1, lub złożonych podmiotowych środków dowodowych lub innych dokumentów lub oświadczeń składanych w postępowaniu.
  5. Zgodnie z art. 107 ust. 1 Pzp, W przypadku gdy w postanowieniach SWZ, zamawiający żąda złożenia przedmiotowych środków dowodowych, wykonawca składa je wraz z ofertą.
  6. Zamawiający przewiduje, że jeżeli wykonawca nie złożył przedmiotowych środków dowodowych lub złożone przedmiotowe środki dowodowe są niekompletne, zamawiający wezwie do ich złożenia lub uzupełnienia w wyznaczonym terminie. Postanowienia w zdaniu poprzedzającym nie stosuje się, jeżeli przedmiotowy środek dowodowy służy potwierdzeniu zgodności z cechami lub kryteriami określonymi w opisie kryteriów oceny ofert lub, pomimo złożenia przedmiotowego środka dowodowego, oferta podlega odrzuceniu albo zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania.
  7. Zamawiający może żądać od wykonawców wyjaśnień dotyczących treści przedmiotowych środków dowodowych.
  8. Wykonawca może w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w stosownych sytuacjach oraz w odniesieniu do konkretnego zamówienia, lub jego części, polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej podmiotów udostępniających zasoby, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków prawnych.
     1. Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, składa, wraz z wnioskiem o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo odpowiednio wraz z ofertą, zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji danego zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów. Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby, o którym mowa zdaniu poprzedzającym, potwierdza, że stosunek łączący wykonawcę z podmiotami udostępniającymi zasoby gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów oraz określa w szczególności: zakres dostępnych wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby; sposób i okres udostępnienia wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia; czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą.
     2. Zamawiający ocenia, czy udostępniane wykonawcy przez podmioty udostępniające zasoby zdolności techniczne lub zawodowe lub ich sytuacja finansowa lub ekonomiczna, pozwalają na wykazanie przez wykonawcę spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 112 ust. 2 pk 3 i 4, oraz, jeżeli to dotyczy, kryteriów selekcji, a także bada, czy nie zachodzą wobec tego podmiotu podstawy wykluczenia, które zostały przewidziane względem wykonawcy.

1. **WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW JAKIE WYKONAWCA ZOBOWIĄZANY JEST ZŁOŻYĆ WRAZ Z OFERTĄ!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! :**
   1. **Dokumenty wraz z ofertą!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! :**
      1. **Wypełniony we wskazanych miejscach i podpisany Załącznik nr 1 –** zestawienie wymagań i zaoferowanych parametrów i przedmiotów,
      2. **Wypełniony we wskazanych miejscach i podpisany Załącznik nr 2 –** formularz ofertowy,
      3. **Wypełniony i podpisany Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ) – dotyczące spełnienia warunków udziałów w postępowaniu (o ile dotyczy) i braku podstaw do wykluczenia o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Pzp,**
      4. **Dokumenty rejestrowe potwierdzające posiadanie uprawnień/pełnomocnictwa potwierdzające umocowanie osób do składania oferty w imieniu Wykonawcy,**
      5. **Potwierdzenie wniesienia wadium, ( o ile jest to wymagane),**
      6. **Oświadczenia, że Wykonawca** nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 poz. 835) oraz nie podlega zakazowi udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych na podstawie artykułu 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) Nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L 229 z 31.07.2014, str. 1, z późn. zm.) **– zgodnie z załącznikiem nr 6 do SWZ.**
2. **WYKAZ DOKUMENTÓW, SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W POSTĘPOWANIU NA WEZWANIE!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! ZAMAWIAJĄCEGO NA POTWIERDZENIE OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 112 UST. 1 USTAWY PZP**
   1. Zamawiający nie stawia wymagań w tym zakresie – nie ma zastosowania zatem.
3. **WYKAZ DOKUMENTÓW, SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W POSTĘPOWANIU NA WEZWANIE!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! ZAMAWIAJĄCEGO NA POTWIERDZENIE OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 108 UST. 1 USTAWY PZP**
   1. informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. art. 108 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, zwanej dalej „ustawą”, – sporządzonej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem;
   2. informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, odnośnie do orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka karnego, – sporządzonej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem;
   3. oświadczenia wykonawcy, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, albo oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej **- wzór oświadczenia jest w załączniku nr 5 do SWZ**;
   4. oświadczenia wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania określonych w: art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy, b) art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy odnośnie do orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego, c) art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy odnośnie do zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji, d) art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy – **wzór oświadczenia jest w załączniku nr 3 do SWZ.**
   5. **Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast:**
      1. informacji z Krajowego Rejestru Karnego, o której mowa w pkt 12.1 i 12.2 SWZ – 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, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 4. Dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed ich złożeniem,
      2. Jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt 12.5.1, lub gdy dokumenty te nie odnoszą się do wszystkich przypadków, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 4, zastępuje się je w całości lub w części 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. Dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed ich złożeniem,
      3. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się bezpośrednio do właściwych organów kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu,
      4. Zamawiający żąda od wykonawcy, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby na zasadach określonych w art. 118 ustawy, przedstawienia podmiotowych środków dowodowych, o których mowa w pkt 12.1-12.4, dotyczących tych podmiotów, potwierdzających, że nie zachodzą wobec tych podmiotów podstawy wykluczenia z postępowania.
      5. Do podmiotów udostępniających zasoby na zasadach określonych w art. 118 ustawy, mających siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zapisy 12.5.1, 12.5.2, 12.5.3, stosuje się odpowiednio.
      6. Podmiotowe środki dowodowe oraz inne dokumenty lub oświadczenia, o których mowa w rozporządzeniu, składa się w formie elektronicznej, w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, w formie pisemnej lub w formie dokumentowej, w zakresie i w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 70 ustawy.
4. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia zobowiązani są ustanowić pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.
5. W przypadku składania ofert przez podmioty ubiegające się wspólnie o udzielenie zamówienia należy dołączyćpełnomocnictwo do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.
6. Jeżeli oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia zostanie wybrana,Zamawiający będzie mógł żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego umowy regulującej współpracę tych Wykonawców
7. W przypadku, gdy Wykonawca w miejsce któregoś z dokumentów, o których mowa w SWZ dostarczy jego kopię, kopia ta musi być poświadczona za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz w przypadku podmiotów udostępniających Wykonawcy zasoby, kopie dokumentów dotyczących odpowiednio Wykonawcy lub tych podmiotów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę lub te podmioty. Zamawiający może zażądać przedstawienia oryginałów lub notarialnie potwierdzonych kopii dokumentów (np. jeśli przedstawione kserokopie będą nieczytelne lub będą wzbudzać wątpliwości co do ich prawdziwości).
8. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców, oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału w postępowaniu składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokumenty te potwierdzają spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia
9. **FORMA SKŁADANIA DOKUMENTÓW**
   * 1. Dokumenty, o których mowa w pkt 10.1.4 SWZ wykonawca składa wraz z ofertą:

- w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub w postaci elektronicznej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza (dotyczy pełnomocnictwa) lub w postaci elektronicznej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez wykonawcę opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym,

* + 1. Dokument, o którym mowa w pkt 10.1.1 oraz 10.1.2 i 10.1.3 oraz pozostałe oświadczenia wskazane w SWZ wykonawca składa w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
    2. Pozostałe dokumenty, poza wskazanymi w pkt 18.1.1 i 18.1.2 składane są w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub elektronicznej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
    3. Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów, które każdego z nich dotyczą.Poświadczenie za zgodność z oryginałem następuje w formie elektronicznej.
    4. Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

1. **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**
   1. Oferta musi być sporządzona według załączników nr 1 i nr 2 oraz opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę umocowaną do działania w imieniu Wykonawcy.
   2. Kwalifikowany podpis elektroniczny **powinien być** wystawiony przez dostawcę kwalifikowanej usługi zaufania, będącego podmiotem świadczącym usługi certyfikacyjne – podpis elektroniczny, spełniające wymogi bezpieczeństwa określone w ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 1797) oraz przesłane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej**.**
   3. Wykonawca może złożyć jedną ofertę w języku polskim.
   4. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca.
   5. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, z zachowaniem postaci elektronicznej w następujących formatach przesyłanych danych: .pdf, .doc, .docx, , i podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Ofertę należy złożyć w oryginale.
   6. Wszelkie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 1233), które Wykonawca zastrzeże jako tajemnicę przedsiębiorstwa, 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 archiwum (ZIP).
   7. Wykonawca winien wykazać, że przedmiotowe informacje faktycznie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa., tzn.: zastrzeżone informacje nie są ujawnione do publicznej informacji, zastrzeżone informacje, stanowią informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, Wykonawca podjął odpowiednie kroki/działania mające na celu zachowanie ich poufności. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za ujawnienie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, o których Wykonawca nie poinformował Zamawiającego w sposób określony w zdaniu poprzedzącym.
   8. Pliki stanowiące ofertę należy skompresować do jednego pliku archiwum (ZIP).
   9. Wykonawca po upływie terminu do składania ofert nie może skutecznie dokonać zmiany ani wycofać złożonej oferty.
   10. We wszelkiej korespondencji związanej z niniejszym postępowaniem Zamawiający i Wykonawcy posługują się numerem ogłoszenia (BZP, TED lub ID postępowania).
   11. Sposób sporządzenia dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń musi być zgody z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych (Dz. U. 2020.1261) oraz w rozporządzeniu Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz.U.2020.2415).
   12. Treść oferty musi być zgodna z wymaganiami Zamawiającego określonymi w dokumentach zamówienia, w szczególności zgodnie z niniejszą SWZ.
   13. Oferta wraz z załącznikami musi być złożona przy pomocy Formularza ofertowego i cenowego (Załącznik nr 1 i nr 2 do SWZ) udostępnionego przez Zamawiającego na Platformie e-Zamówienia. Sposób zmiany i wycofania oferty został opisany w Instrukcji użytkownika dostępnej na stronie internetowej e-zamówienia https://ezamowienia.gov.pl/pl/instrukcje/ w zakładce „składanie ofert”.
   14. Aby złożyć ofertę Wykonawca musi posiadać aktywne konto podmiotu „Wykonawca” na Platformie e-Zamówienia. Korzystanie z Platformy e-Zamówienia jest bezpłatne. Szczegółowe informacje na temat zakładania kont podmiotów oraz zasady i warunki korzystania z Platformy e-Zamówienia określa Regulamin Platformy e-Zamówienia, dostępny na stronie internetowej https://ezamowienia.gov.pl oraz informacje zamieszczone w zakładce „Centrum Pomocy”. Przeglądanie i pobieranie publicznej treści dokumentacji postępowania nie wymaga posiadania konta na Platformie e-Zamówienia ani logowania. W przypadku problemów technicznych i awarii związanych z funkcjonowaniem Platformy e-Zamówienia użytkownicy mogą skorzystać ze wsparcia technicznego dostępnego pod numerem telefonu (22) 458 77 99 lub drogą elektroniczną poprzez formularz udostępniony na stronie internetowej https://ezamowienia.gov.pl w zakładce „Zgłoś problem”.
   15. Wykonawca przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, akceptuje warunki korzystania z Platformy e-Zamówienia, określone w Regulamin Platformy e-Zamówienia oraz zobowiązuje się korzystając z Platformy e-Zamówienia przestrzegać postanowień tego Regulaminu.
   16. Maksymalny łączny rozmiar plików stanowiących ofertę lub składanych wraz z ofertą to 250 MB.
   17. Zamawiający zamieścił link do postępowania oraz ID postępowania w Rozdziale 2 SWZ. Postępowanie można wyszukać również ze strony głównej Platformy e-Zamówienia (przycisk „Przeglądaj postępowania/konkursy”)
   18. Wykonawca składa ofertę za pośrednictwem zakładki „Oferty/wnioski”, widocznej w podglądzie postępowania po zalogowaniu się na konto Wykonawcy. Po wybraniu przycisku „Złóż ofertę” system prezentuje okno składania oferty umożliwiające przekazanie dokumentów elektronicznych, w którym znajdują się dwa pola drag&drop („przeciągnij” i „upuść”) służące do dodawania plików.
   19. System sprawdza, czy złożone pliki są podpisane i automatycznie je szyfruje, jednocześnie informując o tym wykonawcę. Potwierdzenie czasu przekazania i odbioru oferty znajduje się w Elektronicznym Potwierdzeniu Przesłania (EPP) i Elektronicznym Potwierdzeniu Odebrania (EPO). EPP i EPO dostępne są dla zalogowanego Wykonawcy w zakładce „Oferty/Wnioski”. **UWAGA: Zamawiający nie udostępnia interaktywnego formularza ofertowego na platformie e- Zamówienia i należy zignorować komunikat pojawiający się przy składaniu oferty, iż „Postępowanie nie posiada opublikowanego formularza do tego etapu postępowania.**
   20. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert wycofać/zmienić ofertę.
   21. Wykonawca wycofuje ofertę w zakładce „Oferty/wnioski” używając przycisku „Wycofaj ofertę”.
   22. Sposób zmiany i wycofania oferty został opisany w Instrukcji użytkownika dostępnej na stronie internetowej e-zamówienia https://ezamowienia.gov.pl/pl/instrukcje/ w zakładce „składanie ofert”.
   23. **Zamawiający zaleca, aby oferta została utworzona w formacie** pdf **oraz podpisana wewnętrznym kwalifikowanym podpisem elektronicznym. W przypadku zastosowania podpisu zewnętrznego należy pamiętać o obowiązku dołączenia do pliku stanowiącego ofertę także pliku podpisującego, który generuje się automatycznie podczas złożenia podpisu.**
2. Wykonawca celem wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw wykluczenia składa Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (**JEDZ**). JEDZ sporządza się pod rygorem nieważności **w postaci elektronicznej** i podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
   1. JEDZ należy przesłać w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Oświadczenia podmiotów składających ofertę wspólnie oraz podmiotów udostępniających potencjał składane na formularzu JEDZ powinny mieć formę dokumentu elektronicznego, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez każdego z nich w zakresie w jakim potwierdzają okoliczności spełnienia warunków udziału w postępowaniu i braku podstaw do wykluczenia.
   2. Zamawiający dopuszcza następujący format przesyłanych danych: .pdf, .doc, .docx.
   3. Wykonawca wypełnia JEDZ, tworząc dokument elektroniczny. Może korzystać z narzędzia ESPD lub innych dostępnych narzędzi lub oprogramowania, które umożliwiają wypełnienie JEDZ i utworzenie dokumentu elektronicznego, w szczególności w jednym z ww. formatów.
   4. Po stworzeniu lub wygenerowaniu przez wykonawcę dokumentu elektronicznego JEDZ, wykonawca podpisuje ww. dokument w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, wystawiony przez dostawcę kwalifikowanej usługi zaufania, będącego podmiotem świadczącym usługi certyfikacyjne – podpis elektroniczny, spełniające wymogi bezpieczeństwa określone w ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej.

23. UWAGA!!!!!!!!!!!!!!! Wzór JEDZ dostępny jest pod linkiem **:** [**https://www.uzp.gov.pl/baza-wiedzy/prawo-zamowien-publicznych-regulacje/prawo-krajowe/jednolity-europejski-dokument-zamowienia**](https://www.uzp.gov.pl/baza-wiedzy/prawo-zamowien-publicznych-regulacje/prawo-krajowe/jednolity-europejski-dokument-zamowienia)

**24. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCĄ – nie dotyczy składania oferty**

1. Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w SWZ, komunikacja między Zamawiającym, a Wykonawcami może się odbywać wyłącznie przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 344) tj.:
   * 1. pocztą elektroniczną na adres e-mail: [zam@5wszk.com.pl](mailto:zam@5wszk.com.pl) lub
     2. za pomocą Platformy e-Zamówienia, która jest dostępna pod adresem <https://ezamowienia.gov.pl>.
2. Zamawiający lub Wykonawca przekazując oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, mogą zażądać od drugiej strony niezwłocznego potwierdzenia ich otrzymania.
3. Komunikacja w postępowaniu o udzielenie zamówienia komunikacja pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcami, z wyłączeniem składania ofert, odbywa się drogą elektroniczną za pośrednictwem formularzy do komunikacji dostępnych w zakładce „Formularze” („Formularze do komunikacji”). Za pośrednictwem „Formularzy do komunikacji” odbywa się w szczególności przekazywanie wezwań i zawiadomień, zadawanie pytań i udzielanie odpowiedzi. Formularze do komunikacji umożliwiają również dołączenie załącznika do przesyłanej wiadomości (przycisk „dodaj załącznik”). Maksymalny rozmiar plików przesyłanych za pośrednictwem „Formularzy do komunikacji” wynosi 150 MB (wielkość ta dotyczy plików przesyłanych jako załączniki do jednego formularza).
4. Zamawiający może również komunikować się z Wykonawcami za pomocą poczty elektronicznej [zam@5wszk.com.pl](mailto:zam@5wszk.com.pl)
5. Możliwość korzystania w postępowaniu z „Formularzy do komunikacji” w pełnym zakresie wymaga posiadania konta „Wykonawcy” na Platformie e-Zamówienia oraz zalogowania się na Platformie e-Zamówienia. Do korzystania z „Formularzy do komunikacji” służących do zadawania pytań dotyczących treści dokumentów zamówienia wystarczające jest posiadanie tzw. konta uproszczonego na Platformie e-Zamówienia. Wszystkie wysłane i odebrane w postępowaniu przez wykonawcę wiadomości widoczne są po zalogowaniu w podglądzie postępowania w zakładce „Komunikacja”.
6. Możliwość korzystania w postępowaniu z „Formularzy do komunikacji” w pełnym zakresie wymaga posiadania konta „Wykonawcy” na Platformie e-Zamówienia oraz zalogowania się na Platformie e-Zamówienia. Do korzystania z „Formularzy do komunikacji” służących do zadawania pytań dotyczących treści SWZ wystarczające jest posiadanie tzw. konta uproszczonego na Platformie e-Zamówienia.
7. Wszystkie wysłane i odebrane w postępowaniu przez wykonawcę wiadomości widoczne są po zalogowaniu w podglądzie postępowania w zakładce „Komunikacja”.
8. Minimalne wymagania techniczne dotyczące sprzętu używanego w celu korzystania z usług Platformy e-Zamówienia oraz informacje dotyczące specyfikacji połączenia określa Regulamin Platformy e-Zamówienia.
9. W przypadku problemów technicznych i awarii związanych z funkcjonowaniem Platformy e-Zamówienia użytkownicy mogą skorzystać ze wsparcia technicznego dostępnego pod numerem telefonu (22) 458 77 99 lub drogą elektroniczną poprzez formularz udostępniony na stronie internetowej https://ezamowienia.gov.pl w zakładce „Zgłoś problem”.
10. Zamawiający nie przewiduje odstąpienia od użycia środków komunikacji elektronicznej.
11. Za datę przekazania dokumentów, informacji i oświadczeń oraz ich cyfrowych odwzorowań przyjmuje się datę ich wpływu na Platformę e-Zamówienia lub datę i godzinę wpływu na serwer pocztowy Zamawiającego.

**25. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT:**

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami należy złożyć w terminie **do dnia 09.09.2024 roku do godziny 08:00.**
3. Otwarcie ofert nastąpi **09.09.2024 r., o godz.09:00** przy użyciu systemu teleinformatycznego.
4. Wykonawca składa ofertę za pośrednictwem zakładki „Oferty/wnioski”, widocznej w podglądzie postępowania po zalogowaniu się na konto Wykonawcy. Po wybraniu przycisku „Złóż ofertę” system prezentuje okno składania oferty umożliwiające przekazanie dokumentów elektronicznych, w którym znajdują się dwa pola drag&drop („przeciągnij” i „upuść”) służące do dodawania plików.
5. Jeżeli wraz z ofertą składane są dokumenty zawierające tajemnicę przedsiębiorstwa wykonawca, w celu utrzymania w poufności tych informacji, przekazuje je w wydzielonym i odpowiednio oznaczonym pliku, wraz z jednoczesnym zaznaczeniem w nazwie pliku „Dokument stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa”. Zarówno załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa jak i uzasadnienie zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa należy dodać w polu „Załączniki i inne dokumenty przedstawione w ofercie przez Wykonawcę”.
6. System sprawdza, czy złożone pliki są podpisane i automatycznie je szyfruje, jednocześnie informując o tym wykonawcę. Potwierdzenie czasu przekazania i odbioru oferty znajduje się w Elektronicznym Potwierdzeniu Przesłania (EPP) i Elektronicznym Potwierdzeniu Odebrania (EPO). EPP i EPO dostępne są dla zalogowanego Wykonawcy w zakładce „Oferty/Wnioski”.
7. Oferta może być złożona tylko do upływu terminu składania ofert.
8. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert wycofać ofertę. Wykonawca wycofuje ofertę w zakładce „Oferty/wnioski” używając przycisku „Wycofaj ofertę”.
9. Wykonawca po upływie terminu do składania ofert nie może skutecznie dokonać zmiany ani wycofać złożonej oferty.
10. Zamawiający odrzuci ofertę złożoną po terminie składania ofert
11. O terminie złożenia oferty decyduje czas pełnego przeprocesowania transakcji na Platformie.
12. W przypadku awarii systemu teleinformatycznego, która powoduje brak możliwości otwarcia ofert w terminie określonym przez zamawiającego, otwarcie ofert następuje niezwłocznie po usunięciu awarii.
13. Zamawiający, najpóźniej przed otwarciem ofert, udostępnia na stronie internetowej prowadzonego postępowania informację o kwocie, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
14. Zgodnie z Ustawą PZP Zamawiający nie ma obowiązku przeprowadzania jawnej sesji otwarcia ofert w sposób jawny z udziałem Wykonawców lub transmitowania sesji otwarcia za pośrednictwem elektronicznych narzędzi do przekazu wideo on-line.
15. Otwarcie ofert nastąpi na zasadach i w trybie art. 222 ust. 1, 2, 3 i 4 ustawy Pzp.
16. Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieści na stronie internetowej, na której była zamieszczona SWZ wraz z załącznikami, informacje, o których mowa w art. 222 ust. 5 ustawy.

**26. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.**

* 1. Termin związania ofertą wynosi 90 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert i kończy się **07.12.2024 roku.**
  2. W przypadku gdy wybór najkorzystniejszej oferty nie nastąpi przed upływem terminu związania ofertą, o którym mowa w pkt 27.1 zamawiający przed upływem terminu związania ofertą, zwraca się jednokrotnie do wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o wskazywany przez niego okres, nie dłuższy niż 60 dni.
  3. Przedłużenie terminu związania ofertą, o którym mowa w pkt 27. 1, wymaga złożenia przez wykonawcę pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na przedłużenie terminu związania ofertą.
  4. W przypadku gdy zamawiający żąda wniesienia wadium, przedłużenie terminu związania ofertą, o którym mowa w pkt 27.1, następuje wraz z przedłużeniem okresu ważności wadium albo, jeżeli nie jest to możliwe, z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą.

**27. UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ ORAZ DOKONYWANIE MODYFIKACJI DOTYCZĄCYCH SPECYFIKACJI ISTSTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

* 1. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SWZ.
  2. Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 6 dni przed upływem terminu składania ofert albo nie później niż na 4 dni przed upływem terminu składania ofert w przypadku, o którym mowa wart.138ust.2pkt2 Pzp, pod warunkiem że wniosek o wyjaśnienie treści SWZ wpłynął do zamawiającego nie później niż na odpowiednio 14 albo 7dni przed upływem terminu składania ofert.
  3. W przypadku gdy wniosek o wyjaśnienie treści SWZ nie wpłynął w terminie, o którym mowa w pkt 28.2, zamawiający nie ma obowiązku udzielania wyjaśnień SWZ oraz obowiązku przedłużenia terminu składania ofert.
  4. Zamawiający prześle treść wyjaśnień wszystkim Wykonawcom, którym przekazano SWZ, a także umieści je na stronie internetowej: <https://ezamowienia.gov.pl/> oraz na stronie https://5wszk.com.pl/zamowienia
  5. Zamawiający nie organizuje spotkania z Wykonawcami w celu udzielania odpowiedzi na ewentualne pytania.
  6. Zmiana treści SWZ: W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Zamawiający może zmienić treść dokumentów składających się na SWZ.
  7. O każdej zmianie Zamawiający zawiadomi wszystkich Wykonawców, którym przekazano SWZ oraz umieści treść zmiany na <https://ezamowienia.gov.pl/> oraz stronie internetowej: https://5wszk.com.pl/zamowienia
  8. Zamawiający przedłuży termin składania ofert, jeżeli w wyniku zmiany treści SWZ niezbędny jest dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach.

**28. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY**

* 1. Wykonawca określi cenę realizacji zamówienia podając w formularzu ofertowym kwotę cyfrowo i słownie dla całości zamówienia lub odrębnie dla każdego pakietu, w którym Wykonawca składa ofertę.
  2. Cena zamówienia/pakietu zostanie obliczona z wykorzystaniem formularza zestawienia asortymentowo-ilościowego stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.
  3. Wykazywane kwoty zaokrągla się do pełnych groszy, przy czym końcówki poniżej 0,5 grosza pomija się, a końcówki 0,5 grosza i wyższe zaokrągla się do 1 grosza.
  4. Wszystkie wartości pieniężne wyrażone w złotych podane są z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
  5. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone w walucie PLN. Nie przewiduje się rozliczeń w walutach obcych.
  6. Cena musi być wyrażona w złotych polskich.
  7. Cena ofertowa brutto musi uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia.
  8. Cena oferty i składniki cenotwórcze podane przez Wykonawcę będą stałe przez okres realizacji Umowy i nie będą mogły podlegać zmianie (z zastrzeżeniem postanowień zawartych we Wzorze Umowy).
  9. Wszystkie czynności związane z obliczeniem wynagrodzenia i mające wpływ na jego wysokość Wykonawca powinien wykonać z należytą starannością.
  10. Prawidłowe ustalenie podatku VAT należy do obowiązków wykonawcy, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowym.
  11. Wynagrodzenie należy obliczyć w taki sposób, by obejmowało wszelkie koszty jakie poniesie Wykonawca w celu należytego wykonania przedmiotu zamówienia, w tym także wszelkie koszty nie wynikające bezpośrednio z opisu przedmiotu zamówienia i wzoru umowy, ale możliwe do przewidzenia przez Wykonawcę przed złożeniem oferty.
  12. Przy ustaleniu ceny oferty należy uwzględnić ryzyko wykonawcy z tytułu oszacowania wszelkich kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia. Niedoszacowanie, pominięcie oraz brak rozpoznania zakresu przedmiotu zamówienia nie może być podstawą do zmiany wynagrodzenia wykonawcy
  13. Prawidłowe ustalenie podatku VAT należy do obowiązków wykonawcy, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowym. Zastosowanie przez wykonawcę stawki podatku VAT niezgodnej z obowiązującymi przepisami Zamawiający potraktuje jako błąd w obliczeniu ceny, skutkujący odrzuceniem oferty
  14. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania **u zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług (Dz.U. z 2022 r. poz. 931 ze zm.), 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 lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku**.

29. OPIS KRYTERIÓW KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY WRAZ Z WAGĄ TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT

* 1. Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia publicznego.
  2. Ocenie ofert podlegają tylko oferty niepodlegające odrzuceniu.
  3. Kryterium oceny ofert i jego znaczenie oraz opis sposobu oceny ofert:
  4. Kryterium oceny ofert i jego znaczenie oraz opis sposobu oceny ofert:

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIUM:** | **WAGA**: |
| CENA | - 60 % |
| TERMIN GWARANCJI na sprzęt | - 40 % |

* 1. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Wykonawców w zakresie każdego ww. kryterium.

**1) Kryterium Cena – 60 % znaczenia (Wc)**

Sposób dokonania oceny wg wzoru:

Wc = [( Cn : Cb ) x 60

Wc – wartość punktowa ceny brutto

Cn – cena najniższa

Cb – cena badanej oferty

**2) kryterium „TERMIN GWARANCJI na sprzęt” - maksymalną ilość punktów tj. 40 pkt,- otrzyma oferta z najdłuższym okresem gwarancji, pozostałym Wykonawcom przyznana zostanie odpowiednio mniejsza liczba punktów, określona na podstawie następującego wzoru:**

**ilość punktów =**

**termin gwarancji oferowanego asortymentu oferty badanej w danym Pakiecie/ najdłuższy termin gwarancji oferowanego asortymentu spośród wszystkich ofert podlegających ocenie w danym Pakiecie x 100 x 40%**

UWAGA!!!! Termin gwarancji wyraża się w miesiącach. Brak wyrażenia tego terminu w miesiącach przez Wykonawcę będzie skutkować odrzuceniem oferty.

UWAGA!!!! Zgodnie z warunkami SIWZ minimalny termin gwarancji został dla poszczególnego pakietu określony w załączniku nr 1 i nr 2. Zaoferowanie niższego terminu aniżeli określony w załączniku nr 1 i nr 2 skutkować będzie odrzuceniem oferty.

Ocena wg kryterium ,,Termin gwarancji” dokonana zostanie w oparciu o informację Wykonawcy zawartą w ,,Formularzach” - Załącznik nr 1 i nr 2 do SIWZ.

Wykonawca może uzyskać maksymalnie 100 pkt.

* 1. Najkorzystniejszą ofertę w postępowaniu/ pakiecie będzie miała oferta która zdobędzie najwięcej punktów z kryteriów określonych w pkt. 29.3. Każdy Wykonawca może zdobyć maksymalnie 100 punktów.
  2. W przypadku omyłek rachunkowych tj. wadliwego wyniku działania arytmetycznego oczywistym dla Zamawiającego będzie, iż cena jednostkowa netto została podana prawidłowo.
  3. Zamawiający poprawi również inne omyłki polegające na niezgodności oferty z przedmiotową SWZ, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty.
  4. O poprawionych omyłkach Zamawiający powiadomi niezwłocznie wykonawcę, którego oferta została poprawiona. Spośród ofert nie podlegających odrzuceniu Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą, która z punktu widzenia kryteriów określonych w niniejszym postępowaniu uzyska największą liczbę punków, udzielając zamówienie Wykonawcy, który je złożył.

**30. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM – nie dotyczy**

**31. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻTEGO WYKONANIA UMOWY SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO - Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.**

**32. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

* 1. O wyniku postępowania Zamawiający powiadomi Wykonawcę uczestniczącego w postępowaniu oraz zamieści informację na <https://ezamowienia.gov.pl/>oraz swojej stronie internetowej https://5wszk.com.pl/zamowienia.
  2. Umowa z Wykonawcą, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza, zostanie zawarta w terminie nie krótszym, niż 10 dni od dnia przekazania zawiadomienia o wyborze oferty, z zastrzeżeniem art. 264 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.
  3. W celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Wykonawca, którego ofertę wybrano, jako najkorzystniejszą przed podpisaniem umowy składa: a) pełnomocnictwo, jeżeli umowę podpisuje pełnomocnik, b) umowę regulującą współpracę Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, jeżeli oferta tych Wykonawców zostanie wybrana,
  4. Wykonawca, który wygra przetarg zobowiązany jest dostarczyć podpisaną umowę (2 egzemplarze), wg załączonego wzoru, w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
  5. Projekt umowy w sprawie zamówienia publicznego stanowi: - Załącznik nr 4 do SWZ.

1. **POUCZENIE O SRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA** - Wykonawcy i innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub możeponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r., przysługują środki ochrony prawnej w postaci odwołania i skargi do sądu, na zasadach określonych w Dziale IX tej ustawy (art. 506 – 576).
2. **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO -** Zamawiający informuje, że:
   1. Administratorem danych osobowych udostępnionych w ramach postępowania jest Zamawiający.
   2. Kontakt do inspektora ochrony danych osobowych: adres e-mail : [rodo@5wszk.com.pl](mailto:rodo@5wszk.com.pl), pisemnie na adres Zamawiającego : 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie, ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków
   3. Dane osobowe przetwarzane będą w związku z koniecznością wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na zamawiającym, w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego tj. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) 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 („RODO”) w zw. z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2017.1579 t.j. z dnia 2017.08.24) („PZP”);
   4. W razie realizacji zamówienia publicznego dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania umowy tj. zgodnie art. 6 ust. 1 lit b) RODO.
   5. odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania(komisja przetargowa) oraz odpowiednie organy kontrole w zakresie ich kompetencji;
   6. Dane osobowe będą przechowywane, 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. Dane te mogą być przechowywane przez okres dłuższy niż wskazany, o ile wynika to z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r. poz. 164 ze zm.) i przepisów wykonawczych do tej ustawy.
   7. obowiązek podania danych osobowych jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy PZP, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy PZP;
   8. w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.
   9. Prawa osób których dane są przetwarzane:

* prawo dostępu do danych osobowych;
* prawo do sprostowania danych osobowych (Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania)
* prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych (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);
  1. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy;
  2. nie przysługuje Pani/Panu:
* prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych;

prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na zamawiającym lub wykonanie umowy.

1. **ZAŁĄCZNIK DO NINIJESZEGO SWZ STANOWIĄ :**

**1) Załącznik nr 1 do SWZ** –opis przedmiotu zamówienia – zestawienie wymagań i oferowanych przedmiotów i parametrów,

2**) Załącznik nr 2 do SWZ** –Formularz ofertowy

3) **Załącznik nr 3 do SWZ –** wzór oświadczenia w zakresie odnoszącym się do podstaw wykluczenia wskazanych w art. 108 ust. 1 pkt 3 - 6 ustawy Pzp

4) **Załącznik nr 4 do SWZ** - Projekt umowy,

5) **ZAŁĄCZNIK NR 5 do SWZ** – wzór oświadczenia o przynależności/braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,

**6) Załącznik nr 6 do SWZ -** oświadczenie dotyczące braku podstaw do wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 poz. 835) oraz nie podlega zakazowi udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych na podstawie artykułu 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) Nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L 229 z 31.07.2014, str. 1, z późn. zm.).

**Załącznik nr 1 do SWZ –**

**opis przedmiotu zamówienia zestawienie wymagań**

##### Pakiet nr 1

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **oprogramowanie do celów kardiologicznych w rezonansie magnetycznym** **– 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **oprogramowanie do celów kardiologicznych w rezonansie magnetycznym – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Algorytm rekonstrukcji oparty na uczeniu głębokim, stosowanym do nieprzetworzonych danych ze skanowania w celu poprawy SNR i ostrości obrazów 3D. Technika, która poprawia jakość obrazu na poziomie podstawowym poprzez usuwanie zakłóceń i artefaktów pierścieni, przy jednoczesnym skróceniu czasu skanowania. | TAK |  |
|  | Rozwinięcie możliwości rezonansu o:  - zwiększoną wydajność poprzez umożliwienie skrócenia czasu skanowania  - usunięcie zakłócenia na obrazach.  - wyeliminowanie artefaktów Gibbsa i artefaktów odcięcia z inteligentnym tłumieniem pierścieni  - ostrzejszy i wyraźniejszy obraz MR  - możliwość zastosowania indywidualnie dopasowanego poziomu ingerencji algorytmu sztucznej inteligencji w oparciu o preferencje  - aktywowanie najczęściej stosowane sekwencje 3D bez ograniczeń anatomicznych  - wyświetlanie obrazów, przy użyciu oprogramowania sztucznej inteligencji,  bezpośrednio na konsoli MR bez opóźnień rekonstrukcji | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do badań serca:  - technika obrazowania równoległego oparta na głębokim uczeniu, przyspieszająca skanowanie oraz wykorzystująca sieć neuronową do rekonstrukcji obrazów z akwizycji o niewystarczającej próbce.  - opcja obrazowania i zaktualizowana karta akceleracji, kompatybilna z aplikacją 2D FIESTA CINE. - wyższe współczynniki przyspieszenia umożliwiające akwizycję danych CINE w ciągu jednego uderzenia serca (1RR) na wycinek, z klinicznie akceptowalnym IQ i rozdzielczością czasową. Akwizycja 1RR możliwa do uzyskania za pomocą wyzwalania oddechowego | TAK |  |
|  | Bramkowanie bezprzewodowe:  - rozszerzenie funkcjonalności o obsługę akwizycji danych fizjologicznych za pośrednictwem bezprzewodowych nadajników-odbiorników  - bezprzewodowy system bramkowania fizjologicznego umożliwiający jednoczesną lub niezależną akwizycję wektorowych sygnałów EKG serca, układu oddechowego i/lub tętna obwodowego  - system dwóch modułów pobierania danych o pacjencie i podkładek, zestawu kabli EKG, kabel fotopletyzmografu, poduszka oddechowa , zestaw pasków, opaska na palec dla osoby dorosłej, stacja bazowa z możliwością ładowania obu modułów akwizycyjnych jednocześnie | TAK |  |
|  | Cewka :  - 20-kanałowa cewka zapewniająca elastyczność w dowolnym kierunku i dopasowanie do anatomii pacjenta - cewka o możliwości dostosowywania się do różnych kształtów i rozmiarów pacjentów, zwiększająca wszechstronność pozycjonowania,  - cewka służąca do badań:  serca, łokcia, dłoni/nadgarstka, kolana (mali pacjenci)  - zestaw pozycjonerów do cewki  zawierający m.in. pozycjoner kolana, pozycjoner kostki stopy, podkładkę klinową,  podkładkę w kształcie litery U i zestaw pasków | TAK |  |
|  | Dodatkowe oprogramowanie kardiologiczne:  - Stała licencja zapewniająca dostęp do oprogramowania dla jednego użytkownika (1 CCU) na stacji roboczej AW posiadanej przez Zamawiającego.  -  kompleksowe oprogramowanie do oceny obrazów rezonansu magnetycznego układu krążenia, wykorzystujące wykrywanie konturów oparte na głębokim uczeniu się, aby zapewnić ciągłe innowacje w celu zapewnienia wydajnego, dokładnego i zoptymalizowanego przepływu pracy w celu intuicyjnego ograniczenia zadań wykonywanych ręcznie | TAK |  |
|  | Funkcja i morfologia + charakterystyka tkanek zapewniająca kompleksowe rozwiązanie do odczytu i raportowania do analizy MR serca:  o Przegląd serii  o Przeglądarka obrazów  o Przeglądarka 4D  o Funkcja LV i RV z LAx i SAx  o Przepływ 2D i naczynia  o Zintegrowany Moduł Raportowania  o Szczep (śledzenie tkanki)  o Charakterystyka tkanek  o mapowanie T1  o mapowanie T2  o Ocena ilościowa żelaza (mapowanie T2\*)  o Perfuzja pół-Q. | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 2

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Aparatu USG (zakaźny) – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Aparat USG (zakaźny) – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |
|  | Przetwornik cyfrowy min. 12-bitowy | TAK |  |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej | TAK |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania Min. 4 500 000 | TAK |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych Min. 4 | TAK |  |
|  | Ilość gniazd parkingowych min. 2 | TAK |  |
|  | Dynamika systemu min. 310 dB | TAK |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu przekątna ekranu min. 21 cali | TAK |  |
|  | Konsola aparatu z kubeczkami na głowice po obydwu stronach ruchoma w dwóch płaszczyznach: góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę przekątna min. 10 cali | TAK |  |
|  | Wysuwana klawiatura alfanumeryczna | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. od 2 MHz do 20 MHz. | TAK |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) min. 72 000 obrazów | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop) | TAK |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | TAK |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 700 s | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop z min. 2 kursorów | TAK |  |
|  | Regulacja głębokości pola obrazowania min. 1 - 39 cm | TAK |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 70 | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy | TAK |  |
|  | **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 |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B min. 3500 obrazów/s | TAK |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) min. 600 obrazów/s | TAK |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu TDI min. 1400 obrazów/s | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 10 pasm częstotliwości | TAK |  |
|  | Technologia umożliwiająca ciągłe ogniskowanie wzdłuż wiązki ultradźwiękowej na pełnej głębokości obrazowania | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego min. 0,05 - 20 kHz | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)  (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 15,0 m/s | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera pulsacyjnego min.0,05 do 38 kHz | TAK |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej min. 0,5 mm do 20 mm | TAK |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej min. +/- 30 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej min. +/- 80 stopni | TAK |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie min. +/- 80 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania dwóch spectrów przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich (tzw.dual doppler) możliwe kombinacje: PW/PW, PW/TDI, TDI/TDI | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicy kardiologicznych Phased Array min.: +/- 19 m/s  (przy zerowym kącie bramki) | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicach Convex i Liniowej | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego min. 1 - 40 kHz | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy działające na sondach Convex i Liniowej | TAK |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | TAK |  |
|  | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” min. 8 | TAK |  |
|  | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe współpracujące jednocześnie z obrazowaniem typu „Compound” | TAK |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 15 map | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar IMT | TAK |  |
|  | Pomiar prędkości propagacji fal Shear Wave wraz z jednoczesnym pomiarem atenuacji (tłumienia), pomiary z automatycznym wskaźnikiem poprawności wykonania badania, wyniki pomiarów dostępne w m/s i kPa | TAK |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** | | |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje) z dyskiem HDD o pojemności min. 1 TB | TAK |  |
|  | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | TAK |  |
|  | 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 |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |
|  | **Funkcje użytkowe** | | |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. x40 | TAK |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu min. x20 | TAK |  |
|  | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie min. 10 | TAK |  |
|  | Przełączanie głowic z klawiatury. Możliwość przypisania głowic do poszczególnych presetów | TAK |  |
|  | Podświetlany pulpit sterowniczy w min. 2 kolorach | TAK |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Brzusznych * Ginekologiczno-położniczych * Małych narządów * Naczyniowych * Śródoperacyjnych * Mięśniowo-szkieletowych * Ortopedycznych * Kardiologicznych * Pediatrycznych | TAK |  |
|  | **Głowice ultrasonograficzne** | | |
|  | **Głowica Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 5,0 MHz. | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 600 | TAK |  |
|  | Kąt skanowania min. 70 st. | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 8 pasm częstotliwości | TAK |  |
|  | Ogniskowanie na pełnej głębokości obrazowania | TAK |  |
|  | **Głowica Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 2,0 – 12,0 MHz | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 600 | TAK |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. 40 mm | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 6 pasm częstotliwości | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |
|  | Ogniskowanie na pełnej głębokości obrazowania | TAK |  |
|  | **Głowica kardiologiczna Phased Array, Single Crystal,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 5,0 MHz. | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 120 | TAK |  |
|  | Kąt skanowania min. 90 st. | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |
|  | Ogniskowanie na pełnej głębokości obrazowania | TAK |  |
|  | **Głowica kardiologiczna motoryczna przezprzełykowa TEE ,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy | TAK, podać |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min 2,0 – 8,0 MHz | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 128 | TAK |  |
|  | Kąt skanowania min. 90 stopni | TAK |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** | | |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę śródoperacyjną laparoskopową typu giętkiego o szerokości pola skanowania max. 36 mm | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę proktologiczną, radialną o kącie obrazowania 360 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pomiar prędkości propagacji fal Shear Wave wraz z jednoczesnym pomiarem atenuacji (tłumienia), pomiary z automatycznym wskaźnikiem poprawności wykonania badania, wyniki pomiarów dostępne w m/s i kPa | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu na dzień składania ofert o obrazowanie panoramiczne min.190cm | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcja umożliwiającą porównanie (fuzję) dwóch sprzężonych obrazów w czasie rzeczywistym: USG / CT / MRI / PET dostępne z trybami obrazowań: B / B+C / B+elastografia | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt i głowice [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 3

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Wideogastroskop – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Wideogastroskop – 1 kpl** | | |
|  | Obrazowanie w standardzie wysokiej rozdzielczości HDTV (1920x1080) | TAK |  |
|  | Pole widzenia: 140o | TAK |  |
|  | Kierunek widzenia: na wprost | TAK |  |
|  | Głębia ostrości: tryb zwykły 5–100 mm, tryb bliski 2–6 mm | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna sondy endoskopowej: min 9,9 mm | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki: min. 9,9 mm | TAK |  |
|  | Zakres odchylenia końcówki: G:210o D: 90o  L: 100o  P:100o | TAK |  |
|  | Średnica wewnętrzna kanału biopsyjnego min. 2,8 mm | TAK |  |
|  | Min 4 przyciski do sterowania funkcjami procesora | TAK |  |
|  | Zgodność z procesorami EVIS EXERA CV-190 oraz CV-1500 | TAK |  |
|  | Możliwe jest sterowanie pompą typu Water-Jet poprzez zaprogramowanie jednego z czterech przycisków w głowicy endoskopu. | TAK |  |
|  | Jednostopniowe wodoodporne złącze elektryczne | TAK |  |
|  | Dodatkowy kanał do płukania pola zabiegowego | TAK |  |
|  | Obrazowanie w wąskim paśmie światła – NBI (poprzez optyczne wycięcie barwy światła czerwonego z widma światła widzialnego) | TAK |  |
|  | Długość robocza: min 1030 mm | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące]  Wykonywanie przeglądów okresowych co 6 miesięcy oraz napraw w pełnym zakresie (np. zgniecenie końcówki sondy, zalanie endoskopu, wymiana chipu CCD itp.) przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta. | **min. 36 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu zamawiającego w ramach zakupu sprzętu | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 4

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Wideokolonoskopu – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Wideokolonoskop – 1 kpl** | | |
|  | Obrazowanie w standardzie wysokiej rozdzielczości HDTV (1920x1080) | TAK |  |
|  | Pole widzenia: tryb normalnego ostrzenia: 170°, tryb zbliżeniowego ostrzenia: 160° | TAK |  |
|  | Kierunek widzenia: na wprost | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna sondy endoskopowej: min 12,8 mm | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki: min. 13,2 mm | TAK |  |
|  | Kierunek widzenia: tryb normalnego ostrzenia: 5–100 mm, tryb zbliżeniowego ostrzenia: 2–6 mm | TAK |  |
|  | Zakres odchylenia końcówki: **G:**180o **D:** 180o  **L:** 160o  **P:**160o | TAK |  |
|  | Średnica wewnętrzna kanału biopsyjnego min. 3,7 mm | TAK |  |
|  | Min 5 przycisków do sterowania funkcjami procesora | TAK |  |
|  | Zgodność z procesorami EVIS CV-190/190 Plus oraz CV-1500 | TAK |  |
|  | Dodatkowy kanał do spłukiwania pola operacyjnego | TAK |  |
|  | Płynna regulacja sztywności końcówki sondy | TAK |  |
|  | Możliwe jest sterowanie pompą typu Water-Jet poprzez zaprogramowanie jednego z czterech przycisków w głowicy endoskopu. | TAK |  |
|  | Obrazowanie w wąskim paśmie światła – NBI (poprzez optyczne wycięcie barwy światła czerwonego z widma światła widzialnego) | TAK |  |
|  | Długość robocza: min 1680 mm | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące]  Wykonywanie przeglądów okresowych co 6 miesięcy oraz napraw w pełnym zakresie (np. zgniecenie końcówki sondy, zalanie endoskopu, wymiana chipu CCD itp.) przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta. | **min. 36 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu zamawiającego w ramach zakupu sprzętu | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 5

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Laser operacyjny urologiczny – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Laser operacyjny urologiczny – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Laser impulsowy o dużej mocy zbudowany na krysztale Tm:YAG do litotrypsji laserowej, guzów pęcherza moczowego, nacięcia szyi pęcherza moczowego (BNI) i koagulacji, uretrotomii (leczenie zwężeń cewki moczowej), BPH / impulsowego wyłuszczenia laserowego prostaty, gastroenterologii do rozpylania i fragmentacji kamieni żółciowych i kamieni dróg żółciowych | Tak, podać |  |
|  | Laser do rozdrobnienia twardych i miękkich kamieni wszystkich typów i rozmiarów | Tak |  |
|  | Laser do wykorzystania przy zabiegach endoskopowego wyłuszczenia prostaty | Tak |  |
|  | Laser nadający się do litotrypsji laserowej z wykorzystaniem giętkich i sztywnych ureterorenoskopów | Tak |  |
|  | Laser zbudowany na krysztale Tm:YAG wyzwalany za pomocą diod, szczytowa moc impulsu (tzw. Peak Power) dla efektywnego rozwarstwiania warstw anatomicznych podczas zabiegów BPH i wydajnego rozdrabniania twardych kamieni min. 3500 W, Urządzenie kompatybilne ze światłowodami o średnicach 200 - 1000 μm, Laser kompatybilny ze światłowodami wielo- i jednorazowymi | Tak, podać |  |
|  | Długość fali emitowanej przez laser 2013nm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalna średnia moc lasera min. 100W | Tak, podać |  |
|  | Minimalna energia impulsu dla rozpylania kamieni (tzw. dustingu) ≤0.1 J | Tak, podać |  |
|  | Maksymalna częstotliwość pracy przy rozpylaniu kamieni (tzw. dustingu) min. >200 Hz | Tak, podać |  |
|  | Minimalny czas trwania impulsu laserowego ≤150 μs | Tak, podać |  |
|  | Maksymalny czas trwania impulsu laserowego ≥900 μs | Tak, podać |  |
|  | Wiązka lasera naprowadzającego 520 nm, zielony, z regulowaną intensywnością, tryby: stałe włączone, stałe impulsowe, wyłączone-po naciśnięciu włącznika nożnego | Tak |  |
|  | Nominalna odległość zagrożenia dla oczu (NOHD) ≤ 1.6m | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlacz dotykowy, kolorowy o przekątnej min 11" regulowany min. w płaszczyźnie poziomej | Tak, podać |  |
|  | Co najmniej 2 fabryczne programy dla użytkownika do chirurgicznego cięcia i koagulacji tkanek miękkich | Tak, podać |  |
|  | Co najmniej 4 fabryczne programy dla użytkownika do litotrypsji laserowej, w tym rozpylanie kamieni (tzw. dusting) i fragmentacja | Tak, podać |  |
|  | Fabryczny specjalny tryb antyretropulsyjny tj. zmniejszający odrzut podczas kruszenia kamieni, nie może być równoznaczny z trybem Dusting | Tak |  |
|  | Laser musi posiadać włącznik główny, przycisk włącz/wyłącz oraz przycisk bezpieczeństwa | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed nieuprawnionym użyciem kodem PIN | Tak |  |
|  | System laserowy nie wymagający kluczyka do uruchomienia urządzenia | Tak |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie włókien z automatycznym potwierdzeniem na ekranie grubości podłączonego włókna oraz ilości jego użyć | Tak |  |
|  | Chłodzenie lasera z wewnętrznym zamkniętym obiegiem wody i wymiennikiem ciepła | Tak |  |
|  | i koncepcją podzielonego ekranu, dzięki czemu podczas aplikacji możliwe jest szybkie przełączanie między dwoma zaprogramowanymi zestawami parametrów (energia impulsu, częstotliwość, długość impulsu), z których oba są wyświetlane jednocześnie na ekranie urządzenia, np. cięcie i koagulacja, fragmentacja i rozpylanie itp. | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość podłączenia przełącznika nożnego bezprzewodowego Bezprzewodowy przełącznik nożny z co najmniej trzema włącznikami (czuwanie/gotowość, 2 włączniki aktywacji lasera) Maksymalna masa (z płynem chłodzącym) 115 kg | Tak |  |
|  | Informacja na wyświetlaczu głównym lasera stopnia naładowania baterii przełącznika nożnego bezprzewodowego | Tak |  |
|  | Przełącznik nożny z dodatkowym czwartym włącznikiem, za pomocą którego operator może szybko zmieniać tryby oraz parametry pracy bez dotykania wyświetlacza. | Tak |  |
|  | Cztery płynnie pracujące podwójne koła z blokadą | Tak |  |
|  | Laser o budowie pionowej zajmującej mało miejsca na podstawie jezdnej nie przekraczającej 0,5m2 | Tak |  |
|  | Napięcia zasilania Jednofazowe 208 - 240 VAC, 50/60 Hz | Tak |  |
|  | **AKCESORIA** | | |
|  | Długość włókna ≥ 300 cm | Tak |  |
|  | Włókna 270 μm wielorazowe - 6 szt. | Tak |  |
|  | Okulary ochronne kompatybilne z laserem – 3 szt. | Tak |  |
|  | Zestaw naprawczy do włókien laserowych | Tak |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | Tak |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 36 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 6

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Zestaw do PCNL do operacji kamicy nerkowej – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Zestaw do PCNL do operacji kamicy nerkowej – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Optyka nefroskopowa, kąt patrzenia 6°, szerokokątna, system soczewek wałeczkowych; z okularem równoległym, kanał instrumentowy zamykany, wyposażony w uszczelkę oraz przyłącze LUER-Lock z kranikiem do płukania, autoklawowalna | TAK |  |
|  | Światłowód, min. śr. 3,5 mm, min. dł. 230 cm | TAK |  |
|  | Zestaw rozszerzadeł teleskopowych Alkena o rozmiarach 9, 12, 15, 18, 21, 24 Fr. oraz 2 giętkie druty prowadzące z kulką i 2 sztywne druty prowadzące z kulką w części dystalnej | TAK |  |
|  | Płaszcz nefroskopowy 24 Fr., wyposażony w obrotowe przyłącze LUER-Lock z kranikiem, kompatybilny z optyką nefroskopową | TAK |  |
|  | Obturator, do zastosowań z płaszczem operacyjnym nefroskopu 24Fr | TAK |  |
|  | Adapter do połączenia płąszcza nefroskopowego z ewakuatorem lub strzykawką pęcherzową | TAK |  |
|  | Kleszcze chwytające, bransze trójramienne, ząbkowane, min. dł. 38 cm, uchwyt sprężynowy | TAK |  |
|  | Pojemnik plastikowy do sterylizacji i przechowywania instrumentów, pokrywa przeźroczysta, perforowana, dno pojemnika perforowane, umożliwiające umieszczenie kołków mocujących, pojemnik 2 poziomowy, wysłany matą silikonową. Wymiary zewnętrzne min [szer. x gł. x wys.] - 545 x 260 x 115 mm | TAK |  |
|  | Oferowane elementy kompatybilne z narzędziami urologicznymi posiadanymi przez Zamawiającego firmy Karl Storz | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 7

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Cystoskop giętki – 2 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Cystoskop giętki – 2 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Cyfrowy, wielorazowy cystoskop giętki | TAK |  |
|  | Długość robocza min. 380 mm | TAK |  |
|  | Maksymalna średnica zewnętrzna części roboczej Ø 5,7 mm | TAK |  |
|  | Maksymalna średnica zewnętrzna części dystalnej Ø 5,7 mm | TAK |  |
|  | Średnica kanału roboczego min. Ø 2,2 mm | TAK |  |
|  | Pole widzenia min. 110° | TAK |  |
|  | Głębia ostrości min. 3-50 mm | TAK |  |
|  | Wygięcie części dystalnej min 210° góra i 180° dół | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji gazowej i plazmowej | TAK |  |
|  | Zestaw zaworów i uszczelek niezbędnych do prawidłowej pracy urządzenia | TAK |  |
|  | Kleszcze – 4 szt. | TAK |  |
|  | Tester szczelności | TAK |  |
|  | Jednostka sterująca dedykowana do oferowanego cystoskopy giętkiego – 2 szt. | TAK |  |
|  | Zintegrowane źródło światła LED | TAK |  |
|  | Żywotność diody LED min 10.000 godzin | TAK |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w min. trzy wyjścia wideo | TAK |  |
|  | Możliwość rejestrowania zdjęć oraz nagrywania filmów. | TAK |  |
|  | Wbudowany port USB 3.0 | TAK |  |
|  | Specjalne dwa tryby pracy kamery pozwalające na wzmocnienie obrazu w celu zmniejszenia koloru krwi oraz wzmocnienie obrazu naczyń krwionośnych i struktury błony śluzowej | TAK |  |
|  | Waga urządzenia max 8 kg | TAK |  |
|  | Kamera do podłączenia optyk endoskopowych do jednostki sterującej, wodoodporna, rozdzielczość 1080p, czujnik obrazu 1/3” CMOS (16:9), minimalna czułość 1 lx, F 1.2, system PAL, długość kabla – 3 m, możliwość nagrywania filmów oraz wykonywania zdjęć, sterylizacja gazowa (EO), plazmowe. W zestawie adapter zoom. – 2 szt. | TAK |  |
|  | Jednorazowy, sterylny płaszcz dostępu moczowodowego, do litotrypsji, zmniejszający ciśnienie wewnątrz układu moczowego, poprawiający pole widzenia, przyspieszający usuwanie złogów kamiczych, z systemem ciągłego odsysania, z kanałem wewnętrznym, o średnicy 9,5f, długości 46cm.  Płaszcz w zestawie z obturatorem/ mandrynem dokanałowym, o rozmiarze średnicy wewnętrznej. Płaszcz i mandryn hydrofilne. Płaszcz wyposażony w ukośny port boczny do podpięcia ssania zewnętrznego, z otworem do ręcznej, płynnej regulacji odsysania. Na górze płaszcza czerwony znacznik w kształcie oringu, wskazujący miejsce wycofania endoskopu podczas usuwania większych fragmentów złogów kamiczych. Końcówka dystalna płaszcza giętka, „współpracująca” z końcówką dystalną endoskopu giętkiego podczas pracy. Wzdłuż części roboczej płaszcza podziałka centymetrowa. Na górze płaszcza zdejmowana uszczelka silikonowa z otworem do wprowadzenia endoskopu. | TAK |  |
|  | Jednorazowy sterylny pojemnik do zbierania złogów podczas litotrypsji. Zbiornik o pojemności 140ml. Wewnątrz pojemnika przegroda mająca przegroda mająca na celu odseparowanie zebranych złogów. Na jednym z króćców pokrywy zbiornika zawór umożliwiający zamknięcie przepływu – 2 sztuki | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące]  Wykonywanie przeglądów okresowych oraz napraw w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta. | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 8

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Resektoskop sztywny – 2 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Resektoskop sztywny – 2 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Resektoskop bipolarny plazmowy | TAK |  |
|  | Optyka 4 mm, kąt patrzenia 30 stopni, długość robocza 282,2 mm, pin zatrzaskowy. W zestawie tuba ochronna o długości 305 mm. | TAK |  |
|  | Element pracujący aktywny do resektoskopu bipolarnego TURis/TCRis, uchwyt dla palców prowadzących otwarty, zamknięty(obrotowy) dla kciuka, przyłącze kabla od dołu i od góry | TAK |  |
|  | Płaszcz zewnętrzny resektoskopu 26 Fr., 2 nierozbieralne zawory, obrotowy | TAK |  |
|  | Płaszcz wewnętrzny 24 Fr, do płaszcza zewnętrznego 26 Fr, z obturatorem | TAK |  |
|  | Kabel HF, bipolarny do TURiS/TCRiS do generatora ESG-400, długość 4 m | TAK |  |
|  | Światłowód dla endoskopów/optyk o średnicy mniejszej lub równej 4,1 mm, średnica wiązki 2,8 mm, średnica zewnętrzna 6,8 mm, długość min. 3 m, waga max.237 g | TAK |  |
|  | Pojemnik do sterylizacji, do urologii (resektoskop, cystoskop, uretrotom) o wymiarach min. 478 x 68 x 224 mm. Pojemnik może być jednocześnie wkładem do kontenera. | TAK |  |
|  | Pokrywa do samodzielnych wkładów kontenera | TAK |  |
|  | Resektoskop kompatybilny z posiadaną przez Zamawiającego diatermią ESG-400 bez konieczności zakupu dodatkowych adapterów/przyłączy | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 9

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Cystoskop sztywny diagnostyczny z oprzyrządowaniem – 2 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Cystoskop sztywny diagnostyczny z oprzyrządowaniem – 2 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Optyka cystoskopowa oparta na systemie soczewek wałeczkowych, kąt patrzenia 30°, śr. 4 mm, dł. 30 cm, autoklawowalna. Optyka opatrzona słowną informacją potwierdzającą autoklawowalność oraz nadrukowanym kodem DATA MATRIX z zakodowanym min. numerem katalogowym i numerem seryjnym optyki. Nadrukowane na obudowie optyki oznaczenie w postaci graficznej średnicy kompatybilnego światłowodu. | TAK |  |
|  | Światłowód, śr. 3,5 mm, dł. min. 230 cm | TAK |  |
|  | Płaszcz cysto - uretroskopowy, rozmiar płaszcza 22 Fr., długość robocza 22 cm, boczne przyłącza napływ / odpływ wyposażone w mocowanie LUER-Lock, przyłącza wyposażone w 2 rozbieralne metalowe kraniki, płaszcz wyposażony w obrotowe mocowanie łącznika optyki, w zestawie obturator | TAK |  |
|  | Łącznik cystoskop-optyka, z jednym zamykanym kanałem instrumentowym | TAK |  |
|  | Mechanizm odginający, z 2 kanałami, z mechanizmem zapadkowym | TAK |  |
|  | Kleszcze do usuwania ciał obcych, giętkie, obie bransze ruchome, 7 Fr., dł.40 cm | TAK |  |
|  | Kleszcze biopsyjne, giętkie, obie bransze ruchome, 7 Fr., dł. 40 cm | TAK |  |
|  | Kosz metalowy do przechowywania, mycia i sterylizacji zestawu posiadający pokrywę oraz matę sylikonową. Wymiary zewnętrzne min [szer. x gł. x wys.] – min. 480 x 250 x 66 mm | TAK |  |
|  | Oferowane elementy kompatybilne z narzędziami urologicznymi posiadanymi przez zamawiającego firmy Karl Storz | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 10

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Cystonefroskop – 2 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Cystonefroskop – 2 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Optyka nefroskopowa, kąt patrzenia 6°, szerokokątna, system soczewek wałeczkowych; z okularem równoległym, kanał instrumentowy zamykany, wyposażony w uszczelkę oraz przyłącze LUER-Lock z kranikiem do płukania, autoklawowalna | TAK |  |
|  | Światłowód, śr. 3,5 mm, dł. min. 230 cm | TAK |  |
|  | Płaszcz resektoskopowy rozmiar 26 Fr., przepływowy, obrotowy, składający się z płaszcza zewnętrznego z przyłączem napływowym i odpływowym końcówka ceramiczna ukośna, mocowanie płaszcza zewnętrznego i wewnętrznego skręcane, z 2 przyłączami LUER-Lock i metalowymi, rozbieralnymi kranikami | TAK |  |
|  | Obturator kompatybilny z płaszczem resektoskopu 24 / 26Fr | TAK |  |
|  | Adapter, do wprowadzania nefroskopu przez oferowany płaszcz zew. resektoskopu | TAK |  |
|  | Kosz metalowy do przechowywania, mycia i sterylizacji zestawu posiadający pokrywę oraz matę sylikonową. Wymiary zewnętrzne min [szer. x gł. x wys.] min. 480 x 250 x 66 mm – 2 sztuki | TAK |  |
|  | Kleszcze rozdzielające, 4 Fr., dł. 60 cm, jedna bransza ruchoma – 2 szt | TAK |  |
|  | Oferowane elementy kompatybilne z narzędziami urologicznymi posiadanymi przez zamawiającego firmy Karl Storz | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 11

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Ureterorenoskop giętki – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Ureterorenoskop giętki – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Cyfrowy, wielorazowy ureterorenoskop giętki o ograniczonym czasie pracy | TAK |  |
|  | Czas pracy min. 21 godzin. | TAK |  |
|  | Długość robocza min. 670 mm | TAK |  |
|  | Maksymalna średnica zewnętrzna części roboczej Ø 2,8 mm | TAK |  |
|  | Maksymalna średnica zewnętrzna części dystalnej F 7,5 | TAK |  |
|  | Średnica kanału roboczego min. Ø 1,2 mm | TAK |  |
|  | Pole widzenia min. 110° | TAK |  |
|  | Głębia ostrości min. 2-50 mm | TAK |  |
|  | Wygięcie części dystalnej min 270° góra i 270° dół | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji plazmowej | TAK |  |
|  | Zestaw zaworów i uszczelek niezbędnych do prawidłowej pracy urządzenia | TAK |  |
|  | Jednostka sterująca z monitorem | TAK |  |
|  | Jednostka sterująca dedykowana do oferowanego ureterorenoskopu giętkiego – 1 szt. | TAK |  |
|  | Zintegrowane źródło światła LED | TAK |  |
|  | Żywotność diody LED min 10.000 godzin | TAK |  |
|  | Sterownik wyposażony w min. 21 calowy monitor | TAK |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w min. dwa wyjścia wideo | TAK |  |
|  | Możliwość rejestrowania zdjęć oraz nagrywania filmów | TAK |  |
|  | Wbudowany port USB 3.0 | TAK |  |
|  | Specjalny tryb pracy kamery pozwalający na wzmocnienie obrazu w celu zmniejszenia koloru krwi | TAK |  |
|  | Waga urządzenia max 11 kg | TAK |  |
|  | Kamera do podłączenia optyk endoskopowych do jednostki sterującej, wodoodporna, rozdzielczość 1080p, czujnik obrazu 1/3” CMOS (16:9), minimalna czułość 1 lx, F 1.2, system PAL, długość kabla – 3 m, możliwość nagrywania filmów oraz wykonywania zdjęć, sterylizacja gazowa (EO), plazmowe. W zestawie adapter zoom. – 1 szt. | TAK |  |
|  | Koszyk nitinolowy 1,8 Fr drutowy (dwudrutowa spleciona konstrukcja każdego drutu), bezkońcówkowy, z zakończeniem dyskowym, zwiększona giętkość końcówki dystalnej w celu mniejszej utraty zgięcia endoskopu, rozmiar okna 11 mm. Możliwość rotacji koszyka jedną ręką za pomocą pokrętła zintegrowanego z rękojeścią – 1szt | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące]  Wykonywanie przeglądów okresowych oraz napraw w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta. | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 12

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Echokardiograf – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Echokardiograf – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Monitor wysokiej rozdzielczości, min. 1900x1000 pixeli, przekątna ekranu, min. 21" | TAK |  |
|  | Wspomagający ekran dotykowy min 12”, pełniący również funkcję klawiatury alfanumerycznej | TAK |  |
|  | Ilość kanałów przetwarzania, min. 10 000 000 | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy aparatu, min. 1,0—23,0 [MHz] | TAK |  |
|  | Zakres głębokości obrazowania (głębokość penetracji), min. 1—40 [cm] | TAK |  |
|  | Liczba aktywnych gniazd do podłączania głowic obrazowych, min. 4 | TAK |  |
|  | Aktywne gniazdo do podłączania głowicy nieobrazowej pracującej w trybie CW Doppler | TAK |  |
|  | Dynamika aparatu, min. 390 [dB] | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 [V] | TAK |  |
|  | Fabrycznie wbudowany system podtrzymania zasilania, umożliwiający szybki restart aparatu po przywróceniu zasilania aparatu w czasie<10sek. | TAK |  |
|  | **Tryby obrazowania i prezentacji** | | |
|  | B-mode – 2D | TAK |  |
|  | Maksymalny Frame Rate dla trybu 2D, min. 1000 obrazów/sek | TAK |  |
|  | Obrazowanie ciągłoogniskowe na całej głębokości obrazowania ( bez konieczności regulacji ognisk ) z trybem ciągłej automatycznej optymalizacji obrazu w czasie rzeczywistym. | TAK |  |
|  | Obrazowanie poszerzone dla sondy sektorowej przezklatkowej – pole obrazowania na styku ze skóra pacjenta rozpoczyna się od odcinka a nie od punktu jak przy standardowym trybie dla sondy sektorowej | TAK |  |
|  | M-mode i Anatomiczny M-mode na obrazach „na żywo” i na pętlach obrazowych, zapisanych w podręcznej pamięci lub w pamięci CINE, z możliwością wykonywania pomiarów | TAK |  |
|  | Kolor M-mode |  |  |
|  | Kolor Doppler z częstością odświeżania obrazu min. 230 obrazów na sek. | TAK |  |
|  | Doppler Angiologiczny (Power Doppler) | TAK |  |
|  | Obrazowanie w technice 2 harmonicznej | TAK |  |
|  | Obrazowanie przepływów w technologii eliminującej artefakty kierunkowe Dopplera | TAK |  |
|  | Krzywoliniowy M-mode z pętli 2D | TAK |  |
|  | Doppler spektralny z falą pulsacyjną PW z max. mierzoną prędkością przy zerowym kącie min 6,5 m/s | TAK |  |
|  | Doppler spektralny z falą ciągłą CW, min 12m/s | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja na ekranie w czasie rzeczywistym ruchomych obrazów 2D, kolorowego dopplera - CD i Dopplera fali ciągłej -CWD – Triplex (2D+CD+CWD) | TAK |  |
|  | Funkcje postprocessing’u – dla trybu PW (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne  a. Wzmocnienie  b. Linia bazowa  c. Korekcja kąta  d. Inwersja spektrum  e. Format wyświetlania  f. Szybkość obrazowania (skala czasu)  g. Pełna oś czasu  h. Usuwanie słabych sygnałów  i. Mapy szarości  j. Koloryzacja | TAK |  |
|  | Dostępność przetwarzania obrazów zapisanych w archiwum | TAK |  |
|  | Automatyczne obrysowanie i wyznaczanie parametrów (min. RI, PI, S, D) widma dopplerowskiego w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum oraz po zamrożeniu obrazu | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do pomiarów, obliczeń i generowania raportów dla badań:  - echokardiograficznych dorosłych  - echokardiograficznych pediatrycznych  - badań naczyniowych  - badań TCD | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do automatycznego rozpoznawania najlepszych projekcji do analizy odkształcenia podłużnego dla lewej komory wraz z wyznaczeniem objętości i frakcji wyrzutowej w jednym kroku | TAK |  |
|  | Oprogramowanie oparte na sztucznej inteligencji - funkcja automatycznych pomiarów parametrów lewej komory serca w trybie 2D uwzględniając obliczanie EF (frakcja wyrzutowa), %FS (frakcja skracania), SV (objętość wyrzutowa) i masy (także masy indeksowanej) | TAK |  |
|  | Oprogramowanie oparte na sztucznej inteligencji - funkcja automatycznego rozpoznawania najczęściej uzyskiwanych w echokardiografii rodzajów spektrum doplerowskiego | TAK |  |
|  | Oprogramowanie z interfejsem i modułem do podłączenia sondy wewnątrzsercowej | TAK |  |
|  | Oprogramowanie 4D dla sondy przezprzełykowej | TAK |  |
|  | **Archiwizacja** | | |
|  | Możliwość archiwizowania obrazów w formacie „surowych danych” z możliwością późniejszej kontroli obrazu i analizy ilościowej podobnie jak w trakcie bezpośredniego badania pacjenta | TAK |  |
|  | Wbudowany wewnętrzny system archiwizacji obrazów i sekwencji oraz danych pacjentów na dysku twardym oraz możliwość zapisu obrazów w formatach kompatybilnych z systemem operacyjnym Windows, tj. w formatach co najmniej DICOM, AVI, JPG | TAK |  |
|  | Wewnętrzny dysk twardy ultrasonografu o pojemności min. 500 GB | TAK |  |
|  | Pamięć dynamiczna obrazu (CINE LOOP) dla trybu 2D z możliwością przeglądu w sposób płynny z regulacją prędkości odtwarzania, min. 60 000 obrazów | TAK |  |
|  | Pojemność pamięci dynamicznej – długość zapamiętywanego zapisu spektrum Dopplera min. 2 000 sek | TAK |  |
|  | Nagrywarka DVD RW |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |
|  | Moduł łączności WI-FI | TAK |  |
|  | Prezentacja na ekranie przebiegu EKG pacjenta, kabel EKG 3 odprowadzeniowy przystosowany do elektrod samoprzylepnych | TAK |  |
|  | Raporty dla każdego rodzaju i trybu badania z możliwością dołączania obrazów do raportu oraz z możliwością wprowadzania własnych opisów i komentarzy do raportu | TAK |  |
|  | **Głowice** | | |
|  | **Głowica sektorowa do badań przezprzełykowych 3/4D** | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości, min. 2-7 [MHz] | TAK |  |
|  | Kąt widzenia >80° | TAK |  |
|  | Ilość fizycznych elementów piezoelektrycznych min. 2400 | TAK |  |
|  | Tryb Triplex dla B/CD/PW i B/CD/CWD | TAK |  |
|  | **Głowica sektorowa do badań przezklatkowych** | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości, min. 2—4 [MHz] | TAK |  |
|  | Kąt widzenia >110° | TAK |  |
|  | Ilość fizycznych elementów piezoelektrycznych min. 270 | TAK |  |
|  | Praca w II harmonicznej | TAK |  |
|  | Tryb Triplex B/CD/CWD oraz B/CD/PW | TAK |  |
|  | **Głowica liniowa** | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości, min. 3—10[MHz] | TAK |  |
|  | Pole widzenia max 50mm | TAK |  |
|  | Ilość fizycznych elementów piezoelektrycznych min. 190 | TAK |  |
|  | Praca w II harmonicznej | TAK |  |
|  | Tryb Triplex B/CD/PW | TAK |  |
|  | **Głowica convex** | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości, min. 2—5 [MHz] | TAK |  |
|  | Pole widzenia min 600 | TAK |  |
|  | Ilość fizycznych elementów piezoelektrycznych min. 190 | TAK |  |
|  | Praca w II harmonicznej | TAK |  |
|  | Tryb Triplex B/CD/PW | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt i głowice [miesiące] | **min. 48 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 13

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **System elektrofizjologiczny – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **System elektrofizjologiczny – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Zestaw do wykonywania badań elektrofizjologicznych | TAK |  |
|  | Zintegrowany system elektrofizjologiczny (komputer sterujący, wzmacniacz elektrofizjologiczny oraz niezbędne wyposażenie) skonfigurowany do instalacji w sali zabiegowej | TAK |  |
|  | Komputer typu desktop: RAM min. 8GB, dysk typu SSD: min 256GB | TAK |  |
|  | System operacyjny zgodny z wymaganiami producenta oprogramowania operatorskiego | TAK |  |
|  | Oprogramowanie systemowe zgodne z wymaganiami producenta oprogramowania operatorskiego systemu elektrofizjologicznego | TAK |  |
|  | Pamięć dysku pozwalająca na bezpośredni, wielokrotny zapis i kasowanie danych | TAK |  |
|  | Szybki zapis danych pacjenta na dysku obejmujący numer identyfikacyjny pacjenta | TAK |  |
|  | Archiwizacja badań na dysku USB lub sieciowym z poziomu oprogramowania do badań elektrofizjologicznych. | TAK |  |
|  | Sterowanie systemu za pomocą dedykowanej klawiatury i myszy systemowej (zaoferowanymi wraz z zestawem z komputerem) | TAK |  |
|  | Transformator separujący do urządzeń medycznych | TAK |  |
|  | Kable zasilające, uziemiające, sygnałowe i inne przewody połączeniowe konieczne do prawidłowego działania wszystkich funkcji systemu elektrofizjologicznego, o długościach dostosowanych do warunków lokalowych Zamawiającego | TAK |  |
|  | Mobilny wózek pod zaoferowany system na salę zabiegową | TAK |  |
|  | System wyposażony w min. 2 monitory min. 21” typu LCD o rozdzielczości min. 1600x1200 zamontowane na mobilnym wózku na sali zabiegowej pracujące jako „master” | TAK |  |
|  | Prezentacja jednoczesna wielozadaniowa: sygnałów wewnątrzsercowych, zapisów przebiegów w czasie rzeczywistym, przeglądania danych w trybie holterowskim, analizy danych z badania, przeglądania parametrów dziennika zdarzeń | TAK |  |
|  | Przewód EKG powierzchniowego (10-odprowadzeniowy) | TAK |  |
|  | Konfiguracja umożliwiająca współpracę z systemami do trójwymiarowej analizy i mapowania serca |  |  |
|  | Obsługa systemu elektrofizjologicznego z poziomu sali zabiegowej | TAK |  |
|  | **Wzmacniacz systemu elektrofizjologicznego** | | |
|  | Częstość próbkowania: min 900 Hz | TAK |  |
|  | Niezależne definiowanie atrybutów każdego kanału (kolor, wzmocnienie, filtry). | TAK |  |
|  | Filtry zakłóceń: mięśniowych (EKG), prądu RF podczas ablacji (kanały wewnątrzsercowe) | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed defibrylacją | TAK |  |
|  | Jednorazowe przekształcenie sygnału analogowego na cyfrowy | TAK |  |
|  | Przetwornik A/D: 12 bitowy o dynamicznej rozdzielczości 20 bitów, o czułości (wadze bitu) poniżej 1,8 µV/LSB | TAK |  |
|  | Wzmacniacz umożliwiający rejestrację min: 12 kanałowego zapisu EKG, 6 kanałów dodatkowych, które można wykorzystać do pomiaru ciśnień, min. 52 kanały wewnątrzsercowych | TAK |  |
|  | Wzmacniacz wyposażony w stymulację awaryjną uruchamianą dedykowanym przełącznikiem na przednim panelu wzmacniacza elektrofizjologicznego. (Możliwość uruchomienia stymulacji awaryjnej przy wyłączonym komputerze, np. w wypadku awarii jednostki sterującej systemem) | TAK |  |
|  | Parametry stymulacji awaryjnej: 60 uderzeń na minutę, co najmniej z dwóch kanałów jednocześnie, 8mA, szerokość impulsu: 2ms | TAK |  |
|  | Wzmacniacz oferujący zarówno wzmocnienie analogowe i cyfrowe | TAK |  |
|  | **Oprogramowanie systemu elektrofizjologicznego** | | |
|  | Oprogramowanie do badań elektrofizjologicznych serca umożliwiające rejestrację: min. 12 kanałowego zapisu EKG, min. 2 kanały ciśnień, min. 52 kanałów wewnątrzsercowych | TAK |  |
|  | Jednoczesne wykonywanie wielu zadań (tworzenie każdej kombinacji: akwizycji sygnałów wewnątrzsercowych, zapisu, wyświetlania przebiegów w czasie rzeczywistym, przeglądania danych w trybie holterowskim, analizy danych z badania, przeglądania dziennika badania) | TAK |  |
|  | Konfigurowanie przez użytkownika co najmniej 10 różnych szablonów ekranu z wybranymi albo wszystkimi kanałami aktywnymi, niezależnie od ich rodzaju (EKG, EGM-bipolar, EGM unipolar, kanały ciśnienia itp.) | TAK |  |
|  | Zmiany podstawy czasu podczas monitorowania w czasie rzeczywistym oraz podczas analizy off-line w zakresie odpowiadającym przesuwowi co najmniej 25-300 mm/s | TAK |  |
|  | Rejestracja sygnałów unipolarnych z dowolnego kanału zapisanego w trakcie badania | TAK |  |
|  | Rejestracja 12 odprowadzeniowego zapisu przy użyciu jednego klawisza na klawiaturze. System umożliwiający wydruk jakiegokolwiek wcześniej zarejestrowanego 12 - odprowadzeniowego zapisu | TAK |  |
|  | Zapis wszystkich kanałów lub wybranych kanałów na dysku twardym w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Tryb wyświetlania synchronicznego (trigger mode) z dowolnym załamkiem, markerem lub impulsem stymulatora umożliwiająca pace mapping w czasie rzeczywistym. Synchronizacja wyzwalana przez: napięcie, rodzaj sygnału (unipolarny + lub -, bipolarny), nachylenie (slope) potencjału (do wyboru) | TAK |  |
|  | Pomiar on-line wybranych interwałów (automatycznego lub ręcznego) w trybie synchronicznym | TAK |  |
|  | Synchronizacja w trybie rzeczywistym (triggered mode) z częstotliwością równą częstotliwości serca (beat-to-beat) |  |  |
|  | Interaktywny ekran dziennika badania umożliwiający dostęp do danych badania z możliwością jego wyświetlania na polecenie operatora | TAK |  |
|  | Wydruk raportów, wykresów, wzorców pobudzeń lub innych danych w czasie wykonywania analizy i przeglądania danych z badania | TAK |  |
|  | Automatyczna detekcja impulsów stymulatora | TAK |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające podgląd wszystkich parametrów ablacji takie jak temperatura, moc, czas z generatora prądu RF. Dane wyświetlane na ekranie i automatycznie rejestrowane w dzienniku badania | TAK |  |
|  | Oprogramowanie hemodynamiczne | TAK |  |
|  | Archiwizacja na dysku USB oraz możliwość archiwizacji na dysku zewnętrznym przez USB pojedynczego badania lub całego archiwum. | TAK |  |
|  | Niezależne wyświetlanie na każdym z 2 monitorów w obrębie zestawu innych danych, np. na jednym przebiegu w czasie rzeczywistym, a na drugim analiza danych z badania | TAK |  |
|  | Eksport zrzutów ekranowych i obrazów do plików typu PNG | TAK |  |
|  | Automatyczna aktualizacja okna dziennika badania po każdej sekwencji stymulacji | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie monitorów systemowych parametrów ablacji, także w postaci graficznej. Tworzenie raportu z ablacji z parametrami zastosowanej aplikacji | TAK |  |
|  | Niezależne ustawianie parametrów sygnałów w każdym kanale wewnątrzsercowym | TAK |  |
|  | **Stymulator systemu elektrofizjologicznego** | | |
|  | Wielofunkcyjny stymulator elektrofizjologiczny - generator impulsów do stymulacji serca | TAK |  |
|  | Impulsy stymulacji kontrolowane komputerowo | TAK |  |
|  | Liczba kanałów stymulacji: min 2 | TAK |  |
|  | Obsługa za pomocą klawiatury lub myszy systemu elektrofizjologicznego | TAK |  |
|  | Stymulator wbudowany we wzmacniacz systemu elektrofizjologicznego | TAK |  |
|  | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min: 0-25,5mA, regulowane w stopniach co 0,1mA | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wsparcie przedstawiciela Wykonawcy podczas zabiegów elektrofizjologicznych 4 razy w miesiącu w wyznaczonych przez Zamawiającego terminach | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 14

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Angio OCT– 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Angio OCT – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Aparat do wykonywania optycznej koherentnej tomografii (OCT) siatkówki | TAK |  |
|  | Uchylna konstrukcja podstawy głowicy obrazującej umożliwiająca jej zwiększony ruch | TAK |  |
|  | Dodatkowy ekran dotykowy do sterowania parametrami aparatu | TAK |  |
|  | Sterownik nożny | TAK |  |
|  | Możliwość manualnego ustawienia głowicy za pomocą joysticka | TAK |  |
|  | Dedykowany stolik z elektrycznie regulowana wysokością blatu oraz zamontowanym regulowanym podbródkiem i podporą czoła dla pacjenta | TAK |  |
|  | **Tomograf OCT** | | |
|  | Aparat pracujący w domenie spektralnej | TAK |  |
|  | Laserowe źródło światła o długości fali min. 880 nm | TAK |  |
|  | Funkcja eliminacji artefaktów (redukcji szumów) dla skanów dna oka i OCT na podstawie uśrednienia min. 100 skanów | TAK |  |
|  | Rozdzielczość osiowa: min. 3,9 μm | TAK |  |
|  | Rozdzielczość poprzeczna: min. 5,7 μm | TAK |  |
|  | Szybkość obrazowania min. 85 000 A-skanów na sekundę | TAK |  |
|  | Fiksator wewnętrzny | TAK |  |
|  | Średnica źrenicy badanego oka min. 2,5 mm | TAK |  |
|  | Kompensacja refrakcji do min. -24D | TAK |  |
|  | Dwuwiązkowy aktywny eyetracker | TAK |  |
|  | Głębokość penetracji tkanki do min. 1,9 mm | TAK |  |
|  | Cyfrowy rozmiar obrazu (pixele) w trybie wysokiej rozdzielczości 1536 x 1536, 1024 x 1024, 768 x 768 | TAK |  |
|  | Wzory skanowania min.: liniowy, objętościowy, radialny, kołowy | TAK |  |
|  | Funkcja powtarzania i porównywania skanów zlokalizowanych w dokładnie tym samym miejscu, w oparciu o lokalizację anatomicznych punktów referencyjnych w obrazie dna oka | TAK |  |
|  | **Obrazowanie konfokalne** | | |
|  | Oprogramowanie do planowania ustawień referencyjnych kolejnych skanów | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania podczerwonych konfokalnych skanów laserowych siatkówki cSLO z podglądem na żywo | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania laserowych konfokalnych kolorowych skanów dna oka. Jednoczesne wykorzystanie obrazowania za pomocą trzech długości fal lasera (podczerwony, zielony, niebieski) | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania laserowej konfokalnej autofluorescencji za pomocą niebieskiego lasera.  Skany wykonywane pod kontrolą eyetrackera na żywo | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania laserowej konfokalnej angiografii fluoresceinowej dna oka za pomocą niebieskiego lasera.  Skany wykonywane pod kontrolą eyetrackera na żywo | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania laserowej konfokalnej angiografii indocyjaninowej dna oka.  Skany wykonywane pod kontrolą eyetrackera na żywo/ | TAK |  |
|  | **Moduł Jaskrowy** | | |
|  | Możliwość wykonywania skanów i analiz tarczy nerwu wzrokowego | TAK |  |
|  | Korekcja dokładności oceny tarczy i grubości włókien nerwowych uwzględniająca automatyczną weryfikację położenia środka plamki względem środka tarczy nerwu, monitorowana na żywo za pomocą eyetrackera | TAK |  |
|  | Granica tarczy nerwu wyznaczana z pomocą tomografu poprzez określenie punktów otwarcia membrany Brucha realizowane za pomocą min. 24 skanów radialnych | TAK |  |
|  | Dostępny Raport jaskrowy "Hood Report" | TAK |  |
|  | Analiza symetrii Hemisfer w oparciu o anatomiczne punkty referencyjne | TAK |  |
|  | Mapy referencyjne do oceny grubości: siatkówki, warstw: GCL, IPL, RNFL | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia map różnicowych względem map normatywnych | TAK |  |
|  | Ocena grubości włókien nerwowych realizowana automatycznie, w jednym badaniu, za pomocą min. 3 skanów okrężnych o różnych promieniach | TAK |  |
|  | **Moduł Angio-OCT** | | |
|  | Funkcja eliminacji artefaktów obrazu Angio-OCT na podstawie uśrednienia min. 7 skanów | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania badań Follow-up w trybie Angio-OCT.  Dokładność kontrolowana na żywo przez układ śledzenia gałki ocznej | TAK |  |
|  | Rozmiar obrazu w trybie Angio-OCT min. 768x384 pikseli | TAK |  |
|  | Odległość pomiędzy B-skanami w trybie Angio-OCT min. 6 μm | TAK |  |
|  | Automatyczna identyfikacja warstw naczyniowych: NFLVP, SVP, ICP, DCP, AC, Choriocapillaris, Choroid | TAK |  |
|  | **Obiektywy** | | |
|  | Obiektyw umożliwiający obrazowanie pola 30° x 30° | TAK |  |
|  | Obiektyw szerokokątny umożliwiający uzyskanie zakresu kątowego obrazowania dna oka min. 55 stopni oraz szerokość skanów OCT min. 16,5 mm | TAK |  |
|  | Soczewka ultraszerokokątna do angiografii, umożliwiająca obrazowanie peryferii siatkówki w zakresie kątowym min. 102° | TAK |  |
|  | Soczewka i oprogramowanie do obrazowania przedniego odcinka, umożliwiające wykonywanie wysokiej rozdzielczości skanów OCT: rogówki, kątów przesączania, twardówki | TAK |  |
|  | **Moduł zmiany prędkości skanowania** | | |
|  | Moduł zmiany prędkości skanowania w trybie OCT Opcja zmiany prędkości skanowania do 125 kHz (tryb wysokiej szybkości badania) oraz do 20 kHz (tryb wysokiej czułości badania) | TAK |  |
|  | Dedykowana komputerowa stacja akwizycyjna wraz z monitorem | TAK |  |
|  | Utworzenie na serwerach Zamawiającego bazy badań, w ten sposób, aby dostęp do danych źródłowych, z możliwością ich przeglądania i analizy był niezależny od stanu aktywności (włączenia lub nie) urządzenia. Wszelkie licencje potrzebne do działania bazy i dostępu do niej z zapewnionym czasem działania przez minimum 5 lat bez wnoszenia opłat abonamentowych przez Zamawiającego. Zapewnienie bezpłatnych aktualizacji w okresie obowiązywania licencji | TAK |  |
|  | Zainstalowanie na co najmniej 25 stanowiskach komputerowych, wskazanych przez Zamawiającego, przeglądarki umożliwiającej w pełni funkcjonalne przeglądanie i analizę zgromadzonych w bazie badań, z zagwarantowaniem możliwości jednoczasowego dostępu z minimum 10 stanowisk oraz z zagwarantowaniem możliwości, w razie potrzeby Zamawiającego, przeniesienia przeglądarki na inne stanowiska komputerowe bez utraty licencji. Wszelkie licencje potrzebne do działania przeglądarek z zapewnionym czasem działania przez minimum 5 lat bez wnoszenia opłat abonamentowych przez Zamawiającego. Zapewnienie bezpłatnych aktualizacji w okresie obowiązywania licencji | TAK |  |
|  | Moduł zwiększonej rozdzielczości wraz z obiektywem do obrazowania mikrostruktury siatkówki | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Integracja ze szpitalnym systemem informatycznym (HIS) oraz oprogramowaniem stosowanym przez Zamawiającego do integracji urządzeń diagnostycznych, umożliwiająca co najmniej:  + zlecanie z HIS na urządzenie badań z tworzeniem list roboczych zawierających dane pacjentów z elektronicznej dokumentacji medycznej,  + odsyłanie przez urządzenie do HIS wyników badań pacjentów pod postacią raportu (plik) oraz linku do poszczególnych badań w bazie. | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 48 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 15

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Lampy operacyjnej jezdnej – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Lampa operacyjna jezdna – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Żywotność źródeł światła > 60.000 godzin | TAK |  |
|  | Natężenie światła min. 160.000 LUX | TAK, podać |  |
|  | Regulacja natężenia oświetlenia z panelu sterowniczego umieszczonego na czaszy w zakresie 30 – 100%, w tym białe oświetlenie endoskopowe 5% | TAK |  |
|  | Średnica pola światła (regulacja elektroniczna) min. 180 – 270 mm – regulowana za pomocą panelu sterowania umieszczonego na czaszy lampy oraz za pomocą centralnego uchwytu sterującego. | TAK |  |
|  | Ilość źródeł światła w czaszy min. 9 szt | TAK |  |
|  | Możliwość wymiany modułów za pomocą dedykowanego narzędzia bez ingerencji w otwieranie  obudowy czaszy. | TAK |  |
|  | Czasza o konstrukcji „bezszybowej”, wyposażona w moduły światła ze zintegrowaną uszczelką zapobiegającą dostawaniu się do środka wilgoci oraz płynów podczas używania środków czyszczących. | TAK |  |
|  | Stopień ochrony: czasza IP 42, system ramion IP 30 | TAK |  |
|  | Głębokość oświetlenia pola operacyjnego dla Ec = 20% L1+L2, min. 1000 mm | TAK |  |
|  | Temperatura barwowa - trzystopniowa regulacja w zakresie: 3800 – 4300 – 4800 K | TAK |  |
|  | Współczynnik odwzorowania barw Ra ≥ 99 | TAK |  |
|  | Współczynnik odwzorowania barwy czerwonej R9≥ 99 | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna z 4 kołami skrętnymi o średnicy min. 75 mm – w tym dwa koła z blokadą | TAK |  |
|  | Pozycjonowanie lampy sterylizowanym uchwytem centralnym i dodatkowo 3 „brudnymi” uchwytami po bokach czaszy | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 16

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Tonometru z pachymetrem – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Tonometr z pachymetrem – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Tonometr bezkontaktowy z wbudowanym bezkontaktowym pachymetrem optycznym | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego 1~60 mmHg. Dokładność pomiaru 1 mmHg | TAK |  |
|  | Wewnętrzne źródło fiksacji | TAK |  |
|  | Pachymetr bezkontaktowy | TAK |  |
|  | Pachymetria - zakres pomiarowy min. 400-750 μm. Dokładność pomiaru 1 μm | TAK |  |
|  | Automatyczna kalkulacja ciśnienia IOP względem grubości centralnej rogówki | TAK |  |
|  | Automatyczny i manualny pomiar | TAK |  |
|  | Urządzenie z automatycznie naprowadzaną głowicą na oko pacjenta. Funkcja automatycznego naprowadzania głowicy w trzech osiach (X,Y,Z). Automatyczna zmiana badanego oka. | TAK |  |
|  | Sterowanie urządzenia za pomocą kolorowego obrotowego i uchylnego ekranu dotykowego LCD. Wielkość ekranu min. 8,5”. | TAK |  |
|  | Odchylany i obrotowy o min 180 stopni pulpit sterowania urządzeniem, zapewniający możliwość obsługi urządzenia stojącego w narożniku pomieszczenia. | TAK |  |
|  | Elektroniczny mechanizm zabezpieczający przed przypadkowym zetknięciem głowicy pomiarowej z okiem | TAK |  |
|  | System stabilizacji głowy pacjenta w postaci regulowanego elektrycznie podbródka | TAK |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna umożliwiająca wydruk dokonanych pomiarów z automatycznym odcinaniem papieru | TAK |  |
|  | Wbudowane porty komunikacji urządzenia: min. USB, RS-232C, LAN RJ-45 | TAK |  |
|  | Maksymalna waga tonometru: 20 kg | TAK |  |
|  | W komplecie stolik z elektrycznie podnoszonym blatem | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 17

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Autokeratorefraktometru – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Autokeratorefraktometr – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Urządzenie posiadające funkcje: autorefraktometru oraz keratometru | TAK |  |
|  | Urządzenie z naprowadzaną głowicą na oko pacjenta za pomocą dżojstika. Automatyczna detekcja badanego oka. | TAK |  |
|  | Sterowanie urządzenia za pomocą wbudowanego, kolorowego ekranu dotykowego LCD. Wielkość ekranu min. 8,5”. | TAK |  |
|  | Tryby wykonywania pomiaru: tryb automatyczny oraz tryb ręczny. | TAK |  |
|  | Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów, z automatycznym odcinaniem papieru. | TAK |  |
|  | Parametry autorefraktometru:   * minimalna średnica źrenicy 2 mm, * zakres pomiaru refrakcji sfery od -25D do +22D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D, * zakres pomiaru cylindra od -10D do +10D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D. * pomiar osi cylindra od 1 do 180 stopni co 1 stopień. * możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0mm, 12.00mm, 13.75mm. * rozluźnianie akomodacji badanego poprzez ruch optotypu. * funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL). | TAK |  |
|  | Pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązką w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym. | TAK |  |
|  | Parametry keratometru:   * zakres krzywizny rogówki: od 5 mm do 10 mm z krokiem 0,01mm * zakres pomiaru mocy rogówki od 67,5D do 33,75D lub większy dla n=1,3375. * zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -10D do +10D lub większy. * pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 1 do 180 stopni co 1 stopień. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru rozstawu źrenic PD: od 20mm do 85mm lub większy z krokiem 0,5mm | TAK |  |
|  | Wbudowane porty komunikacji urządzenia: min. USB, RS-232C, LAN RJ-45 | TAK |  |
|  | Maksymalna waga urządzenia: 15 kg. | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 18

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **unitu okulistycznego – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Unit okulistyczny – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Unit z blatem na dwa urządzenia i z fotelem elektrycznie podnoszonym góra-dół | TAK |  |
|  | Unit wyposażony w szufladę na kasetę dużą (min 250 szkieł) | TAK |  |
|  | Unit z możliwością montażu w wersji prawostronnej lub lewostronnej. | TAK |  |
|  | Unit wyposażony w lampę oświetlającą pomieszczenie na maszcie unitu z płynną regulacją natężenia oświetlenia z pulpitu sterowniczego unitu. | TAK |  |
|  | Unit wyposażony w diodowe oświetlenie korpusu unitu z możliwością zmiany koloru oświetlenia przez użytkownika. Wymagane minimum 3 kolory oświetlenia. | TAK |  |
|  | Fotel pacjenta nierozkładany wyposażony w podłokietniki oraz podnóżek. | TAK |  |
|  | Sterownie podnoszeniem fotela z pulpitu sterowniczego unitu.  Zakres regulacji fotela pacjenta góra-dół: od 630mm do 430mm lub większy. | TAK |  |
|  | Zasilanie unitu: 230V+/-10%, 50Hz. | TAK |  |
|  | Maksymalny pobór prądu: 850VA | TAK |  |
|  | Maksymalna waga unitu: 120 kg | TAK |  |
|  | Nośność blatu unitu pod urządzenia okulistyczne: min 40 kg. | TAK |  |
|  | Wielkość blatu unitu pod urządzenia: min 880mm x 385 mm | TAK |  |
|  | Maksymalna wysokość unitu: 2030 mm | TAK |  |
|  | Unit wyposażony w kasetę szkieł „dużą” min 250 szkieł.  Szkła w metalowej oprawie nie ograniczającej pola widzenia, oznakowanej dwoma kolorami. | TAK |  |
|  | Unit wyposażony w oprawę probierczą z możliwością zainstalowania min 4 szkieł próbnych równocześnie. Oprawa z regulacją rozstawu źrenic, regulacją długości zauszników oraz regulacja podstawy nosa. | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

**Pakiet nr 19 9Pakiet nr 19A +19B)**

##### Pakiet nr 19A

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **myjki do butów operacyjnych – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Myjka do butów operacyjnych – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Myjnia-dezynfektor do mycia i dezynfekcji obuwia operacyjnego | TAK |  |
|  | Wolnostojąca, nieprzelotowa, jednodrzwiowa z drzwiami otwieranymi w płaszczyźnie poziomej | TAK |  |
|  | Budowa i działanie zgodne z wymaganiami normy PN-EN ISO 15883/EN ISO 15883 | TAK |  |
|  | Obudowa i komora myjni wykonane ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
|  | Drzwi uchylne do dołu z elektryczną blokadą uniemożliwiającą otwarcie drzwi podczas procesu mycia | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego lub manualnego uchylenia drzwi po zakończeniu procesu mycia | TAK |  |
|  | Sterowanie i kontrola pracy urządzenia za pomocą sterownika mikroprocesorowego | TAK |  |
|  | Panel sterowania dotykowy z wyświetlaniem nazwy programu, przebiegu programu i wartości A0, temperatury, czasu i komunikatów na min. 3-liniowym wyświetlaczu tekstowym w języku polskim, wykonany w sposób higieniczny łatwy do utrzymania w czystości i możliwy do dezynfekcji (brak wystających przycisków czy pokręteł) | TAK |  |
|  | Dokumentacja i archiwizacja w pamięci wewnętrznej sterownika danych eksploatacyjnych urządzenia, tj.: zużycie wody, zużycie środków chemicznych, czas pracy urządzenia, licznik przeprowadzonych procesów, data następnego przeglądu | TAK |  |
|  | Możliwość zabezpieczenia ustawień systemowych dezynfektora poprzez kod PIN | TAK |  |
|  | Szeregowy port komunikacyjny RS 232 do podłączenia komputera lub drukarki zewnętrznej do dokumentowania procesu | TAK |  |
|  | Zewnętrzna drukarka do rejestracji parametrów pracy myjni z możliwością wydruku parametrów procesu w postaci skróconej (tylko wybrane parametry) lub pełnej | TAK |  |
|  | Min. 15 stałych programów fabrycznych mycia i dezynfekcji, w tym nie mniej niż 3 wybierane za pomocą min. 3 różnych dowolnie programowalnych przycisków dotykowych na panelu sterowania | TAK |  |
|  | Możliwość zapisania w pamięci dodatkowo min. 1 programu tworzonego przez użytkownika | TAK |  |
|  | Program dezynfekcji termicznej BGA 93°C, 10 min | TAK |  |
|  | Program dezynfekcji termicznej 90°C, 5 min. | TAK |  |
|  | Program z dezynfekcją chemiczno-termiczną | TAK |  |
|  | Program do mycia butów operacyjnych | TAK |  |
|  | Możliwość modyfikacji programów w zależności od potrzeb użytkownika | TAK |  |
|  | Możliwość programowania automatycznego startu programu | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia wody demineralizowanej dla płukania końcowego | TAK |  |
|  | Ciągłe monitorowanie parametrów procesu mycia i dezynfekcji | TAK |  |
|  | Monitorowanie temperatury w komorze przy pomocy dwóch niezależnych czujników | TAK |  |
|  | Sygnał optyczny i akustyczny po zakończeniu cyklu | TAK |  |
|  | Kontrola pracy ramion natryskowych w myjni poprzez pomiar ich częstotliwości obrotów (ustawiona graniczna liczba obrotów powodująca wykazanie błędu o zmniejszeniu skuteczności natrysku wody) | TAK |  |
|  | Wydajna pompa obiegowa do natrysku wody w ramiona natryskowe w myjni i dysze lub ramiona natryskowe w wózkach wsadowych, o wydajności min. 480 l/min., z wbudowanym przepływowym systemem podgrzewania wody | TAK |  |
|  | Grzałki poza komorą mycia | TAK |  |
|  | Monitorowanie ciśnienia natrysku wody w ramionach natryskowych | TAK |  |
|  | Kontrola pobieranej ilości wody przy pomocy przepływomierzy | TAK |  |
|  | Wbudowany kondensator oparów (brak konieczności podłączenia myjni do instalacja wentylacyjnej) | TAK |  |
|  | Wbudowane minimum 2 pompy dozujące płynne środki chemiczne | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia dodatkowej 1 zewnętrznej pompy dozującej do płynnych środków chemicznych | TAK |  |
|  | Kontrola ilości dozowanych środków chemicznych oraz ich poziomu w zbiornikach, z możliwością nastawy stężenia dozowania w % bezpośrednio z panelu sterowania | TAK |  |
|  | Wbudowany zmiękczacz wody ciepłej (max.65°C) i zimnej z automatyczną regeneracją złoża podczas procesu w myjni (nie wymagany oddzielny program regeneracyjny), z dozownikiem soli w drzwiach (pojemność min. 2kg) lub inne rozwiązania, z sygnalizacją braku soli i z możliwością ustawienia stopnia twardości wody zmiękczonej (w zakresie min. 1-70 °dH). | TAK |  |
|  | Efektywny poczwórny system filtrowania roztworu myjącego (opisać) | TAK |  |
|  | Przyłącza wodne: woda zimna, ciepła, demineralizowana (podać DN, wymagane ciśnienie) | TAK |  |
|  | Zasilanie elektryczne – 400V; 50Hz, Moc nie większa niż 9,5kW | TAK |  |
|  | Wymiary komory mycia: min. 530x490x530 mm (sxgxw) | TAK |  |
|  | Maksymalne wymiary zewnętrzne urządzenia: 600x600x850mm (szer. x głęb. x wys.) | TAK |  |
|  | Wózek wsadowy z wkładem do mycia obuwia operacyjnego | TAK |  |
|  | Pojemność min. 20szt. butów | TAK |  |
|  | Wykonany ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Pakiet startowy (płynny środek myjący 5l + środek neutralizujący 5l, sól do zmiękczacza) | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 19B

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa materiałów eksploatacyjnych do **myjki do butów operacyjnych** opisanego w załączniku nr 19a :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. |
|  | **Materiały eksploatacyjne do myjki do butów operacyjnych opisanego w załączniku 1a SIWZ (24 miesiące)** | **1/KPL** |
|  | Detergent środek myjący zalecany przez producenta myjni, opakowanie 5L | 30/ op |
|  | Środek dezynfekujący zalecany przez producenta myjni, opakowanie 5L | 60 /op |
|  | Środek neutralizujący zalecany przez producenta myjni, opakowanie 5L | 30 /op |
|  | **Inne** | |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do używania na terenie RP (atesty, certyfikaty) zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych przy pierwszej dostawie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Zestawienie warunków granicznych gwarancji / terminów ważności – dla materiałów eksploatacyjnych | **Podać** |
| 1. | Minimalny termin ważności | 12 miesięcy |
| 2. | Czas zgłoszenia dostawcy niezgodności ilościowych w partii dostarczonego towaru od dnia otwarcia opakowania | Max 10 dni |
| 3. | czas jaki będzie posiadał dostawca na wymianę partii towaru niezgodnej pod względem ilościowym  z zamówieniem złożonym przez kupującego | Max 48 godzin |
| 4. | Koszt transportu po stronie wykonawcy– z i do siedziby kupującego partii towaru podlegającej wymianie | TAK |

##### Pakiet nr 20

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **USG do linii tętniczych– 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **USG do linii tętniczych – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Przenośny aparat USG z torbą/walizką dedykowaną do transportu, z kolorowym Dopplerem, o cyfrowym układzie formowania wiązki ultradźwiękowej, o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii | TAK |  |
|  | Maksymalna waga jednostki głównej max. 2,1 kg | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe i bateryjne. Bateria w zestawie | TAK |  |
|  | Min. 4 porty do podłączenia głowic bez konieczności posiadania stacji dokującej i innych urządzeń preferencyjnych | TAK |  |
|  | Dotykowy ekran o wysokiej rozdzielczości, przekątna ekranu min. 14,1 cali, responsywny i płynny w użyciu. Rozdzielczość min. 1900 x 1080 | TAK |  |
|  | Regulacja kąta pochylenia ekranu | TAK |  |
|  | Czas włączenia maksymalnie 25 s. | TAK |  |
|  | Min. 180 min ciągłych badań na wbudowanej baterii zasilającej system. | TAK |  |
|  | Dedykowany wózek z 4 skrętnymi kołami z możliwością zamocowania konsoli USG | TAK |  |
|  | Możliwość powiększenia obrazu diagnostycznego do pełnego ekranu | TAK |  |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** | TAK |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.  Duplex mode: B+CFM, B+CPA, B+DPD, B/M  Triplex mode: B+CFM+PW, B+CPA+PW, B+DPD+PW, CW | TAK |  |
|  | Liczba klatek na sekundę w obrazowaniu B minimum 128 FPS | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera kolorów minimum 0.92-5.09m / s | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy, | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (przy zerowym kącie bramki) min 15m/s | TAK |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej w zakresie min. 1,0 mm do 8,0 mm, | TAK |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej w zakresie min. +/- 20 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej w zakresie min. +/- 70 stopni | TAK |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |
|  | Obrazowanie rombowe na głowicach liniowych (2D steer) | TAK |  |
|  | Obrazowanie B / B+CD w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
|  | Zasięgowa regulacja wzmocnienia (TGC lub STC) min. w 8 strefach | TAK |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** | TAK |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych z dyskiem twardym min. 128 GB, | TAK |  |
|  | Wbudowane wyjścia USB 2.0 min 2, wi-fi, bluetooth | TAK |  |
|  | **Funkcje użytkowe** | TAK |  |
|  | Oprogramowanie wspomagające wizualizację igły | TAK |  |
|  | Raporty z badań | TAK |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Pediatrycznych, * Małych narządów, * Naczyniowych, * Brzusznych, * Mięśniowo-szkieletowych, * Położniczych   Ginekologicznych | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar kompleksu Intima Media | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru języka polskiego, zmiana języka w systemie bez potrzeby restartowania aparatu | TAK |  |
|  | **Głowica Liniowa** | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 4,5 – 13,0 MHz, | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 128, | TAK |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. 43,5 mm, | TAK |  |
|  | **Głowica Convex** | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,8 – 6,8 MHz, | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 96, | TAK |  |
|  | Kąt skanowania min. 63o, | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt i głowice [miesiące] | **min. 36 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 21

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Aparatu USG (pulmonologia) – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Aparat USG (pulmonologia) – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |
|  | Przetwornik cyfrowy min. 12-bitowy | TAK |  |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej | TAK |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania Min. 4 000 000 | TAK |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych Min. 4 | TAK |  |
|  | Dynamika systemu Min. 290 dB | TAK |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu przekątna ekranu min. 21 cali | TAK |  |
|  | Konsola aparatu z kubeczkami na głowice po obydwu stronach ruchoma w dwóch płaszczyznach:  góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę przekątna min. 10 cali | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. od 2 MHz do 20 MHz. | TAK |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) min. 72 000 obrazów | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop) | TAK |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | TAK |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 700 s | TAK |  |
|  | Regulacja głębokości pola obrazowania min. 1 - 40 cm | TAK |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 70 | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy | TAK |  |
|  | **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 |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B min. 3500 obrazów/s | TAK |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) min. 600 obrazów/s | TAK |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu TDI min. 1400 obrazów/s | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 10 pasm częstotliwości | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego min. 0,05 - 20 kHz | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania) | TAK |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)  (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 15,0 m/s | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera pulsacyjnego min.0,05 do 38 kHz | TAK |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej min. 0,5 mm do 20 mm | TAK |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej min. +/- 30 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej min. +/- 80 stopni | TAK |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie min. +/- 80 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania dwóch spectrów przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich (tzw.dual doppler) możliwe kombinacje: PW/PW, PW/TDI, TDI/TDI | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy działające na sondach Convex i Liniowej | TAK |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicy kardiologicznych Phased Array min.: +/- 19 m/s  (przy zerowym kącie bramki) | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicach Convex i Liniowej | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego min. 1,5 - 40 kHz | TAK |  |
|  | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” min. 8 | TAK |  |
|  | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach | TAK |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe współpracujące jednocześnie z obrazowaniem typu „Compound” | TAK |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze  min. 15 map | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** | | |
|  | Wewnętrzny dysk do przechowywania danych systemowych SSD o pojemności min. 128 GB | TAK |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje) z dyskiem HDD o pojemności min. 500 GB | TAK |  |
|  | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | TAK |  |
|  | 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 |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowym 100 Mbps w celu wysyłania danych tzw. folder sieciowy (network folder) | TAK |  |
|  | Wewnętrzny wbudowany akumulator pozwalający na 60 minut pracy bez dostępu do źródła zasilania | TAK |  |
|  | **Funkcje użytkowe** | | |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. x40 | TAK |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu min. x20 | TAK |  |
|  | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie min. 10 | TAK |  |
|  | Przełączanie głowic z klawiatury. Możliwość przypisania głowic do poszczególnych presetów | TAK |  |
|  | Podświetlany pulpit sterowniczy w min. 2 kolorach | TAK |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Brzusznych * Ginekologiczno-położniczych * Małych narządów * Naczyniowych * Śródoperacyjnych * Mięśniowo-szkieletowych * Ortopedycznych * Kardiologicznych * Pediatrycznych | TAK |  |
|  | **Głowice ultrasonograficzne** | | |
|  | **Głowica Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 5,0 MHz. | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 600 | TAK |  |
|  | Kąt skanowania min. 70 st. | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 8 pasm częstotliwości | TAK |  |
|  | **Głowica Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 2,0 – 12,0 MHz | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 600 | TAK |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. 40 mm | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 6 pasm częstotliwości | TAK |  |
|  | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |
|  | **Głowica kardiologiczna Phased Array, Single Crystal,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy | TAK, podać typ |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 5,0 MHz. | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 120 | TAK |  |
|  | Kąt skanowania min. 90 st. | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** | | |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę Rectalną dwupłaszczyznową z centralnym kanałem biopsyjnym, w układzie Convex/Convex min. 3,0-10,0 MHz, min. 190 elementów, kąt skanowania min. 190 stopni dla każdej płaszczyzny, promień max. R10 mm | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o liniową sondę śródoperacyjną laparoskopową typu giętkiego o szerokości pola skanowania max. 36 mm | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o elektroniczną głowicę proktologiczną, radialną o kącie obrazowania 360 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pomiar prędkości propagacji fal Shear Wave wraz z jednoczesnym pomiarem atenuacji (tłumienia), pomiary z automatycznym wskaźnikiem poprawności wykonania badania, wyniki pomiarów dostępne w m/s i kPa | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o automatyczne pomiary biometryczne min.: BPD, HC, AC, FL oraz automatyczny pomiar NT | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie panoramiczne min.190cm | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt i głowice [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 22

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Cystoskopu sztywnego – 5 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Cystoskop sztywny – 5 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Optyka cystoskopowa oparta na systemie soczewek wałeczkowych, kąt patrzenia 30°, śr. 4 mm, dł. 30 cm, autoklawowalna. Optyka opatrzona słowną informacją potwierdzającą autoklawowalność oraz nadrukowanym kodem DATA MATRIX z zakodowanym min. numerem katalogowym i numerem seryjnym optyki. Nadrukowane na obudowie optyki oznaczenie w postaci graficznej średnicy kompatybilnego światłowodu. | TAK |  |
|  | Światłowód, śr. 3,5 mm, dł. min. 230 cm | TAK |  |
|  | Płaszcz cysto - uretroskopowy, rozmiar płaszcza 17 Fr., długość robocza 22 cm, boczne przyłącza napływ / odpływ wyposażone w mocowanie LUER-Lock, przyłącza wyposażone w 2 rozbieralne metalowe kraniki, płaszcz wyposażony w obrotowe mocowanie mostka optyki, w zestawie obturator | TAK |  |
|  | Płaszcz cysto - uretroskopowy, rozmiar płaszcza 19 Fr., długość robocza 22 cm, boczne przyłącza napływ / odpływ wyposażone w mocowanie LUER-Lock, przyłącza wyposażone w 2 rozbieralne metalowe kraniki, płaszcz wyposażony w obrotowe mocowanie mostka optyki, w zestawie obturator | TAK |  |
|  | Łącznik cystoskop-optyka, z jednym zamykanym kanałem instrumentowym | TAK |  |
|  | Kleszcze giętkie, do usuwania ciał obcych, obie bransze ruchome, 5 Fr., dł. 40 cm | TAK |  |
|  | Kleszcze giętkie, biopsyjne, obie bransze ruchome, 5 Fr., dł. 40 cm | TAK |  |
|  | Kosz metalowy do przechowywania, mycia i sterylizacji zestawu posiadający pokrywę oraz matę sylikonową. Wymiary zewnętrzne min [szer. x gł. x wys.] -min. 480 x 250 x 66 mm – 5 sztuk | TAK |  |
|  | Adapter do połączenia światłowodu Karl Storz ze źródłem światła Olympus – 5 szt | TAK |  |
|  | Oferowane elementy kompatybilne z narzędziami urologicznymi posiadanymi przez zamawiającego firmy Karl Storz | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 23

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Cystoskopu giętkiego – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Cystoskop giętki – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Cyfrowy, wielorazowy cystoskop giętki | TAK |  |
|  | Długość robocza min. 380 mm | TAK |  |
|  | Maksymalna średnica zewnętrzna części roboczej Ø 5,7 mm | TAK |  |
|  | Maksymalna średnica zewnętrzna części dystalnej Ø 5,7 mm | TAK |  |
|  | Średnica kanału roboczego min. Ø 2,2 mm | TAK |  |
|  | Pole widzenia min. 110° | TAK |  |
|  | Głębia ostrości min. 3-50 mm | TAK |  |
|  | Wygięcie części dystalnej min 210° góra i 180° dół | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji gazowej i plazmowej | TAK |  |
|  | Zestaw zaworów i uszczelek niezbędnych do prawidłowej pracy urządzenia | TAK |  |
|  | Kleszcze – 2 szt. | TAK |  |
|  | Tester szczelności | TAK |  |
|  | Jednorazowy, sterylny płaszcz dostępu moczowodowego, do litotrypsji, zmniejszający ciśnienie wewnątrz układu moczowego, poprawiający pole widzenia, przyspieszający usuwanie złogów kamiczych, z systemem ciągłego odsysania, z kanałem wewnętrznym, o średnicy 9,5f, długości 46cm.  Płaszcz w zestawie z obturatorem/ mandrynem dokanałowym, o rozmiarze średnicy wewnętrznej. Płaszcz i mandryn hydrofilne. Płaszcz wyposażony w ukośny port boczny do podpięcia ssania zewnętrznego, z otworem do ręcznej, płynnej regulacji odsysania. Na górze płaszcza czerwony znacznik w kształcie oringu, wskazujący miejsce wycofania endoskopu podczas usuwania większych fragmentów złogów kamiczych. Końcówka dystalna płaszcza giętka, „współpracująca” z końcówką dystalną endoskopu giętkiego podczas pracy. Wzdłuż części roboczej płaszcza podziałka centymetrowa. Na górze płaszcza zdejmowana uszczelka silikonowa z otworem do wprowadzenia endoskopu. | TAK |  |
|  | Jednorazowy sterylny pojemnik do zbierania złogów podczas litotrypsji. Zbiornik o pojemności 140ml. Wewnątrz pojemnika przegroda mająca przegroda mająca na celu odseparowanie zebranych złogów. Na jednym z króćców pokrywy zbiornika zawór umożliwiający zamknięcie przepływu – 2 sztuki | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące]  Wykonywanie przeglądów okresowych oraz napraw w pełnym zakresie przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta. | **min. 24 miesiące** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

##### Pakiet nr 24

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Aparatu USG z oprogramowaniem do biopsji fuzyjnej – 1 kpl** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Producent :…………………………………………………………………………**

**Typ urządzenia :……………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia :…………………………………………………………………**

**Rok produkcji 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Aparat USG z oprogramowaniem do biopsji fuzyjnej – 1 kpl** | | |
|  | **Wymagania ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Waga aparatu bez głowic max 75 kg | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min 2,0-18,0 MHz | TAK |  |
|  | Dynamika systemu min 185 dB | TAK |  |
|  | Ilość niezależnych gniazd w aparacie min 4 | TAK |  |
|  | Monitor o orientacji pionowej i przekątnej min 18 cali | TAK |  |
|  | Możliwość obracania monitora praw/lewo min 170 stopni | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości panelu sterowania min 25 cm | TAK |  |
|  | Panel sterowania wykonany z silikonu zapewniający szczelność i ułatwiający czyszczenie i dezynfekcję | TAK |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania opisów z podświetlanymi klawiszami funkcyjnymi | TAK |  |
|  | Wewnętrzna archiwizacja badania w aparacie o dysku min 450 GB.  Możliwość zgrania obrazów badania na pamięć zewnętrzną typu pen . | TAK |  |
|  | Długość filmu CINE LOOP min 28 s | TAK |  |
|  | Głębokość skanowania min 0,5 cm – 28 cm | TAK |  |
|  | Tryby pracy: 2D (B mode), M mode, Doppler Pulsacyjny, Doppler Kolorowy; Power Doppler, Duplex; Triplex, obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
|  | Min 8 stopniowa regulacja wzmocnienia TGC | TAK |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe dla:  - urologii | TAK |  |
|  | Zakres mierzonej prędkości przepływu w Dopplerze Kolorowym  min 0,2 cm/s – 490 cm/s | TAK |  |
|  | Mierzona prędkość przepływu w Dopplerze Pulsacyjnym  min 0,2 cm/s - 800 cm/s | TAK |  |
|  | Szerokość bramki Dopplera pulsacyjnego min 1-20 mm | TAK |  |
|  | Videoprinter czarno – biały | TAK |  |
|  | **GŁOWICE** | | |
|  | **Głowica typu convex** o częstotliwości pracy min 2,5 - 6,0 MHz | TAK |  |
|  | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min 180 | TAK |  |
|  | Przycisk na głowicy umożliwiający uruchomienie głowicy, zamrożenie i aktywację obrazu (rozwiązanie 1) lub przełącznik nożny o tożsamych właściwościach (rozwiązanie 2) | TAK |  |
|  | Przystawka biopsyjna o regulowanej średnicy na biopsje cienko i grubo igłowe w zakresie min. 0,6-2,1 mm, metalowa, wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji – 2 szt | TAK |  |
|  | **Głowica rektalna** dwupłaszczyznowa do badań urologicznych oraz innych procedur przez kroczowych typu convex-linia o częstotliwości pracy min 6,0 - 12,0 MHz – 1 szt | TAK |  |
|  | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min 300 | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania biopsji oraz innych procedur przez kroczowych, w tym brachyterapii | TAK |  |
|  | Dwa przyciski na głowicy odpowiedzialne za przełączanie płaszczyzn prostaty oraz aktywację i mrożenie obrazu (rozwiązanie 1), lub przełącznik nożny o tożsamych właściwościach (rozwiązanie 2) | TAK |  |
|  | Długość czoła płaszczyzny liniowej min 60 mm | TAK |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie prostaty w przekroju podłużnym i poprzecznym convex - linia | TAK |  |
|  | **SYSTEM FUZJI OBRAZÓW MRI/USG** | | |
|  | System fuzji obrazów MRI/USG w wersji przezkroczowej składający się z oprogramowania, steppera oraz stabilizatora głowicy rektalnej | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do fuzji obrazów MRI/USG zintegrowane i w pełni kompatybilne z ultrasonografem posiadanym przez zamawiającego | TAK |  |
|  | Obsługa urządzenia poprzez panel USG | TAK |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające wykonanie biopsji w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające dopasowanie obrysu organu w trakcie biopsji | TAK |  |
|  | Możliwość weryfikacji dokonanych konturów względem obrazów MRI oraz możliwość dopasowania obrazów MRI do konturów | TAK |  |
|  | Możliwość wygenerowania raportu w formacie PDF zawierającego między innymi informacje o ilości pobranych próbek, miejsc z których zostały pobrane zarówno w formie opisowej, graficznej oraz zdjęć usg | TAK |  |
|  | Automatyczna rekonstrukcja obrazu 3D prostaty | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o system umożliwiający fuzję obrazów w wersji przezodbytniczej MRI z obrazami ultrasonograficznymi | TAK |  |
|  | **MOŻLIWOŚĆ ROZBUDOWY** | | |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o moduł obrazowania kontrastowego | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o moduł elastografii tkanek | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | | |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Integracja aparatu z wewnętrznym systemem szpitalnym posiadającym przez zamawiającego | TAK |  |

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -ZESTAWIENIE WARUNKÓW GRANICZNYCH GWARANCJI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **WARUNEK OFEROWANY** |
| 1. **OKRES GWARANCJI** | |  |  |
|  | Okres pełnej bezpłatnej gwarancji na sprzęt [miesiące] | **min. 36 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracę na oferowanym urządzeniu (godziny) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy/ przeglądu technicznego w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe. | **TAK** |  |
|  | Koszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | **TAK** |  |
|  | | |  |
| 1. **SERWIS POGWARANCYJNY** | | |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty podpisania protokołu odbioru technicznego [w latach ]. | **min. 7 lat** | PODAĆ ILE |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie | **min. 6 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |
| 1. **SZKOLENIA** | | |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w ramach zakupu sprzętu, potwierdzone listą obecności ze szkolenia | **TAK** |  |
|  | Inne |  | PODAĆ JEŚLI WYSTĘPUJĄ |

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

(podpis, pieczęć imienna umocowanego przedstawiciela Oferenta)

**Załącznik nr 2 do SWZ - Formularz ofertowy**

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców przypadku oferty wspólnej:

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

Adres: ………………………………….……….……….………………………………………….

NIP……………………………………………..REGON………………………….……….…….

Tel. ….……….……………..……………………………………………………………………….

Adres skrzynki ePUAP ……………………………………………………………………………..

e-mail: ………………………………………………………………………………………………

Osoba do kontaktów : .....................................................………………………………………………..

Przystępując do postępowania na **dostawę sprzętu medycznego IV**

o numerze referencyjnym 62/ZP/2024, oferujemy :

**1**

* + - 1. 1. Oferujemy wykonanie zamówienia publicznego zgodnie z wymogami, warunkami i terminami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia za łączną cenę:

**INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA**

1. Wykonawca winien określić, dla poszczególnych pozycji ofertowych, ceny jednostkowe netto oraz stawkę procentową VAT, a następnie obliczyć dla poszczególnych pozycji ofertowych wartość netto przez przemnożenie ceny jednostkowej netto przez ilość/j.m oraz dla poszczególnych pozycji ofertowych wartość brutto przez przemnożenie wartości netto danej pozycji przez stawkę procentową VAT (uzyskany iloczyn dodać do wartości netto danej pozycji). Suma wartości (odpowiednio: netto /brutto) poszczególnych pozycji ofertowych z kolumn (odpowiednio: wartość netto / wartość brutto) stanowić będzie wartość (netto, brutto) dla pozycji RAZEM. Wszystkie wartości, Wykonawca zobowiązany jest kalkulować i wpisywać w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.

2. Wykonawca powinien wycenić wszystkie pozycje wchodzące w skład poszczególnych pakietów (części zamówienia) – pod rygorem odrzucenia oferty.

3. Zamawiający za część zamówienia rozumie pakiet, tak więc, nie zobowiązuje wykonawców do sumowania cen za części zamówienia bowiem dopuszcza możliwość złożenia oferty w każdym pakiecie (części) wybranym przez wykonawcę.

4. W przypadku, gdy Wykonawca składa ofertę tylko w niektórych pakietach, wypełnia, zgodnie z instrukcją, jedynie tabele dla pakietów, których dotyczy oferta. Natomiast w tabelach dotyczących pakietów, w których Wykonawca oferty nie składa, może pominąć (w ogóle nie zamieszczać) tych tabeli w złożonej ofercie albo wpisać po nazwie pakietu nad tabelą: „nie dotyczy” lub przekreślić te tabele. Jednakże, jeżeli Wykonawca pozostawi w OPISIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZU CENOWYM, niewypełnione tabele dla pakietów, w których oferty nie składa, czyli nie zamieści w odpowiednich miejscach sformułowania: „nie dotyczy” lub nie dokona przekreślenia, nie wywoła to żadnych skutków negatywnych dla Wykonawcy (np. odrzucenia oferty), gdyż zapisy te będą bezprzedmiotowe – Zamawiający będzie rozumiał, że Wykonawca w tym pakiecie nie składa oferty.

5. Wykonawca ma obowiązek wypełnić w tabeli – kolumnę: „Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta” dla każdej pozycji pakietu, w którym składa ofertę poprzez podanie odpowiednio nazwy handlowej, nazwy producenta, numeru katalogowego producenta; w przypadku, gdy przedmiot zamówienia oznaczony jest jedynie jedną z wymaganych informacji wykonawca podaję tę informację.

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | **oprogramowanie do celów kardiologicznych w rezonansie magnetycznym** *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 1 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Aparat USG (zakaźny)*zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 2 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Wideogastroskop *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 3 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 36 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Wideokolonoskop *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 4 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 36 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Laser operacyjny urologiczny *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 5 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 36 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 6

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Zestaw do PCNL do operacji kamicy nerkowej *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 6 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 7

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Cystoskop giętki *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 7 do SWZ.* | 2/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 8

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Resektoskop sztywny *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 8 do SWZ.* | 2/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 9

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Cystoskop sztywny diagnostyczny z oprzyrządowaniem *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 9 do SWZ.* | 2/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 10

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Cystonefroskop *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 10 do SWZ.* | 2/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 11

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Ureterorenoskop giętki *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 11 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 12

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Echokardiograf *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 12 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 48 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 13

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | System elektrofizjologiczny *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 13 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 14

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Angio OCT *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 14 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 48 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 15

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Lampa operacyjna jezdna *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 15 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 16

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Tonometr z pachymetrem *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 16 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 17

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Autokreatorefraktometr *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 17 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 18

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Unit okulistyczny *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 18 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 19

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Myjka do butów operacyjnych *zgodnie z opisem pakietu 19A w załączniku nr 1 do SWZ..* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Materiały eksploatacyjne do myjki do butów operacyjnych opisanego w załączniku 1 pakiet nr 19A (24 miesiące) | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2a. | Detergent środek myjący zalecany przez producenta myjni, opakowanie 5L | 30/ op. |  |  |  |  |  |
| 2b. | Środek dezynfekujący zalecany przez producenta myjni, opakowanie 5L | 60/ op. |  |  |  |  |  |
| 2c. | Środek neutralizujący zalecany przez producenta myjni, opakowanie 5L | 30/ op. |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

- termin ważności na materiały eksploatacyjne - zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie

Pakiet nr 20

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | USG do linii tętniczych *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 20 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 36 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 21

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Aparat USG (pulmonologia) *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 21 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 22

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Cystoskop sztywny *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 22 do SWZ.* | 5/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 23

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Cystoskop giętki *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 23 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 24 miesięcy) \*element punktowany oferty

Pakiet nr 24

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Szczegółowa nazwa przedmiotu zamówienia  (charakterystyka, wymiary itp.) | Ilość / j.m. | Kwota netto  za j.m. | Wartość netto | Stawka VAT/wartość VAT\*\*\* | Wartość brutto | Nazwa handlowa, nazwa producenta, nr katalogowy producenta |
| 1. | Aparat USG z oprogramowaniem do biopsji *zgodnie z opisem pakietu w załączniku nr 1 pakiet nr 24 do SWZ.* | 1/kpl |  |  |  |  |  |
| 2. | Razem (zsumowane wartości netto i brutto) |  |  |  |  |  |  |

Wartość netto .................................... zł, słownie: ..............................................................................................;

Wartość brutto .....................................zł , słownie: ...........................................................................................;

**Równocześnie, deklarujemy, że**

- termin pełnej bezpłatnej gwarancji na aparat - (zgodnie z postanowieniami załącznika nr 1 w tym zakresie) wynosi …………………………………………..…miesięcy (co najmniej 36 miesięcy) \*element punktowany oferty

\* Wartość powinna być podana w formacie z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\* Podatek VAT powinien zostać wyliczony zgodnie z obowiązującymi w dniu składania ofert przepisami prawa, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

\*\*\* w przypadku różnej stawki VAT na oferowany asortyment, Wykonawca wpisuje wartość VAT-u należnego

**2**

Oświadczamy, że :

1. cena ostateczna oferty (z podatkiem VAT) podana w ust. 1 jest ceną faktyczną na dzień składania oferty.
2. cena jednostkowa netto podana w powyższej tabeli nie będzie zmieniana w toku realizacji zamówienia z wyjątkiem sytuacji zmian przepisów prawa w tym zakresie.
3. zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia oraz jej załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń;
4. zawarty w specyfikacji warunków zamówienia wzór umowy akceptujemy bez zastrzeżeń i w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;
5. akceptujemy wskazany w specyfikacji warunków zamówienia czas związania ofertą;
6. firma nasza spełnia wszystkie warunki określone w specyfikacji warunków zamówienia;
7. zaoferowany przedmiot zamówienia wprowadzony jest do obrotu i do używania na terenie RP zgodnie z obowiązującymi wymogami wynikającymi z ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 974 ze zm.) jak i z innymi powszechnie obowiązującymi przepisami (w tym rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG), w tym posiadają deklarację zgodności z wymaganiami wspólnoty europejskiej lub inne dokumenty zgodne z wymaganiami wspólnoty europejskiej wydane przez jednostkę notyfikowaną, jest oznakowany znakiem CE oraz jest dopuszczony do obrotu i stosowania w podmiotach leczniczych zgodnie ze wskazanymi powyżej przepisami;
8. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
9. wyrażamy zgodę na zasady i termin płatności określony we wzorze umowy.
10. \*że przedmiot zamówienia zrealizujemy z udziałem podwykonawcy, **a który nie jest podmiotem, na**

|  |  |
| --- | --- |
| **którego zdolnościach lub sytuacji polegamy** | i wskazujemy części |
| zamówienia powierzone do wykonania | przez podwykonawcę oraz nazwy firm podwykonawców: |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p | Części oraz przedmiot zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawców | **Nazwa firm podwykonawców oraz dane kontaktowe (o ile są znani w momencie składania oferty)** |
|  |  |  |

**11.** \***Oświadczamy**, że **polegamy** na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 118 ust. 1 ustawy Pzp w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu w następującym zakresie:............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Uwaga:** Zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzebyrealizacji zamówienia należy przedstawić **w oryginale**.

**12.** \*\***Oświadczamy**, że wybór oferty **prowadzi** do powstania u zamawiającego obowiązkupodatkowego :a) \*nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku

podatkowego:.........................................................

b)\* wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:..................................

**13.** Oświadczamy, że niniejsza oferta: **zawiera** na stronach od .............. do............. informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji .

**14.** oświadczamy, że do kontaktów z zamawiającym w zakresie związanym z niniejszym zamówieniem upoważniamy następujące osoby:

….............................................................................. **e-mail**…………………………..

….............................................................................. **faks.** …………………………..

15. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny ifaktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

16. Oświadczam, 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.

17. Oświadczamy, że wszystkie strony naszej oferty łącznie z załącznikami są ponumerowane i cała oferta składa się z …......... stron.

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

(podpis, pieczęć imienna umocowanego przedstawiciela Oferenta)

\*wypełnić w przypadku zgłoszenia podmiotu na których zasobów lub sytuację powołuje się Wykonawca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gdy wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego , |  |
| \*\* |  |
| wykonawca zobligowany jest do wypełnienia pozycji a i b pkt 12. | |  |

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Nazwa (firma) i adres wykonawcy: .........................................................................................................

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**dostawa sprzętu medycznego IV”** oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy,

**- są aktualne.**

*………………………………………………………..*

*podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**UMOWA Nr …………….. / ZP / 2024**

zawarta w dniu ………………………………………………………….. w Krakowie pomiędzy:

5 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie z adresem przy ul. Wrocławskiej 1 – 3, 30 – 901 Kraków, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Krakowa – Śródmieście Wydział XI Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000032272, REGON: 351506868, NIP: 677-20-81-964, zwanym dalej **Kupującym**, reprezentowanym przez:

- płk mgr Ireneusza Makulskiego – Komendanta Szpitala,

a

………………………………………………………………………………………………………………………….. zwanym dalej **Sprzedającym**, reprezentowanym przez ...............................................................................................................................................................................................

W wyniku przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, a także wyborem oferty Sprzedającego jako najkorzystniejszej, Strony postanowiły, co następuje:

**§ 1**

* + - 1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest **dostawa sprzętu medycznego IV** na warunkach określonych w załączniku nr 1 – Pakiet nr …………….
      2. Zamówienie jest współfinansowane z dotacji celowej MON **(nie dotyczy materiałów eksploatacyjnych)**

**§ 2**

1. Całkowita wartość Umowy określonej w § 1 – według załącznika – opiewa na kwotę:

……………….………………..

………………………………………………

1. Wynagrodzenie brutto wszelkie koszty związane z przedmiotem oferty w tym montaż, koszt skonfigurowania aparatu do pracy z systemami funkcjonującymi u Kupującego, zakładany zysk, należne podatki, koszt ubezpieczenia obowiązkowego, ewentualne upusty i inne, jeśli występują, a także koszty szkolenia.
2. Przedmiot Umowy, Sprzedający zobowiązany jest dostarczyć w opakowaniach producenta, opłata za opakowania wliczona jest w cenę.

**§ 3**

1. Cena wymieniona w § 2 ust. 1 Umowy płatna będzie w złotych polskich.
2. Płatność za zrealizowaną dostawę nastąpi:

- w terminie do 60 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury, opisanej numerem umowy, której podstawą wystawienia stanowić będzie podpisany przez obie strony protokół (bezusterkowy) odbioru technicznego.

**3**. Kupujący informuje, że Sprzedający, zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno- prywatnym (Dz.U. z 2020 r. poz. 1666 ze zm.) ma możliwość przesyłania ustrukturyzowanych faktur elektronicznych drogą elektroniczną za pośrednictwem Platformy Elektronicznego Fakturowania. Zamawiający posiada konto na platformie nr PEPPOL: NIP 6772081964. Jednocześnie Kupujący informuję, że nie dopuszcza wysyłania i odbierania za pośrednictwem platformy innych ustrukturyzowanych dokumentów elektronicznych z wyjątkiem faktur korygujących.

1. Wraz z Przedmiotem Umowy, Sprzedający dostarczy instrukcje obsługi w  języku polskim i opis techniczny w języku polskim, karty gwarancyjne i inne dokumenty służące do wykonania przez Zamawiającego świadczeń gwarancyjnych, jak i dokumenty wskazane w załączniku nr 1 do SWZ.
2. Płatność, o której mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu zostanie dokonana przelewem na rachunek Sprzedającego wskazany na fakturze.
3. Za termin zapłaty Strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Kupującego.Płatność zostanie dokonana na następujący numer rachunku bankowego : ………………………………………………………………………….
4. W przypadku opóźnienia Kupującego z zapłatą należności wynikających z umowy sprzedający zobowiązany będzie przed ewentualnym skierowaniem sprawy o zapłatę na drogę postępowania sądowego wezwać Kupującego do zapłaty na piśmie zakreślając mu dodatkowy 14-dniowy termin do zapłaty liczony od dnia dostarczenia wezwania.

**§ 4**

1. Zamówienie będzie realizowane w okresie **maksymalnym do dnia 29.11.2024 roku** od dnia podpisania umowy**, z zastrzeżeniem, że w zakresie dostawy materiałów eksploatacyjnych w pakiecie nr 19 (pakiet nr 19B), zamówienie realizowane będzie przez okres odpowiednio 24 miesięcy od dnia podpisania umowy -** realizowane z uwzględnieniem bieżących potrzeb Kupującego, na podstawie pisemnego zamówienia (e-mail), złożonego przez uprawnionego pracownika Kupującego **w terminie 10 dni** od dnia złożenia zamówienia. W zakresie materiałów eksploatacyjnych, ilości poszczególnych rodzajów towaru w opisie przedmiotu zamówienia mają charakter szacunkowy i orientacyjny. Kupujący zastrzega sobie możliwość zmiany przyjętych w umowie ilości, stosownie do swoich potrzeb. Niewykorzystanie materiałów eksploatacyjnych przez Kupującego do 50% łącznej wartości nie wymaga podania przyczyn i nie stanowi podstawy jego odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
2. Sprzedający zapewni szkolenie personelu Kupującego zgodnie z zapisami opisu przedmiotu zamówienia **(stanowiący załącznik i integralną część umowy)** w tym zakresie, przy czym realizacja szkoleń nie wchodzi w zakres oceny terminowości realizacji zamówienia
3. Sprzedający zobowiązany jest do powiadomienia Kupującego, pocztą elektroniczną lub faxem, o terminie realizacji dostawy Przedmiotu Umowy na minimum 3 (trzy) dni robocze przed planowaną realizacją dostawy. W ślad za tym Strony uzgodnią konkretny termin dostawy (dzień i godzina). Brak uzgodnienia terminu dostawy z Kupującym może stanowić podstawę do odmowy jej przyjęcia.
4. Dostawa Przedmiotu Umowy nastąpi jednorazowo do siedziby Kupującego – 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie,  ul. Wrocławska 1 – 3, 30 – 901 Kraków.

**§ 5**

1. Sprzedający oświadcza, że Przedmiot Umowy jest fabrycznie nowy, kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, zapewnia bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu, a także wymagany poziom świadczonych usług.

2. Sprzedający zobowiązuje się do dostarczenia wszelkich kodów źródłowych oraz dokumentacji serwisowej i/lub oprogramowania serwisowego, zapewniające podstawową diagnostykę urządzenia, regulację oraz kalibrację urządzenia po zakończeniu gwarancji podstawowej na każde żądanie Kupującego.

**§ 6**

Sprzedający na swój koszt sprawuje nadzór serwisowy **(pełna gwarancja – wliczona w cenę)** nad Przedmiotem Umowy. Zasady nadzoru serwisowego określa oferta.

**§ 7**

* + - 1. Sprzedający udziela Zamawiającemu gwarancji na okres …………. miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru określonego w § 3 ust. 2 niniejszej umowy, na warunkach określonych szczegółowo w niniejszej umowie oraz w dokumencie gwarancyjnym. W razie sprzeczności pomiędzy dokumentem gwarancyjnym, a niniejszą umową rozstrzygające znaczenie ma umowa.

2. O ile postanowieniami załącznika nr 1 do SWZ nie stanowią inaczej, w okresie gwarancji, Wykonawca zobowiązuje się do:

1) zareagowania do 48 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia reklamacji rozumianego jako podjęcie działań naprawczych;

2) dokonania naprawy przedmiotu umowy w ciągu: 120 godzin przypadających w dni robocze, od momentu zgłoszenia reklamacji;

3) w przypadku udokumentowanej konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy usunięcie wszystkich usterek przedmiotu zamówienia powinno nastąpić w terminie nie dłuższym o 72 godziny, przypadające w dni robocze, niż ten wskazany w pkt 2;

4) wymiany podzespołu na nowy po 2 naprawach gwarancyjnych w przypadku dalszego wadliwego działania przedmiotu umowy – jeśli podzespół, który uległ awarii był wcześniej naprawiany a nie wymieniany;

5) ponoszenia wszelkich kosztów związanych z utrzymaniem gwarancji i świadczeniem usług gwarancyjnych;

6) w przypadku braku możliwości usunięcia wad lub usterek w przedmiocie zamówienia uniemożliwiających jego funkcjonowanie zgodnie z przeznaczeniem (co Sprzedający powinien Kupującemu udokumentować), Sprzedający będzie zobowiązany do dostarczenia w terminie 10 dni roboczych, nowego, wolnego od wad przedmiotu objętego zamówieniem.

4. W okresie gwarancyjnym Sprzedający będzie wykonywał bezpłatnie przeglądy przedmiotu umowy wraz z wymianą części zużywalnych (o ile dotyczy), w ilości i częstotliwości określonej przez producenta (jeśli producent nie określa częstotliwości przeglądów to przynajmniej raz na 12 miesięcy), z tym, że ostatni przegląd zostanie wykonany w ostatnim miesiącu upływu okresu gwarancji również z wymianą zalecanych przy danym przeglądzie części i materiałów zużywalnych (o ile dotyczy). Po każdym przeglądzie Dostawca wyda świadectwo sprawności i dokona odpowiedniego wpisu w paszporcie technicznym.

5. Każda naprawa gwarancyjna przedłuża okres gwarancji o całkowity czas trwania tej naprawy.

6. Strony ustalają, że za dni robocze służące do obliczenia terminu wykonania obowiązków wymienionych w niniejszym paragrafie, Strony przyjmują dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**§ 8**

1. Odpowiedzialność Sprzedającego z tytułu rękojmi za wady fizyczne dotyczy wad przedmiotu umowy istniejących w czasie dokonywania czynności odbioru oraz wad powstałych po odbiorze, lecz z przyczyn tkwiących w przedmiocie umowy w chwili odbioru, wygasa po upływie 24 miesięcy od daty dokonania prawidłowego odbioru przedmiotu umowy. Zasady usuwania wad fizycznych w ramach rękojmi (w tym uprawnienia Kupującego z tego tytułu i obowiązki Sprzedającego w tym zakresie) są takie same jak w przypadku usuwania wad fizycznych w ramach gwarancji.
2. O wykryciu wad, o których mowa w ust. 1 Kupujący powiadomi Sprzedającego mailem lub faxem w terminie 5 dni od daty ich ujawnienia.
3. Kupujący ma prawo dochodzić roszczeń z tytułu rękojmi także po upływie terminu rękojmi, jeżeli zgłosił Sprzedającemu istnienie wad w okresie rękojmi.
4. Nie usunięcie przez Sprzedającego wad w terminie daje Kupującemu prawo powierzenia ich usunięcia autoryzowanemu serwisowi producenta urządzenia. Koszt usunięcia wad przez osobę trzecią poniesie Sprzedający.
5. Wady ujawnione w okresie rękojmi będą kwalifikowane przy udziale stron niniejszej umowy oraz prawidłowo oceniane pod względem ich powstania według stanu na dzień sporządzenia protokołu.
6. Protokół zakwalifikowania wad Sprzedający otrzyma bezpośrednio po jego sporządzeniu**.**

**§ 9**

Wszystkie zmiany treści Umowy wymagają porozumienia Stron Umowy oraz zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 10**

Kupujący przewiduje możliwość zmiany umowy w stosunku do treści oferty na podstawie, której dokonano wyboru Sprzedający, jeżeli konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy lub zmiany te są korzystne dla Kupującego, a także dotyczą:

1. terminu wykonania zamówienia na skutek okoliczności niezależnych od Wykonawcy, w szczególności w przypadku wystąpienia siły wyższej w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, o czas występowania okoliczności uniemożliwiających realizację przedmiotu umowy;
2. zmian organizacyjnych po stronie Kupującego powodujących, iż wykonanie zamówienia w jego części staje się bezprzedmiotowe lub powinno być zmodyfikowane;
3. zmian w zakresie sposobu wykonywania zadań lub zasad funkcjonowania Kupującego powodujących iż wykonanie zamówienia w jego części staje się bezprzedmiotowe lub zaistniała konieczność modyfikacji przedmiotu zamówienia,
4. omyłek pisarskich lub błędów rachunkowych,
5. konieczności wyjaśnienie wątpliwości co do treści umowy, jeśli będzie ona budziła wątpliwości interpretacyjne między Stronami;
6. sytuacji, w których zmiana umowy, w tym zmiana sposobu płatności, wynikać będzie z wymagań co do ochrony interesu Zamawiającego;
7. innych zmian korzystnych dla Kupującego, w tym polegających na zamianie elementów zamówienia na elementy o lepszych lub/i odpowiedniejszych parametrach technicznych, chociażby wiązało się to z koniecznością zmiany terminu lub sposobu wykonania zamówienia.

**§ 11**

1. Kupujący zastrzega sobie prawo odstąpienia od Umowy w trybie natychmiastowym, w przypadku:
2. opóźnienia w realizacji zamówienia ponad termin określony w **§ 4 ust. 1** w wymiarze przekraczającym 10 dni**,**
3. dostarczenia przedmiotu zamówienia niezgodnego z opisem przedmiotu zamówienia i braku dostarczenia, w ślad za tym, przedmiotu umowy zgodnego z wymaganiami Kupującego, w terminie do 10 dni od daty pierwotnej dostawy;
4. niewywiązania się przez Sprzedającego z obowiązków szkolenia personelu Zamawiającego (**o ile dotyczy)**, lub opóźnienia w rozpoczęciu i zakończeniu szkolenia(w jednym jak i w drugim zakresie) trwające dłużej niż 10 dni licząc od terminu uzgodnionego **(o ile dotyczy),**
5. niewywiązania się przez Sprzedającego z obowiązków przeprowadzenia bezpłatnych przeglądów, tj. uchylenia się od obowiązku przeprowadzenia przeglądów przedmiotu umowy, bądź to opóźnienia w rozpoczęciu i zakończeniu przeprowadzenia bezpłatnego przeglądu (w jednym jak i w drugim zakresie) trwające dłużej niż 10 dni licząc od terminu uzgodnionego**(o ile dotyczy),**
6. innego rodzaju nienależytego, zawinionego przez Sprzedającego, wykonania lub niewykonania Umowy, mimo wezwania Kupującego do jej prawidłowego wykonania we wskazanym przez Kupującego terminie.

2. Oświadczenie o odstąpieniu może zostać złożone w terminie do 30 dni od powzięcia wiadomości uzasadniającej jego złożenie.

**§ 12**

* 1. Sprzedający zobowiązany jest do zapłaty Kupującemu kary umownej:

1. 0,2 % wartości brutto Przedmiotu Umowy, o której mowa w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w wykonaniu przez Sprzedającego zamówienia ponad termin określony w § 4 ust. 1 niniejszej Umowy;
2. 0,2 % wartości brutto Przedmiotu Umowy, o której mowa w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w dostarczeniu w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 nowego wolnego od wad przedmiotu zamówienia;
3. 0,1 % wartości brutto Przedmiotu Umowy, o której mowa w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w usunięciu wad lub usterek w terminach, o których mowa § 7 ust. 2 – chyba, że Sprzedający dostarczy Kupującemu aparat zastępczy o parametrach nie gorszych niż ten będący przedmiotem niniejszej umowy;
4. 0,1 % wartości brutto Przedmiotu Umowy, o której mowa w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w wykonaniu przez Sprzedającego czynności dostarczenia urządzenia zastępczego na czas naprawy **(o ile dotyczy);**
5. 500,00 zł brutto za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w wykonaniu przez Sprzedającego czynności :
6. szkolenia, tj. uchylenia się od obowiązku szkolenia personelu Zamawiającego **(o ile dotyczy),** lub opóźnienia w rozpoczęciu i zakończenia (w jednym jak i w drugim zakresie) szkolenia ponad termin uzgodniony **(o ile dotyczy)**;
7. przeprowadzenia bezpłatnych przeglądów przedmiotu umowy w terminach uzgodnionych z Kupującym licząc od wezwania Kupującego w tym zakresie, lub opóźnienia w rozpoczęciu i zakończenia (w jednym jak i w drugim zakresie) bezpłatnego przeglądu ponad termin uzgodniony z Kupującym **(o ile dotyczy)**;
8. wykonania w okresie gwarancji przeglądu/-ów przedmiotu umowy, licząc od – w przypadku braku inicjatywy Sprzedającego - wezwania Kupującego w tym zakresie,
9. dostarczenia w terminie dokumentów wskazanych § 3 ust. 4 i § 13 ust. 2;
10. wynikających z Załącznika nr 1(opis przedmiotu zamówienia), a nie ujętych powyżej,
11. 10 % całkowitej wartości brutto Przedmiotu Umowy określonej w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy w przypadku, gdy Kupujący odstąpi od umowy na skutek okoliczności leżących po stronie Sprzedającego (w szczególności odstąpi od umowy w przypadkach wskazanych w § 11 ust. 1).
12. Strony ustalają, ze łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć 20 % wynagrodzenia o którym mowa w § 2 ust. 1 niniejszej umowy.
13. Jeżeli szkoda rzeczywista przekroczy kary umowne, Kupujący będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania do pełnej wysokości szkody, na zasadach ogólnych Kodeksu cywilnego.

**§ 13**

* 1. Sprzedający oświadcza, że dostarczany przedmiot zamówienia wprowadzony jest do obrotu i do używania na terenie RP zgodnie z obowiązującymi wymogami wynikającymi z ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 974 ze zm.) jak i z innymi powszechnie obowiązującymi przepisami (w tym rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG), w tym posiadają deklarację zgodności z wymaganiami wspólnoty europejskiej lub inne dokumenty zgodne z wymaganiami wspólnoty europejskiej wydane przez jednostkę notyfikowaną, jest oznakowany znakiem CE oraz jest dopuszczony do obrotu i stosowania w podmiotach leczniczych zgodnie ze wskazanymi powyżej przepisami.
  2. Sprzedający oświadcza, że posiada odpowiednie, aktualne dokumenty na potwierdzenie spełnienia wymagań określonych w ust. 1, a także zobowiązuje się je przedłożyć na wezwanie Kupującego, w nieprzekraczalnym 5–cio dniowym terminie, od dnia wezwania, pod rygorem odstąpienia przez Kupującego od umowy.

**§ 14**

W przypadku wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia Umowy, Kupujący może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od powzięcia wiadomości uzasadniającej złożenie oświadczenia o odstąpieniu.

**§ 15**

Kupujący oświadcza, iż zbycie wierzytelności wynikającej z Umowy wymaga dla swej ważności pisemnej zgody Ministra Obrony Narodowej.

**§ 16**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, oraz ustawy z dnia 11 września 2019 roku – Prawo zamówień publicznych, a także inne przepisy powszechnie obowiązujące właściwe z uwagi na przedmiot niniejszej umowy.
2. Sądem właściwym do rozwiązania sporów wynikających z wykonywania niniejszej Umowy, jest sąd właściwy dla siedziby Kupującego.
3. Podstawa prawna i zasady przetwarzania danych osobowych w ramach niniejszej umowy zawiera Klauzula Informacyjna udostępniona Wykonawcy w pkt 32 SWZ.

**§ 17**

* 1. Osobą odpowiedzialną za realizację Umowy ze strony Kupującego jest ……………………………………………….
  2. Osobą odpowiedzialną za realizację Umowy ze strony Sprzedającego jest ..................................................................

**§ 18**

Integralna częścią umowy stanowi SWZ wraz z załącznikami oraz oferta Sprzedającego i dokumentacja przetargowa.

**§ 19**

Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron Umowy.

**SPRZEDAJĄCY** **KUPUJĄCY**

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

KONTRASYGNUJE

GŁÓWNY KSIĘGOWY

………………………………………………………………….

**ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

**Na potrzeby** postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dostawa sprzętu medycznego IV”**

Oświadcza że:

1. **NIE NALEŻY** z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2021 r. poz. 275 ze zm.), w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP\*
2. **NALEŻY** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP z następującymi Wykonawcami\*:
   1. ……………………………………..
   2. ……………………………………..

2a. W załączeniu Wykonawca przekazuje dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*\*.

\*\**(jeżeli dotyczy)*

*\*niepotrzebne skreślić*

*………………………………………………….*

*podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ**

**Oświadczenie WYKONAWCY o niepodleganiu wykluczeniu**

**na podstawie art. 7 ust. 1**

**Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.**

**o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

oraz

**Oświadczenie WYKONAWCY o niepodleganiu zakazowi udzielania lub dalszego wykonywania wszelich** **zamówień publicznych**

**na podstawie artykułu 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie**

Nazwa Wykonawcy.................................................................................................................................

Adres Wykonawcy...................................................................................................................................

**Oświadczam iż,**

1. **Oświadczam, że zgodnie z art. 22 pkt. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego zwanej dalej „ustawą”, po upływie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy, nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 tej ustawy, zgodnie z którym:**

Z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/18903829?cm=DOCUMENT) z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych wyklucza się:

1. wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w [rozporządzeniu](https://sip.lex.pl/#/document/67607987?cm=DOCUMENT) 765/2006 i [rozporządzeniu](https://sip.lex.pl/#/document/68410867?cm=DOCUMENT) 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3;
2. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/18708093?cm=DOCUMENT) z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w [rozporządzeniu](https://sip.lex.pl/#/document/67607987?cm=DOCUMENT) 765/2006 i [rozporządzeniu](https://sip.lex.pl/#/document/68410867?cm=DOCUMENT) 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3;
3. wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu [art. 3 ust. 1 pkt 37](https://sip.lex.pl/#/document/16796295?unitId=art(3)ust(1)pkt(37)&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w [rozporządzeniu](https://sip.lex.pl/#/document/67607987?cm=DOCUMENT) 765/2006 i [rozporządzeniu](https://sip.lex.pl/#/document/68410867?cm=DOCUMENT) 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3.

**Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o zmianie tego statusu.**

*A jeśli zachodzą podstawy wykluczenia, to Wykonawca składa oświadczenie o następującej treści:*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt. …………….. ustawy /wskazać właściwy punkt z powyższych/.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o zmianie tego stanu.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w pkt A) oświadczenia są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

1. **Oświadczam, że nie podlegam zakazowi udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych na podstawie artykułu 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) Nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L 229 z 31.07.2014, str. 1, z późn. zm.), zgodnie, z którym:**
2. zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)-e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)-f) i lit. h)-j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)-e) i lit. g)-i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)-d), lit. f)-h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:
3. obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
4. osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub
5. osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o zmianie tego stanu.

*Jeśli Wykonawca podlega zakazowi to składa oświadczenie o następującej treści:*

Oświadczam, że podlegam zakazowi udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych na podstawie artykułu 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) Nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie, o których mowa w artykuł 5k ust. 1 lit. …………….. Rozporządzenia /*wskazać właściwą literę z powyższych*/.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o zmianie tego stanu.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w pkt B) oświadczenia są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*…………………………………………………….*

*podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*