**Zatwierdzam data**

22.05.2025 roku

ocds-148610-90e9998f-8e2f-4340-bf64-6ba115eb9998 Identyfikator postępowania na EZAMÓWIENIA

**SWZ :**  **dostawa sprzętu medycznego cz. I na potrzeby Multidyscyplinarnego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w 5 Wojskowym Szpital Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Krakowie**

**Sprawa nr: 50/ZP/2025**

**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-148610-90e9998f-8e2f-4340-bf64-6ba115eb9998>
   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.2024.1320)**, 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 jest agencję badań Medycznych poprzez wsparcie nr KPOD.07.07-IW.07-0271/24 – Umowa o objęcie Przedsięwzięcia wsparciem nr KPOD.07.07-IW.07-0271/24 w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności w zakresie inwestycji D3.1.1. Kompleksowy Rozwój Badań w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.
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 cz. I na potrzeby Multidyscyplinarnego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w 5 Wojskowym Szpital Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Krakowie** 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 pkt 8 SWZ i wzorem umowy w tym zakresie.

8.2 Kod CPV : 3310000-1 urządzenia medyczne, 33190000-8 - Różne urządzenia i produkty medyczne, 33194110-0 Pompy infuzyjne, 33123210-3Urządzenia do monitorowania czynności serca, 33182100-0 Defibrylatory, 33192100-3: Łóżka do użytku medycznego, 33167000-8: Lampy chirurgiczne, [33112200-0](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/aparaty-ultrasonograficzne-2700) Aparaty ultrasonograficzne.

1. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO : Zamówienie będzie realizowane w okresie maksymalnym do dnia 28.11.2025 roku od dnia podpisania umowy** z zastrzeżeniem, że dostawa ze względu na toczące się inwestycje na terenie 5 WSZK musi nastąpić w ścisłym porozumieniu czasowym z Zamawiającym, przez co należy rozumieć zgłoszenie Zamawiającemu gotowości do faktycznej dostawy i jej realizacja na podstawie pisemnego wniosku Zamawiającego, przedłożony Wykonawcy nie później niż na 30 dni przed rozpoczęciem montażu i instalacji.
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 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 2025 r. poz. 514 ze zm.) 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.gov.pl/web/uzp/jednolity-europejski-dokument-zamowienia>

**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.**

* 1. 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.
  2. 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.
  3. 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.
  4. 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.
  5. 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.
  6. Zamawiający może żądać od wykonawców wyjaśnień dotyczących treści przedmiotowych środków dowodowych.
  7. 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 2025 r. poz. 514 ze zm.) 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 2024 r. poz. 1616), 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. informacji z Centralnego Rejestru Beneficjentów Rzeczywistych, o której mowa w 12.5 SWZ -składa informację z odpowiedniego rejestru zawierającego informacje o jego beneficjentach rzeczywistych 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, określający jego beneficjentów rzeczywistych. Dokument, ten powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed jego złożeniem;
      4. 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,
      5. 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.
      6. 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.
      7. 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 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie (Dz.U. z 2020 r. poz. 2452) 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.gov.pl/web/uzp/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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 25.06.2025 roku do godziny 08:00.**
3. Otwarcie ofert nastąpi **25.06.2025 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 60 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert i kończy się **23.08.2025 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 SWZ 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.

**35. 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 2025 r. poz. 514 ze zm.) 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**

Wykonawca powinien potwierdzić spełnienie wymagań określonych przez Zamawiającego wpisując słowo „tak” w rubryce parametry oferowane(przy każdej z pozycji) podając przy tym niezbędne informacje dla każdej pozycji, jak i powinien uzupełnić wszystkie pozycje w tabelce zestawienie warunków granicznych gwarancji wpisując odpowiednie informacje w pozycjach - podać ile, podać jeśli występując(jeśli w tym przypadku zachodzi taka potrzeba), jak i powinien wpisać słowo „tak” w pozycjach w których jest to wymagane, czy też inne informacje jeśli są one wymagane – pod rygorem odrzucenia oferty.

**Pakiet nr 1**

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

**Kod CPV 33190000-8**

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

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

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

**Rok produkcji : 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. **1** | **Ergospirometr – 1 szt** | | |
|  | **Parametry wymagane:** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| 1. 5 | System kalorymetryczny do wykonywania badań kalorymetrii spoczynkowej i badań wysiłkowych z ergometrem rowerowym | TAK |  |
| 1. 6 | **Kalorymetr (1 szt.) z możliwością badań wysiłkowych** | TAK, podać typ |  |
| 1. 7 | System:  Stacjonarny system do badań kalorymetrycznych RMR (Resting Metabolic Rate) za pomocą wentylowanego kaptura | TAK |  |
| 1. 8 | Pomiar wentylacji i przepływu powietrza - dwukierunkowa turbina cyfrowa | TAK |  |
| 1. 9 | Turbina Ø18 mm - Zakres wentylacji min. 0 – 60 l/min | TAK |  |
| 1. 0 | Turbina Ø18 mm - Zakres przepływu min. 0 – 6 l/s | TAK |  |
| 1. 11 | Turbina Ø18 mm – Dokładność min. ±2% lub 20ml/s dla przepływu, ±2% lub 100ml/min dla wentylacji | TAK |  |
| 1. 12 | Turbina Ø18 mm - Opór własny <0.45 cmH2Ol/s przy 1 l/s | TAK |  |
| 1. 13 | Analiza tlenu:  Typ czujnika paramagnetyczny | TAK |  |
| 1. 14 | Analiza tlenu: Zakres pomiaru min. 0 – 25% | TAK |  |
|  | Analiza tlenu: Dokładność ±0,05% Vol. dla pomiaru O2 | TAK |  |
|  | Analiza tlenu: Czas odpowiedzi t90 – max. 120 ms | TAK |  |
|  | Analiza dwutlenku węgla:  Typ czujnika NDIR – absorbcja podczerwieni | TAK |  |
|  | Analiza dwutlenku węgla: Zakres pomiaru min. 0 – 10% | TAK |  |
|  | Analiza dwutlenku węgla: Dokładność ±0,05% Vol. dla pomiaru CO2 | TAK |  |
|  | Analiza dwutlenku węgla: Czas odpowiedzi t90 – max. 100 ms | TAK |  |
|  | Wymiary i masa jednostki głównej max. 480mm L x 340mm W x 180mm H, max. 8 kg | TAK |  |
|  | Komunikacja/Interfejs min.: USB A-B, RS-232, HR-TTL, port przepływomierza, port SpO2 | TAK |  |
|  | Zakres temperatur użytkowania: min. 10 – 35°C | TAK |  |
|  | Wilgotność względna otoczenia: 30 – 90% | TAK |  |
|  | Zasilanie min. 100 – 240V ±10% - 50/60Hz | TAK |  |
|  | Kalorymetr musi być wyposażony w system zabezpieczenia typu bateria awaryjna z sygnałem zaniku napięcia | TAK |  |
|  | Kalorymetr musi być wyposażony w moduł systemowy do badań wysiłkowych CPET, podczas aktywności fizycznej, typu „oddech po oddechu“ | TAK |  |
|  | Pomiar wentylacji i przepływu powietrza podczas badań wysiłkowych - dwukierunkowa turbina cyfrowa Ø28 mm | TAK |  |
|  | Turbina Ø28 mm - Zakres wentylacji min. 0 – 300 l/min | TAK |  |
|  | Turbina Ø28 mm - Zakres przepływu min. 0 – 16 l/s | TAK |  |
|  | Turbina Ø28 mm – Dokładność min. ±2% lub 20ml/s dla przepływu, ±2% lub 100ml/min dla wentylacji | TAK |  |
|  | Turbina Ø28 mm - Opór własny <0.6 cmH2O/l/s przy 14 l/s | TAK |  |
|  | Parametry badania wysiłkowego: min.: VO2, VCO2, VO2max, sub-max VO2, progi (VT1/LT1, VT2/LT2), EFVL, tętno (HR) | TAK |  |
|  | Zestaw komputerowy sterujący pracą kalorymetru  o parametrach min:  - Procesor Intel i5 lub AMD Ryzen 5  - 16 GB pamięci RAM  - pojemność dysku 480GB, typ SSD NVMe  - monitor LCD 24” z uchwytem  - klawiatura i mysz  - drukarka atramentowa kolorowa | TAK |  |
|  | Oprogramowanie analityczne sterujące pracą kalorymetru umożliwiające prezentację danych dotyczących:  - Spoczynkowego wydatku energetycznego (REE)  - pochłaniania tlenu (VO2)  - pomiar minutowego zużycia tlenu na 1 kg masy ciała (VO2ml/kg/min).  - wydalania dwutlenku węgla (VCO2).  - objętości oddechowej płuc (VT).  - wentylacji minutowej (VE).  - częstości skurczów serca (HR).  - współczynnika oddechowego (RQ).  -równoważnika wentylacyjnego dla tlenu (VE/VO2). | TAK |  |
|  | Zestaw kalibracyjny do systemu kalorymetrycznego wyposażony w pompę kalibracyjną o pojemności min. 3 l oraz butlę z gazem wzorcowym o pojemności min.500 l | TAK |  |
|  | **Moduł EKG bezprzewodowy** | TAK, podać typ |  |
|  | Bezprzewodowy system do pomiarów EKG w spoczynku i wysiłku, 12 odprowadzeń (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6), z oprogramowaniem sterującym i diagnostycznym | TAK |  |
|  | Główne przetwarzanie sygnału: odcinek ST, nachylenia ST, trendy, analiza arytmii (przy wysiłku) | TAK |  |
|  | Wymiary modułu pacjenta nie większe niż 15x10x5cm, waga nie większa niż 350g | TAK |  |
|  | Połączenie z PC radiowe w granicach 2400-2500 MHz | TAK |  |
|  | Zasięg pracy od odbiornika min. 5m | **TAK** |  |
|  | Filtry: Baseline, EMG/Low pass, 50/60Hz | TAK |  |
|  | Wewnętrzna częstotliwość próbkowania min. 8000/s | TAK |  |
|  | Częstotliwość nagrywania próbek min. 1000/s | TAK |  |
|  | Zabezpieczenia: przed działaniem defibrylatora min. 350J, wykrywanie odpięcia przewodu, wykrywanie rozrusznika serca w zakresie równym lub większym niż 5-700mV | TAK |  |
|  | Zasilanie: baterie lub akumulatorki AA | TAK |  |
|  | Kompatybilność z oprogramowaniem wyżej opisanego systemu do badań wysiłkowych (jednoczesne inicjowanie badania, współdzielona baza danych) | TAK |  |
|  | **Wymagane opcje do kalorymetru i EKG:** | | |
|  | Wózek medyczny do instalacji systemu z transformatorem separacyjnym (1 szt.) | TAK |  |
|  | Dedykowana butla z gazem kalibracyjnym (1 szt.) | TAK |  |
|  | Dedykowane opakowanie elektrod EKG (1 szt.) | TAK |  |
|  | Dedykowany monitor 24” (1 szt.) z uchwytem do obsługi i obserwacji wyników EKG | TAK |  |
|  | **Ergometr rowerowy (1 szt.)** | TAK, podać typ |  |
|  | Możliwość zmiany obciążenia w dowolnym momencie badania. | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji nachylenia kierownicy. | TAK |  |
|  | Zakres prędkości w przedziale min. 30-130 rpm. | TAK |  |
|  | Obciążenie w przedziale min. 10-999 W. | TAK |  |
|  | Wyposażony w ekran LCD i klawiaturę membranową | TAK |  |
|  | Maksymalna masa ciała badanego pacjenta min. 150 kg. | TAK |  |
|  | Maksymalna wysokość ciała badanego pacjenta min. 200 cm | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości siodełka w zakresie min. 82-107cm. | TAK |  |
|  | Zasilanie min. 100 – 240V - 50/60Hz | TAK |  |
|  | Wymiary max: dł. 108cm, szer. 55cm, wys. 128cm, masa max: 68 kg | TAK |  |
|  | Kompatybilność z wyżej opisanym systemem do badań wysiłkowych (sterowanie obciążeniem i monitorowanie parametrów przez oprogramowanie kalorymetru) | TAK |  |
|  | **Wymagane opcje ergometru rowerowego:** | | |
|  | Pomiar ciśnienia krwi podczas wysiłku, inicjowany bezpośrednio z ergometru lub automatycznie przez oprogramowanie sterujące protokołem kalorymetru | 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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 -- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów technicznych w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 2

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Kod CPV –** [**33100000-1**](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/defibrylatory-2936)

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **Spirometr – 1 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Spirometr umożliwiający wykonanie badań:   * spirometria spokojna, * spirometria natężona, * maksymalna wentylacja, * próba rozkurczowa w każdym z powyższych modułów pomiarowych * próba prowokacyjna z ręcznym podawaniem leku | TAK |  |
| 1. 5 | Wszystkie powyższe moduły są obsługiwane z jednego komputera, posiadają jedną wspólną bazę danych i są wyprodukowane przez jednego producenta. | TAK |  |
|  | Głowica pneumotachograficzna bez konieczności wymiany po każdym pacjencie współpracująca z filtrami bakteryjno-wirusowymi | TAK |  |
| 1. 6 | W ramach dostawy zostanie dostarczony pakiet startowy: przynajmniej 300 sztuk ustników do wykonywania badań, 300 szt klipsów nosowych, 300 szt filtrów | TAK |  |
| 1. 7 | W celu zapewnienia pełnej kompatybilności, dostarczone filtry będą wyprodukowane przez tego samego producenta co spirometr. | TAK |  |
| 1. 8 | Opór głowicy pomiarowej mierzony przy przepływie 10l/s jest ≤0,05 kPa/(l/s) | TAK |  |
| 1. 9 | Zakres pomiaru przepływu przynajmniej 0,1 - 16 l/s | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru przepływu ≤1 ml/s | TAK |  |
| 1. 10 | Dokładność pomiaru przepływu ≤ 5 % | TAK |  |
| 1. 11 | Zakres pomiaru objętości przynajmniej 8 l | TAK |  |
| 1. 12 | Rozdzielczość pomiaru objętości ≤ 1 ml | TAK |  |
| 1. 13 | Dokładność pomiaru objętości ≤ 3 % | TAK |  |
| 1. 14 | Program spirometryczny wyposażony w graficzne wskaźniki informujące operatora o spełnieniu kryteriów zakończenia manewru zgodnie ze standaryzacją ATS/ERS\_2019. | TAK |  |
| 1. 16 | Program spirometryczny przeprowadza automatyczną kontrolę poprawności wykonania badania zgodnie ze standaryzacją ATS/ERS\_2019 | TAK |  |
|  | Program spirometryczny wyposażony w podpowiedzi tekstowe prowadzące operatora jaką instrukcję i w którym momencie przekazać pacjentowi. | TAK |  |
|  | Przynajmniej 8 różnych programów animacyjnych wspomagających wykonanie badań u osób z ograniczoną współpracą. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie spirometryczne umożliwia uwzględnienie pozycji, w jakiej jest wykonane badanie:   * stojąca * siedząca * leżąca | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji własnych raportów użytkownika | TAK |  |
| 1. 4 | Możliwość umieszczenia w raporcie z badania wartości takich jak:   * Z-Score * Percentyl * Wartość zmierzona * %wartości należnej | TAK |  |
|  | Możliwość wydrukowania raportu na drukarce podłączonej do komputera oraz generowanie go w formie elektronicznej w formatach PDF, TIF, JPG, RTF | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru modułu wartości należnych, niezależnie dla każdego badania | TAK |  |
|  | Oferowany zestaw jest wyposażony w moduł wartości należnych DE/GLI-2019. | TAK |  |
|  | Oferowany aparat wyposażony jest w oprogramowanie umożliwiające użytkownikowi samodzielnie wprowadzać nowe formuły wartości należnych oraz zmieniać istniejące. | TAK |  |
|  | Podczas próby prowokacyjnej system automatycznie wylicza PC/PD\_20 | TAK |  |
|  | W ramach standardowego wyposażenia zestaw oferuje możliwość komunikacji (wymiany danych demograficznych i danych pomiarowych) z systemem szpitalnym na podstawie protokołu wymiany danych GDT | TAK |  |
|  | Oferowany zestaw jest wyposażony w komputer przenośny (laptop) | TAK |  |
|  | Dedykowany wózek jezdny | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **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 dezynfekcji zawierająca:   * Szczegółowy opis czyszczenia i dezynfekcji wszystkich elementów składowych spirometru. * Szczegółowy opis częstotliwości czyszczenia, dezynfekcji lub wymiany poszczególnych elementów korzystając z dostarczonych filtrów. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5– przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | TAK |  |

##### Pakiet nr 3

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Kod CPV –** **33100000-1**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Pletyzmograf – 1 szt** | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | System do bodypletyzmografii z modułem do dyfuzji | TAK |  |
|  | Konfiguracja aparatu umożliwia przeprowadzenie takich badań jak:   * Spirometria (spokojna, natężona, MVV), * Bodypletyzmografia całego ciała * Dyfuzja pojedynczego oddechu w czasie rzeczywistym * Dyfuzja Intra-breath w czasie rzeczywistym * Siła mięśni wdechowych * Siłą mięśni wydechowych * Pomiar napędu oddechowego * Próby rozkurczowe | TAK |  |
|  | Wszystkie powyższe moduły stanowią jeden zestaw pomiarowy, obsługiwany z jednego komputera. | TAK |  |
|  | Wózek medyczny wyposażony w koła z hamulcami zaciskowymi, z przestrzenią na elementy zestawu diagnostycznego | TAK |  |
|  | Dedykowany zestaw komputerowy do obsługi urządzenia oraz oprogramowania | TAK |  |
|  | **MODUŁ DO BADAŃ ODDECHOWYCH** | | |
|  | Przepływomierz ultradźwiękowy, bez konieczności wymiany po każdym pacjencie, korzystający z filtrów bakteryjno wirusowych. | TAK |  |
|  | Wykorzystywane filtry/ustniki i inne akcesoria są produkowane przez tego samego producenta co oferowany zestaw diagnostyczny. | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania przepływomierza 1000 Hz osiągana przez pomiar przepływającego strumienia powietrza 2000 razy na sekundę. | TAK |  |
|  | Opór głowicy pomiarowej, razem z filtrem, ustnikiem i wszystkimi potrzebnymi elementami (przerywacz, zastawka itp.) mierzony przy przepływie 14 l/s jest < 0.150 kPa\*s/L | TAK |  |
|  | Przestrzeń martwa przepływomierza nie większa niż 70 ml | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru przepływu przynajmniej 0 do ± 18 l/s, lub lepsza | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru przepływu nie gorsza niż 1 ml/s | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru przepływu nie gorsza niż 3 % | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru objętości nie gorszy niż ± 25 l | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru objętości nie gorsza niż 1/ml | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru objętości nie gorsza niż 3 % | TAK |  |
|  | Program spirometryczny wyposażony w graficzne wskaźniki informujące operatora o spełnieniu kryteriów zakończenia manewru:  **Zgodnie ze standaryzacją z 2005 roku**   * Czas wydechu (>3 lub >6 sekund) w zależności od wieku pacjenta * Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml)   **Zgodnie ze standaryzacją z 2019 roku**   * Czas wydechu monitorowany do 15 s. * Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml) * Ocena przydatności i poprawności wykonania manewrów   W zależności od preferencji operator może zmienić system monitorowania jakości badania | TAK |  |
|  | Przynajmniej 8 różnych programów animacyjnych wspomagających wykonanie spirometrii natężonej. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie spirometryczne umożliwia uwzględnienie pozycji, w jakiej jest wykonane badanie:  -stojąca  -siedząca  -leżąca | TAK |  |
|  | Drzwi kabiny wyposażone w zamki elektromagnetyczne. | TAK |  |
|  | Elektromagnetyczne zamki równomiernie rozłożone na całej wysokości drzwi, przynajmniej 6 elementów elektromagnetycznych. | TAK |  |
|  | Powierzchnia podłogi kabiny (próg wejściowy) jest wyżej niż powierzchnia podłogi pomieszczenia maksymalnie o 8 cm. | TAK |  |
|  | Kabina wykonana z aluminium i szkła | TAK |  |
|  | Pojemność kabiny przynajmniej 1100 litrów lub większa | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia w ustach, ±20 kPa lub większa | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia w ustach nie gorsza niż ± 2% | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru ciśnienia w ustach nie gorsza niż 0,005 kPa. | TAK |  |
|  | Sygnał ciśnienia w kabinie przeliczony na zmianę objętości kabiny, mierzony w litrach | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru zmiany objętości kabiny, mierzony przy ciśnieniu 1000 hPa, ≥ ± 2200 mL | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru zmiany objętości nie gorsza niż 0.15 mL | TAK |  |
|  | W wyniku przeprowadzonego badania pletyzmograficznego system wyznacza krzywe zależności oporu od objętości (Opór Rtot [kPa/(L/s)] w funkcji Objętości Vol. [L]). | TAK |  |
|  | Po nabraniu przez pacjenta gazu dyfuzyjnego, system odlicza, i prezentuje, zadany czas po jakim pacjent może wykonać wydech. | TAK |  |
|  | Po nabraniu przez pacjenta gazu dyfuzyjnego, system mierzy i prezentuje ciśnienie z jakim pacjent napiera na układ pomiarowy podczas trwania czasu okluzji. | TAK |  |
|  | Po wykonaniu każdego pomiaru dyfuzyjnego oprogramowanie automatycznie odlicza czas przerwy koniecznej do bezpiecznego wykonania następnego pomiaru dyfuzyjnego. | TAK |  |
|  | System dyfuzyjny umożliwia korygowanie parametrów DLCO oraz KCO o wartość Hemoglobiny | TAK |  |
|  | System dyfuzyjny wyposażony w analizator pracujący w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Analizator gazów CO oraz CH4 o zakresie przynajmniej 0 – 0,33 % obj. | TAK |  |
|  | Analizator gazów CO oraz CH4 o dokładności przynajmniej ± 0.003 % obj. | TAK |  |
|  | Analizator gazów CO oraz CH4 o rozdzielczości przynajmniej 0.0005 % obj. | TAK |  |
|  | Analizator gazów CO oraz CH4 o czasie odpowiedzi (T0–90%) nie dłuższym niż 150 ms | TAK |  |
|  | Kabina pletyzmograficzna wymagająca kalibracji stałej czasowej oraz przesunięcia objętości. | TAK |  |
|  | Kalibracja pletyzmografu odbywa się automatycznie, w taki sposób, że po aktywacji następuje trzykrotna kalibracja stałej czasowej, po czym bez konieczności ingerencji operatora, system automatycznie przechodzi do trzykrotnej kalibracji przesunięcia objętości. | TAK |  |
|  | Możliwość wydrukowania raportu na drukarce podłączonej do komputera oraz generowanie go w formie elektronicznej w formatach PDF, TIF, JPG, RTF | TAK |  |
|  | Oferowany zestaw umożliwia umieszczenie na raporcie z badania takich wartości jak:   * Bezwzględne wartości zmierzone * Wartości należne * Autor wartości należnych * Stosunek wartości zmierzonej do wartości należnej wyrażony w procentach * Percentyl * Z-Score * Współczynnik zmienności wykonanych pomiarów CV% | TAK |  |
|  | Oferowany aparat wyposażony jest w oprogramowanie umożliwiające użytkownikowi samodzielnie wprowadzać nowe formuły wartości należnych oraz zmieniać istniejące. | TAK |  |
|  | Konfiguracja całego zestawu zapewnia możliwość wykonania badania spirometrycznego oraz dyfuzyjnego zarówno wewnątrz kabiny, jak również poza nią. | TAK |  |
|  | Układ pomiarowy można wysunąć poza kabinę, umożliwiając tym samym wykonanie spirometrii, siły mięśni, napędu oddechowego oraz dyfuzji poza kabiną, przynajmniej na 60 cm. | TAK |  |
|  | Po wysunięciu układu pomiarowego poza kabinę, układ może być regulowany w tych samych płaszczyznach jak w kabinie | TAK |  |
|  | Przepływomierz zamontowany na specjalnym ramieniu, umożliwiającym regulację w trzech płaszczyznach (3D). | TAK |  |
|  | Ławeczka dla pacjenta, do przynajmniej 250 kg | TAK |  |
|  | Pakiet startowy akcesoriów/ materiałów zużywalnych/ jednorazowych do 300 badań | TAK |  |
|  | Butla z gazem specjalnym – dokument potwierdzający skład mieszaniny gazu specjalnego zalecanej przez producenta sprzętu | 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 na całość dostawy – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze )  W przypadku konieczności wykonania naprawy w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji.  W przypadku konieczności wykonania przeglądu w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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 **Aparat EKG- 1 szt**, montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV – 33100000-1**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **Aparat EKG – 1 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Jednoczesny zapis z 12 odprowadzeń EKG ; Aparat 12 kanałowy w układzie standardowym. | TAK |  |
| 1. 5 | Możliwość rozbudowy aparatu o zapis 18 odprowadzeniowy (C3R, C4R, C5R, C7, C8, C9). Dodatkowe formaty obsługujące 18 odprowadzeniowe EKG. | TAK |  |
|  | Raporty w min. 7 formatach: 3x4, 3x4 1R, 3x4 3R, 3x4 1R ST, 6x2, 6x2 1R, 12x1. Dostępne formaty raportów to min. pdf i xml. | TAK |  |
| 1. 6 | Wykonywanie pomiarów HR, RR, PR,QRS,QT, QTc oraz pomiarów osi P,QRS,T. | TAK |  |
| 1. 7 | QTc obliczane według algorytmu Bazetta, Fridericia, Hodgesa i Framinghama. | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru i wydruku min. 2 z 4 możliwych korekcji odstępu QTc. | TAK |  |
| 1. 8 | Stałe wyświetlanie częstości rytmu serca. | TAK |  |
| 1. 9 | Kolorowy ekran dotykowy pojemnościowy o przekątnej min. 18,5 cala (146 cale kwadratowe)i rozdzielczości min. 1920x1080. Min. 16 000 000 kolorów. | TAK |  |
|  | Obsługa gestów na ekranie dotykowym takich jak powiększanie/pomniejszania, przewijanie/cofanie. | TAK |  |
| 1. 10 | Ekran zawieszony na wysięgniku o dwóch połączeniach przegubowych umożliwiający otwieranie/zamykanie, przechylanie w górę i dół. | TAK |  |
| 1. 11 | Wbudowany głośnik. | TAK |  |
| 1. 12 | Komunikacja: min 4 porty USB, min. 1 port Ethernet/LAN, min. 1 port HDMI. | TAK |  |
| 1. 13 | Anatomicznie wyprofilowany interfejs pacjenta przyłączany w celu łatwego podłączania, ograniczający możliwość splątania przewodów. Interfejs mocowany na wysięgniku wózka jezdnego. | TAK |  |
| 1. 14 | Możliwość wykonania/rozpoczęcia zapisu EKG z poziomu aparatu lub z poziomu interfejsu pacjenta | TAK |  |
| 1. 16 | Możliwość wymiany pojedynczych przewodów i elektrod | TAK |  |
|  | Możliwość dłuższego wydruku dowolnej liczby odprowadzeń lub grup odprowadzeń w formie rytm. Możliwość zmiany odprowadzeń i ustawień w trakcie rejestracji. | TAK |  |
|  | Pełna klawiatura ekranowa w układzie QWERTY wraz z możliwością wprowadzania polskich znaków. Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury przewodowej lub bezprzewodowej. | TAK |  |
|  | Wbudowana w aparat EKG opcja analizy i interpretacji. Wymagana funkcjonalność powinna dawać się niezależnie włączać i wyłączenia do druku na raporcie EKG. | TAK |  |
|  | Wbudowany mechanizm pomiarów i interpretacji otrzymanych wyników dla wszystkich odprowadzeń. | TAK |  |
| 1. 4 | Możliwość skonfigurowania min. 12 profili badań. | TAK |  |
|  | Algorytm do interpretacji zapisu EKG, wbudowane opisy interpretacyjne. Min. 600 opisów interpretacyjnych. | TAK |  |
|  | Graficzna prezentacja zmian w odcinku ST w postaci wykresów wieloosiowych tzw. mapy ST przy min. 2 raportach EKG. | TAK |  |
|  | Możliwość zastosowania rozszerzonej analizy pomiarów EKG. | TAK |  |
|  | Analiza morfologii rytmu dla każdego z 12 odprowadzeń – min. 40 pomiarów. | TAK |  |
|  | Analizy rytmu – min. 20 pomiarów. | TAK |  |
|  | Algorytm korekcja szerokich QRS. | TAK |  |
|  | Pomoce do diagnostyki zawału z uniesieniem odcinka ST (STEMI- niedrożności tętnicy wieńcowej), wraz z wskazaniem tętnicy odpowiedzialnej za wykryty zawał z uniesieniem odcinka ST. | TAK |  |
|  | Kryterium do rozpoznania dowolnego z 4 prawdopodobnych miejsc niedrożności tętnicy wieńcowej. | TAK |  |
|  | Oznaczenie min. 4 wartości krytycznych, wymagających natychmiastowego działania personelu medycznego. | TAK |  |
|  | Raport zawierający min.: krzywe EKG, HR, demograficzne dane pacjenta, ID, pacjenta, nazwę oddziału, data i godzina wykonania badania, interpretacja, ustawienia filtracji i parametry rejestracji krzywych. | TAK |  |
|  | Informacja o ustawieniach czułości i prędkości przesuwu wyświetlana i drukowana wraz z zapisem EKG. | TAK |  |
|  | Możliwość podglądu krzywych EKG na ekranie przed rejestracją/wydrukiem/przesyłaniem danych. | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany formatu badania EKG do wydruku po akwizycji sygnału EKG. | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany ustawień i filtrów badania EKG po akwizycji sygnału EKG. | TAK |  |
|  | Duża częstotliwość próbkowania sygnału umożliwiająca prawidłową rejestrację impulsów stymulatora serca. Minimum 8000 próbek/sek/odprowadzenie. | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pomiarowej aparatu – min. 0,02-300Hz. | TAK |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych prądu przemiennego, filtr wędrowania linii odniesienia, filtr artefaktów. | TAK |  |
|  | Filtry górnoprzepustowe: 0,02; 0,05; 0,15 Hz  Filtry dolnoprzepustowe: 40; 100; 150; 300 Hz | TAK |  |
|  | Prędkość min. 5, 10, 25, 50 mm/s. | TAK |  |
|  | Czułość min. 2.5, 5, 10, 20 mm/mV. | TAK |  |
|  | Anatomiczna kolorowa mapa odprowadzeń prezentująca miejsca i etykiety nieprawidłowo podłączonych lub odłączonych odprowadzeń/elektrod. Mapa dostępna pod przyciskiem i włączająca się na ekranie urządzenia przy każdym włączeniu. | TAK |  |
|  | Funkcja oznaczania jakość sygnału z poszczególnych za pomocą min. 4 kolorów. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do kontroli umiejscowienia odprowadzeń wykrywające min. 19 różnych zmian umiejscowienia . | TAK |  |
|  | Wyświetlanie miejsc i etykiet wszystkich nieprawidłowo podłączonych lub odłączonych odprowadzeń. | TAK |  |
|  | Zintegrowane graficzne ekrany pomocy dla podstawowych funkcji. | TAK |  |
|  | Pamięć urządzenia:  - min. 1000 zapisów EKG w pamięci wewnętrznej  - możliwość zapisywania badań EKG na zewnętrznym nośniku | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V/50Hz. | TAK |  |
|  | Współczynnik CMRR min. 125 dB | TAK |  |
|  | Pojemność akumulatora min. 1200mAh | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy, umożliwiający wykonanie min. 70 raportów EKG lub min. 120 min ciągłej rejestracji rytmu. Praca ciągła bez drukowania min. 6h. | TAK |  |
|  | Automatyczne przejście aparatu EKG w stan gotowości oraz w stan wyłączenia po minięciu określonego czasu. | TAK |  |
|  | Sygnalizacja poziomu naładowania akumulatora wraz z pozostałym czasem prazy oraz ilością cykli baterii. | TAK |  |
|  | W celu oszczędności i ochrony baterii aparat posiada ustawienie po ilu minutach bezczynności przejdzie w stan uśpienia oraz po ilu minutach automatycznie się wyłączy. | TAK |  |
|  | Obwody wejściowe odporne na impuls defibrylacyjny. | TAK |  |
|  | Wbudowany tryb szkoleniowy (demo) z symulacją zapisów EKG do nauki obsługi. | TAK |  |
|  | Rozdzielczość wydruku min. 200x500 dpi, szerokość min. 210 mm, łatwy dostęp do papieru - możliwość wymiany papieru z boku urządzenia. | TAK |  |
|  | Wbudowana drukarka na papier termiczny z czujnikiem pozycjonowania papieru oraz czujnikiem temperatury głowicy. Możliwość podglądu zapisów EKG na pełnym ekranie przed wydrukiem. | TAK |  |
|  | Papier termiczny, składany, szerokość papieru 210 mm, z znacznikiem pozycjonującym. | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia drukarki zewnętrznej sieciowej i drukarki podłączonej na USB. | TAK |  |
|  | Możliwość dodawania własnych dowolnych pól definiowalnych w formie np. listy rozwijanej z możliwością wydrukowania na raporcie EKG. | TAK |  |
|  | Możliwość włączenia dodatkowych informacji klinicznych pacjenta takich jak: objawy, wywiad, przepisane leki, rozpoznania, ciśnienie krwi z możliwością wydrukowania na raporcie EKG. | TAK |  |
|  | Możliwość włączenia informacji dodatkowych takich jak: placówka, oddział, ID operatora, sala, masa ciała, wzrost z możliwością wydrukowania na raporcie EKG. | TAK |  |
|  | Możliwość szybkiej wymiany akumulatora przez użytkownika, bez konieczności przerywania pracy, stosowania narzędzi i interwencji serwisu. | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzania hasła użytkownika. | TAK |  |
|  | Możliwość nadania kont użytkowników z loginami i hasłami z możliwością przypasania odpowiednich poziomów dostępu. | TAK |  |
|  | Możliwość zablokowania portów USB przed eksportem badań z urządzenia. | TAK |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia szybkich testów konserwacyjnych sprawdzających podstawowe funkcje aparatu. | TAK |  |
|  | Możliwość zapisywania i wczytywania ustawień konfiguracyjnych aparatu, ustawień sieciowych oraz dziennika zdarzeń z i do aparatu. | TAK |  |
|  | Moduł komunikacyjny LAN/Ethernet | TAK |  |
|  | Moduł komunikacji bezprzewodowej WiFi 5 802.11(a/b/g/n/ac) | TAK |  |
|  | Standardy zabezpieczeń WEP, WPA2, WPA3 Personal, WPA3 Enterprise | TAK |  |
|  | Czytnik kodów kreskowych. | TAK |  |
|  | 12-min historia zapisów ze wszystkich 12 odprowadzeń. Możliwość wyboru dowolnego zapisu 10-sekundowego z historii. | TAK |  |
|  | Możliwość dodawania 10 znaczników do listy zdarzeń przez operatora na ekranie odprowadzeń i zapisywania ich w historii zapisu, co umożliwia szybki dostęp do interesujących odcinków i wskazanie ich do analizy. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zapis danych w formacie o standardzie DICOM . | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję listy roboczej zleceń badań EKG z serwera. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o komunikację HL7 ADT– informacje demograficzne pacjenta i ich pobieranie z serwera | TAK |  |
|  | Dedykowany stabilny wózek jezdny z koszykami na akcesoria. Wózek wyposażony w 4 koła z możliwością blokady całkowitej. 2 koła z możliwością blokady przód/tył. Dedykowane miejsce na zapasowy papier do EKG. Giętki wysięgnik na kable EKG pacjenta zapobiegający plątaniu się przewodów. Wózek z uziemieniem elektrycznym. Wózek z regulowaną wysokością blatu za pomocą układu gazowego dostępnego pod przyciskiem. | TAK |  |
|  | Wózek z specjalnym pojemnikiem do przechowywania odprowadzeń z elektrodami. | TAK |  |
|  | Akcesoria:  - przewód pacjenta -min. 1 szt  - Elektrody kończynowe – min. 1 szt  - Elektrody przedsercowe – min. 1 szt  - papier min. 10 szt.  - kabel EKG lub łącznik do elektrod jednorazowych – min 1 szt  - pas gumowy – min. 1 szt  - Żel EKG – min 1 szt | TAK |  |
|  | Możliwość czyszczenia i dezynfekcji ekranu dotykowego za pomocą roztworu alkoholu izopropylowego | TAK |  |
|  | Możliwość czyszczenia i dezynfekcji obudowy aparatu i przewodów pacjenta następującymi środkami: alkohol izopropylowy lub etanol (roztwór 70%), mydło z wodą. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5– przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze )  W przypadku konieczności wykonania naprawy w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji.  W przypadku konieczności wykonania przeglądu w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 **Holter ABP – 5 szt** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV – 33100000-1**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Holter ABP – 5 szt** | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Ambulatoryjny pomiar ciśnienia tętniczego krwi z mankietów naramiennych metodą oscylometryczną | TAK |  |
|  | Algorytm pomiaru wyposażony w filtr artefaktów i czynności oddechowej pacjenta | TAK |  |
|  | Klasyfikacja bezpieczeństwa części aplikacyjnej rejestratora wg. PN EN 60601-1 | TAK |  |
|  | Rejestrator przeznaczony do pomiaru ciśnienia dla dorosłych i dzieci | TAK |  |
|  | Rejestrator posiadający walidacje do używania | TAK |  |
|  | Rejestrator posiadający walidacje do używania w grupie pacjentów pediatrycznych | TAK |  |
|  | Czas pomiaru min. 5 dni | TAK |  |
|  | Liczba pomiarów w pojedynczym badaniu min. 250 | TAK |  |
|  | Czas trwania pojedynczego oznaczenia ciśnienia max. 60s | TAK |  |
|  | Maksymalny czas pomiaru związany z napełnieniem mankietu pomiarowego ograniczony zabezpieczeniem w rejestratorze max. 180 s | TAK |  |
|  | Tryb pomiarowy dla dzieci umożliwiający dostosowanie ciśnienia w mankiecie dla pierwszego pomiaru w badaniu oraz maksymalnego ciśnienia w czasie badania | TAK |  |
|  | Adaptacyjne sterowanie ciśnieniem okluzji w kolejnych pomiarach w badaniu, odpowiednio do wartości wyznaczonych wcześniej | TAK |  |
|  | Automatyczne powtórzenie nieudanego pomiaru | TAK |  |
|  | Oznaczenie dla każdego pomiaru ciśnienia wartości ciśnienia skurczowego (SBP), rozkurczowego (DBP), średniego ciśnienia tętniczego (MAP) oraz wartości pulsu (PR) | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy dla ciśnienia skurczowego (SBP) min. od 60 do 260 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy dla ciśnienia rozkurczowego (DBP) min. od 30 do 200 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy dla średniego ciśnienia tętniczego (MAP) min. od 40 do 230 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy dla wartości pulsu (PR) min. od 40 do 180 bpm +/- 5 mmHg | TAK |  |
|  | Błąd pomiaru i wyznaczenia wartości ciśnień (SBP, DBP, MAP) +/- 1 bpm | TAK |  |
|  | Błąd pomiaru i wyznaczenia wartości pulsu (PR) min. 4 | TAK |  |
|  | Programowane okresy pomiarowe pozwalające na określenie interwału pomiędzy kolejnymi pomiarami ciśnienia | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia rejestratora na kolejne badanie w tym ustawienia min. 2 dowolnych okresów pomiarowych, bezpośrednio na rejestratorze (bez udziału komputera) | TAK |  |
|  | Możliwość wyłączenia wyświetlania wartości pomiarów w czasie badania | TAK |  |
|  | Możliwość włączenia lub wyłączenia dla dowolnego okresu pomiarowego ostrzeżenia dźwiękowego o rozpoczynającym się pomiarze | TAK |  |
|  | Interwały pomiędzy pomiarami ustawiane dla okresów pomiarowych niezależnie | TAK |  |
|  | Najkrótszy interwał pomiędzy pomiarami możliwy do ustawienia 5 min | TAK |  |
|  | Najdłuższy interwał pomiędzy pomiarami możliwy do ustawienia 120 min | TAK |  |
|  | Pamięć nieulotna pomiarów min. 250 pomiarów | TAK |  |
|  | Obudowa możliwa do czyszczenia i dezynfekcji | TAK |  |
|  | Klasa szczelności gotowego do pracy rejestratora z futerałem i mankietem min. IP22 | TAK |  |
|  | Rozmiar rejestratora maks. 110 mm x 30 mm x 80 mm | TAK |  |
|  | Waga rejestratora maks. 200 g | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe lub bateryjne | TAK |  |
|  | Pomiar ciśnienia przy wykorzystaniu mankietów naramiennych w rozmiarach dla dorosłych i dzieci min. 4 rozmiary mankietów, podać dostępne rozmiary mankietów | TAK |  |
|  | Najmniejszy obwód ramienia pacjenta objęty mankietem przeznaczonym dla rejestratora min. 12 cm | TAK |  |
|  | Największy obwód ramienia pacjenta objęty mankietem przeznaczonym dla rejestratora min. 50 cm | TAK |  |
|  | Mankiety wielokrotnego użycia z mocowaniem na rzep i konstrukcją umożliwiającą samodzielne zamocowanie na ramieniu przez pacjenta | TAK |  |
|  | Metalowa szybko-złączka zatrzaskowa łącząca przewód mankietu z rejestratorem | TAK |  |
|  | Różne rodzaje materiału rękawa mankietów przeznaczonych dla rejestratora | TAK |  |
|  | Dostępne mankiety przeznaczone dla jednego pacjenta (nie przeznaczone do czyszczenia) | TAK |  |
|  | Standardowe złącze komunikacyjne USB wbudowane w rejestrator, do programowania i odczytu danych niewymagające używania dodatkowych adapterów i czytników | TAK |  |
|  | Czas odczytu całego badania z pamięci rejestratora do komputera maks. 60 s | TAK |  |
|  | Pełna współpraca z systemem Sentinel posiadanym przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | **Wyposażenie:** | | |
|  | Mankiet materiałowy w rozmiarze ok. 17 - 26 cm (+/- 3 cm) – po 1 na rejestrator | TAK |  |
|  | Mankiet materiałowy w rozmiarze ok. 24 - 32 cm (+/- 3 cm) – po 1 na rejestrator | TAK |  |
|  | Mankiet materiałowy w rozmiarze ok. 32 - 42 cm (+/- 3 cm) – po 1 na rejestrator | TAK |  |
|  | Futerał wielorazowy na rejestrator z paskiem – po 1 na rejestrator | 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 na całość aparatu – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 - 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów technicznych w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 6

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Kod CPV – 33100000-1**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Holter EKG – 5 szt** | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Ciągła rejestracja rzeczywistego sygnału EKG z elektrod | TAK |  |
|  | Ciągła rejestracja 3 kanałowego EKG min. 10 dni | TAK |  |
|  | Ciągła rejestracja 12 kanałowego EKG min. 2 dni | TAK |  |
|  | Klasyfikacja bezpieczeństwa części aplikacyjnej rejestratora wg. PN EN 60601 | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa układu rejestrującego EKG min. 10 mOhm | TAK |  |
|  | Zakres amplitudowy rejestrowanego sygnału min. 10 mV | TAK |  |
|  | Rozdzielczość amplitudowa rejestrowanego sygnału min. 12 bit | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania sygnału EKG min. 2 kHz | TAK |  |
|  | Współczynnik tłumienia sygnału wspólnego CMRR min. 80 dB dla częstości co najmniej 20 Hz i 60 Hz | TAK |  |
|  | Detekcja impulsów implantowanego stymulatora serca dla unipolarnego i bipolarnego typu stymulacji i z obu jam serca | TAK |  |
|  | Kryteria rozróżniania impulsów stymulacji w zakresie amplitudy impulsu min. zakres od 2 mV do 200 mV | TAK |  |
|  | Kryteria rozróżniania impulsów stymulacji w zakresie czasu trwania impulsu min. zakres od 0.1 ms do 2 ms | TAK |  |
|  | Kompaktowa obudowa rejestratora przystosowana do czyszczenia i dezynfekcji na mokro różnymi środkami | TAK |  |
|  | Kształt obudowy wykonany bez elementów ruchomych i wymiennych oraz powierzchnia obudowy bez zagłębień i wklęsłości utrudniających czyszczenie i dezynfekcję | TAK |  |
|  | Klasa wykonania obudowy wg. standardu szczelności min. IP67 | TAK |  |
|  | Odporność rejestratora na upadek swobodny z wysokości min. 1 m zgodnie z normą IEC PN 60601 | TAK |  |
|  | Masa rejestratora z przewodem pacjenta, gotowego do badania maks. 90 g | TAK |  |
|  | Wymienny przewód pacjenta z automatycznym rozpoznawaniem trybu zapisu przez rejestrator | TAK |  |
|  | Różne konfiguracje przewodów pacjenta (ilość elektrod) | TAK |  |
|  | Rejestracja 3 kanałowego EKG z maks. 4 elektrod | TAK |  |
|  | Rejestracja 12 kanałowego EKG z 10 elektrod | TAK |  |
|  | Rejestracja z jednoczęściowego plastra elektrodowego tzw. patch, co najmniej 2 kanały EKG | TAK |  |
|  | Zasilanie na cały okres rejestracji dla dowolnego trybu pracy bez wymiany baterii lub ładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Sygnalizacja niewystarczającego poziomu zasilania przed uruchomieniem rejestracji | TAK |  |
|  | Podgląd wszystkich rejestrowanych kanałów EKG oraz detekcji impulsów stymulatora bezpośrednio na rejestratorze | TAK |  |
|  | Programowanie rejestratora danych danymi pacjenta i badania przez analizator | TAK |  |
|  | Interfejs użytkownika i komunikaty menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Wbudowana pamięć nieulotna dla całego okresu rejestracji EKG min. 16 GB | TAK |  |
|  | Liczba próbek EKG zapisywanych w pamięci rejestratora dla każdego kanału EKG badania min. 128 / s | TAK |  |
|  | Standardowe złącze komunikacyjne USB wbudowane w rejestrator, do programowania i odczytu danych niewymagające używania dodatkowych adapterów i czytników | TAK |  |
|  | Czas odczytu całego zapisu EKG z pamięci rejestratora do komputera maks. 90 s | TAK |  |
|  | Pełna współpraca z systemem Pathfinder i Sentinel posiadanym przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Ciągła rejestracja rzeczywistego sygnału EKG z elektrod | TAK |  |
|  | Ciągła rejestracja 3 kanałowego EKG | TAK |  |
|  | **Wyposażenie:** | | |
|  | Wymienny przewód 3-kanałowy 3-odprowadzeniowy, kompatybilny z rejestratorem, długość odprowadzeń C5/M/C5R odpowiednio 510/560/510 mm –po jednej szt na rejestrator | TAK |  |
|  | Wymienny Przewód 12-kanałowy 10-odprowadzeniowy, kolory IEC, kompatybilny z rejestratorem, długość odprowadzeń L/F/C6/ C5/C4/C3/C2/C1/N/R odpowiednio 610/585/635/535/ 460/355/330/330/380/610 mm – po jednej szt na rejestrator | TAK |  |
|  | Uchwyt typu klips do rejestratora – po jednej szt na rejestrator | 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 na całość aparatu – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 - 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów technicznych w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 7

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **zestaw pomp infuzyjnych – 4 kpl**, montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV 33194110-0**

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

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

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

**Rok produkcji : 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. **1** | **Zestaw pomp infuzyjnych – 4 kpl** | | |
|  | **Parametry wymagane:** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| 1. **5** | **Pompa infuzyjna strzykawkowa – 12 sztuk** | **TAK** |  |
| 1. 6 | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie przeznaczona do stosowania u dorosłych, dzieci i noworodków do tymczasowego lub ciągłego podawania roztworów pozajelitowych i dojelitowych za pośrednictwem standardowych medycznych dróg dostępu. Do tych dróg należą m.in.: droga dożylna, dotętnicza, podskórna, zewnątrzoponowa i dojelitowa. | TAK |  |
| 1. 7 | Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci | TAK |  |
| 1. 8 | Klasa ochronności II lub równoważna | TAK |  |
| 1. 9 | Masa pompy gotowej do użycia poniżej 2 kg | TAK |  |
| 1. 0 | Wymiary pompy (Szer. x Wys. x Gł.) | TAK |  |
| 1. 11 | Dokładność podaży +/- 2% | TAK |  |
| 1. 12 | Menu pompy w języku polskim | TAK |  |
| 1. 13 | Instrukcja obsługi zaimplemetnowana w menu pompy, ułatwiająca obsługę urządzenia podczas zakładania strzykawki. | TAK |  |
| 1. 14 | Stopień ochrony IP 44 lub równoważny, chroniący przed bryzgami wody z dowolnego kierunku | TAK |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz 5", umożliwiający pełne dotykowe sterowanie i obsługę pompy; Wysoka rozdzielczość wyświetlanych informacji, min. 800x240 punktów. | TAK |  |
|  | Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy; Możliwość łączenia pomp w moduły i przenoszenia bez użycia stacji dokującej - 3 pompy na jednym uchwycie; Odłączalny chwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych, oraz szyn poziomych. Zakres regulacji min. 16-40mm. | TAK |  |
|  | Strzykawka automatycznie mocowana od przodu, chroniona przed drzwiczki pompy; Mechanizm blokujący tłok strzykawki, zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem działający niezależnie od położenia głowicy napędowej w stosunku do tłoka strzykawki. Aktualny status strzykawki wyświetlany na ekranie pompy w formie graficznej. | TAK |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3,5, 10, 20, 30 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów | TAK |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie w stacji dokującej, bez konieczności przykręcania | TAK |  |
|  | Komunikacja pomiędzy pompą a stacja dokującą odbywa się za pośrednictwem IrDA | TAK |  |
|  | Pompa wyposażona w moduł łączności bezprzewodowej WLAN w standardach 802.11a, 802.11b, 802.11g, 802.11n; umożliwiający podłączenie urządzenia do szpitalnego systemu informatycznego w standardzie HL7-IHE; Wspierane prędkości transferu WLAN 802.11a (OFDM): 6/9/12/18/24/36/48/54 Mbit/s, 802.11b (DSSS, CCK): 1/2/5.5/11 Mbit/s, 802.11g (OFDM): 6/9/12/18/24/36/48/54 Mbit/s 802.11n (OFDM, HT20, MCS 0-15):Full guard interval: 6.5/13/19.5/26/39/52/58.5/65/78/104/117 Mbit/s, Short guard interval: 1.2/14.4/21.7/28.9/29.9/43.3/57.8/65/72.2/86.7/115.6/130/144.4 Mbit/s; Standardy bezpieczeństwa: Wireless Equivalent Privacy (WEP), Wi-Fi Protected Access (WPA), IEEE 802.11i (WPA2),FIPS 140-2 Level 1 | TAK |  |
|  | Możliwość zdalnej aktualizacji oprogramowania pompy, oraz biblioteki leków bez konieczności przerywania pracy pompy | TAK |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 1800 ml/h ; Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji | TAK |  |
|  | Wstępnie wybierana objętość w zakresie 0,10 - 9999 ml programowana co 0,01 ml | TAK |  |
|  | Wstępnie wybierany czas w zakresie 00h01min - 99h59min | TAK |  |
|  | Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu | TAK |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, ng, IE, mmol, lub mEq ,z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK |  |
|  | Pompa wyposażona w system redukcji błędów dawki. | TAK |  |
|  | System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji | TAK |  |
|  | Bolus: Prędkość bolusa możliwa do zaprogramowania w zakresie1-1800 ml/h | TAK |  |
|  | Tryby bolusa: Bolus na żądanie; Bolus programowany z automatyczną kulkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu; | TAK |  |
|  | Możliwość podaży bolusa w jednostkach mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych | TAK |  |
|  | Stryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę | TAK |  |
|  | Regulacja intensywności podśwetlenia na 9 poziomach | TAK |  |
|  | Biblioteka leków z możłiwością wpisu min. 10000 leków, z możliwością podzielenia na min. 30 kategorii i 15 profili pacjentów; Każdy lek może być powiązany z limitami miękkimi, z limitami twardymi, oraz kolorowymi etykietami - min. 30 kombinacji kolorystycznych; Nazwa leku stale widoczna na wyświetlaczu pompy, również po wystapieniu dowolnego alarmu; Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera | TAK |  |
|  | Ciśnienie okluzji możliwe do ustawienia na min. 9 poziomach w zakresie od 75 do 900 mmHg; Wskaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator litowo - jonowy; Zasilanie z wbudowanego akumulatora ok. 10 godz. przy przepływie 25 ml/h; Czas ponownego ładowania ok. 5 godz.; Na wyświetlaczu widoczna precyzyjna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora w godzinach i minutach; Automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłaczonej do zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Pobór mocy w normalnych warunkach pracy ok. 3 W | TAK |  |
|  | Rozbudowany system alarmów wizualnych i dzwiękowych; | TAK |  |
|  | Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwościa zapisania do 1000 zdarzeń | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia informacji o dacie następnego przeglądu technicznego i wyświetlania jej przy każdym uruchomieniu pompy | TAK |  |
|  | **Pompa infuzyjna objętościowa – 4 sztuki** | **TAK** |  |
|  | Pompa objętościowa sterowana elektronicznie przeznaczona do stosowania u dorosłych, dzieci i noworodków do tymczasowego lub ciągłego podawania roztworów pozajelitowych i dojelitowych za pośrednictwem standardowych medycznych dróg dostępu. Do tych dróg należą m.in.: droga dożylna, dotętnicza, podskórna, zewnątrzoponowa i dojelitowa. | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci | TAK |  |
|  | Klasa ochronności II lub równoważna | TAK |  |
|  | Masa pompy gotowej do użycia poniżej 2 kg | TAK |  |
|  | Wymiary pompy (Szer. x Wys. x Gł.) | TAK |  |
|  | Dokładność podaży +/- 3% | TAK |  |
|  | Menu pompy w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi zaimplemetnowana w menu pompy, ułatwiająca obsługę urządzenia podczas zakładania linii jednorazowej. | TAK |  |
|  | Stopień ochrony IP 44 lub równoważny, chroniący przed bryzgami wody z dowolnego kierunku | TAK |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz 5", umożliwiający pełne dotykowe sterowanie i obsługę pompy; Wysoka rozdzielczość wyświetlanych informacji, min. 800x240 punktów. | TAK |  |
|  | Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy; Możliwość łączenia pomp w moduły i przenoszenia bez użycia stacji dokującej - 3 pompy na jednym uchwycie; Odłączalny chwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych, oraz szyn poziomych. Zakres regulacji min. 16-40mm. | TAK |  |
|  | Linia infuzyjna mocowana od przodu, chroniona przed drzwiczki pompy; Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem składający się z dwóch elementów – jeden w pompie jeden na drenie. | TAK |  |
|  | Dostępne linie infuzyjne do szerokiego spektrum terapii: podstawowe bezbarwne, chroniące przed światłem, do transfuzji, do terapii przeciwbólowych pracujące w systemie NRFit, do antybiotykoterapii, wielodrożne do onkologii pracujące w systemie zamkniętym, oraz dojelitowe pracujące w systemie ENFit | TAK |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie w stacji dokującej, bez konieczności przykręcania | TAK |  |
|  | Komunikacja pomiędzy pompą a stacja dokującą odbywa się za pośrednictwem IrDA | TAK |  |
|  | Pompa wyposażona w moduł łączności bezprzewodowej WLAN w standardach 802.11a, 802.11b, 802.11g, 802.11n; umożliwiający podłączenie urządzenia do szpitalnego systemu informatycznego w standardzie HL7-IHE; Wspierane prędkości transferu WLAN 802.11a (OFDM): 6/9/12/18/24/36/48/54 Mbit/s, 802.11b (DSSS, CCK): 1/2/5.5/11 Mbit/s, 802.11g (OFDM): 6/9/12/18/24/36/48/54 Mbit/s 802.11n (OFDM, HT20, MCS 0-15):Full guard interval: 6.5/13/19.5/26/39/52/58.5/65/78/104/117 Mbit/s, Short guard interval: 1.2/14.4/21.7/28.9/29.9/43.3/57.8/65/72.2/86.7/115.6/130/144.4 Mbit/s; Standardy bezpieczeństwa: Wireless Equivalent Privacy (WEP), Wi-Fi Protected Access (WPA), IEEE 802.11i (WPA2),FIPS 140-2 Level 1 | TAK |  |
|  | Możliwość zdalnej aktualizacji oprogramowania pompy, oraz biblioteki leków bez konieczności przerywania pracy pompy | TAK |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 1200 ml/h ; Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji | TAK |  |
|  | Wstępnie wybierana objętość w zakresie 0,10 - 9999 ml programowana co 0,01 ml | TAK |  |
|  | Wstępnie wybierany czas w zakresie 00h01min - 99h59min | TAK |  |
|  | Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu | TAK |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, ng, IE, mmol, lub mEq ,z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK |  |
|  | Pompa wyposażona w system redukcji błędów dawki. | TAK |  |
|  | System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji | TAK |  |
|  | Bolus: Prędkość bolusa możliwa do zaprogramowania w zakresie1-1200 ml/h | TAK |  |
|  | Tryby bolusa: Bolus na żądanie; Bolus programowany z automatyczną kulkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu; | TAK |  |
|  | Możliwość podaży bolusa w jednostkach mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych | TAK |  |
|  | Stryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę | TAK |  |
|  | Regulacja intensywności podśwetlenia na 9 poziomach | TAK |  |
|  | Biblioteka leków z możłiwością wpisu min.10000 leków, z możliwością podzielenia na min. 30 kategorii i 15 profili pacjentów; Każdy lek może być powiązany z limitami miękkimi, z limitami twardymi, oraz kolorowymi etykietami - min. 30 kombinacji kolorystycznych; Nazwa leku stale widoczna na wyświetlaczu pompy, również po wystapieniu dowolnego alarmu; Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera | TAK |  |
|  | Ciśnienie okluzji możliwe do ustawienia na min. 9 poziomach w zakresie od 50 do 825 mmHg; Wzkaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator litowo - jonowy; Zasilanie z wbudowanego akumulatora ok. 6 godz. przy przepływie 100 ml/h; Czas ponownego ładowania ok. 5 godz.; Na wyświetlaczu widoczna precyzyjna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora w godzinach i minutach; Automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłaczonej do zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Pobór mocy w normalnych warunkach pracy ok. 4 W | TAK |  |
|  | Rozbudowany system alarmów wizualnych i dzwiękowych; | TAK |  |
|  | Czułość techniczna wykrywania pęcherzyków powietrza≥ 0.01 mL | TAK |  |
|  | Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwościa zapisania do 1000 zdarzeń | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia informacji o dacie następnego przeglądu technicznego i wyświetlania jej przy każdym uruchomieniu pompy | TAK |  |
|  | **Stacja dokująca – 4 sztuki** | **TAK** |  |
|  | Stacja dokująca dla pomp strzykawkowych i objętościowych umożliwiająca zasilanie wszystkich podłączonych pomp jednym przewodem zasilającym. | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci | TAK |  |
|  | Klasa ochronności I lub równoważna | TAK |  |
|  | Ze względów bezpieczeństwa wszystkie złącza zasilania są wyłączone do momentu włożenia pompy. | TAK |  |
|  | Waga stacji dokującej dla 4 pomp poniżej 6 kg | TAK |  |
|  | Wymiary stacji razem z pokrywą (Szer. x Wys. x Gł.) | TAK |  |
|  | Stopień ochrony IP 44 lub równoważny, chroniący przed bryzgami wody z dowolnego kierunku | TAK |  |
|  | Wbudowany uchwyt do mocowania stacji do kolumn anestezjologicznych, stojaków infuzyjnych | TAK |  |
|  | Możliwość łączenia stacji w moduły bez użycia specjalnych narzędzi. | TAK |  |
|  | Zespół połączonych stacji dokujących umożliwia pracę do 24 pomp w obrębie jednego stanowiska. | TAK |  |
|  | Stacja wyposażona w sygnalizację świetlną oraz akustyczną, pozwalająca łatwo zidentyfikować status infuzji. | TAK |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie pomp. | TAK |  |
|  | Stacja wyposażona w interfejs przywaołania personelu | TAK |  |
|  | Komunikacja pomiędzy pompą a stacja dokującą odbywa się za pośrednictwem IrDA | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowania stacji dokującej o moduł komunikacyjny | TAK |  |
|  | Pokrywa stacji wyposazona w profil do odłożenia strzykawki podczas wymiany. | TAK |  |
|  | **Statyw do stacji – 4 sztuki** | **TAK** |  |
|  | Statyw jezdny min. do zamocowania pomp infuzyjnych lub do zawieszenia 4 opakowań z płynem | TAK |  |
|  | Podstawa stalowa lakierowana proszkowo | TAK |  |
|  | Kolumna i głowica ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie: 1600-2000 mm | TAK |  |
|  | Średnica podstawy: 610 mm | TAK |  |
|  | Przystosowany do mocowania pomp infuzyjnych wraz z dodatkowym osprzętem | TAK |  |
|  | Podstawa pięcioramienna na kołach o średnicy min. 75 mm, w tym min. dwa z blokadą. | TAK |  |
|  | Głowica na 4 haczyki | TAK |  |
|  | Listwa zasilająca | TAK |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur i szyn medycznych pionowych i poziomych – 4 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 - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów technicznych w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 8

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Bieżnia medyczna - 1 szt** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV 33190000-8**

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

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

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

**Rok produkcji : 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. **1** | **Bieżnia medyczna - 1 szt** | | |
|  | **Parametry wymagane:** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| 1. 5 | Oprogramowanie medyczne sterujące modułem analizy przepływu i gazów w języku polskim, zainstalowane na własnej stacji roboczej o parametrach, co najmniej:  komputer z procesorem spełniającym poniższe wymagania:   * pamięć RAM komputera min. 32 GB, * pamięć dyskowa min. 1 TB * system operacyjny Windows 11 Pro lub równoważny gwarantujący poprawność działania oprogramowania, * drukarka laserowa kolorowa -model do wyboru przez Zamawiającego na etapie realizacji dostawy * monitor co najmniej 24”, * akcesoria komputerowe i przewody połączeniowe | TAK |  |
| 1. 6 | Wózek jezdny medyczny mieszczący moduły pomiarowe i stację roboczą sterowania badaniem wysiłkowym wyposażony w transformator separujący zgodnie z wymaganiami IEC 60601-1. | TAK |  |
| 1. 7 | Moduł do rejestracji sygnału EKG podczas spoczynku oraz wysiłku, z akcesoriami:   * 10-elektrodowy przewód pacjenta o długości maks. 1,2 m, w ilości min. 1 szt. * futerał z paskiem biodrowym, w ilości min. 1 szt.   1 kpl. odpowiednich akumulatorków z ładowarką sieciową lub 100 szt. baterii alkalicznych odpowiedniego rodzaju. | TAK |  |
| 1. 8 | Oprogramowanie medyczne sterujące modułem do rejestracji sygnału EKG w języku polskim zainstalowane na stacji roboczej. | TAK |  |
| 1. 9 | Moduł pulsoksymetru (spO2), współpracujący bezpośrednio z oprogramowaniem do rejestracji przepływów i gazów oddechowych, z akcesoriami:  czujnik na palec, elastyczny w rozmiarze średnim w ilości min. 1 szt. | TAK |  |
| 1. 0 | Moduł pomiaru ciśnienia tętniczego (NIBP) współpracujący bezpośrednio z oprogramowaniem do rejestracji przepływów i gazów oddechowych, z akcesoriami:   * mankiet pomiarowy w rozmiarze średnim w ilości min. 1 szt.,   mankiet pomiarowy w rozmiarze małym w ilości min. 1 szt. | TAK |  |
| 1. 11 | Bieżnia diagnostyczna z podłączeniem do stacji sterującej | TAK |  |
| 1. 12 | **BAZA DANYCH SYSTEMU I INTEGRACJA** | | |
| 1. 13 | Baza danych oparta o rozwiązanie zgodne ze standardem MS SQL. | TAK |  |
| 1. 14 | Baza danych gotowa do zainstalowania na zewnętrznym urządzeniu serwerowym, tj. poza stacją roboczą z zestawu. | TAK |  |
|  | Dostęp do bazy danych z oprogramowania zainstalowanego na stacji roboczej zestawu oraz co najmniej dwóch dodatkowych stanowisk roboczych sieciowych jednocześnie. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie zawierające kartotekę pacjentów i badań, wykonywanie badań spoczynkowych oraz wysiłkowych z możliwością rozbudowy o moduł ergospirometrii. | TAK |  |
|  | Wyszukiwanie pacjentów i badań według co najmniej:   * imienia, nazwiska lub numeru porządkowego przydzielonego w oprogramowaniu | TAK |  |
|  | Prezentacja wykresu trendu wyników badań pacjenta, z możliwością wybrania śledzonych parametrów | TAK |  |
|  | Konfiguracja zawartości ekranów badań i raportów drukowanych, co najmniej dla:   * parametrów zawartych w tabelach i ich kolejności, * zawartości wykresów, pól danych pacjenta na raporcie. | TAK |  |
|  | Tworzenie szablonów opisów słownych badania, zawierających pola wybranych parametrów, z automatycznym uzupełnianiem ich wartości po badaniu, podczas tworzenia raportu. | TAK |  |
|  | Bezpośrednia współpraca oprogramowania do rejestracji sygnału EKG, zapewniająca co najmniej:   * wprowadzanie danych pacjenta i badania, * rozpoczynanie badania wysiłkowego, * bieżącą rejestrację w czasie badania wysiłkowego, w tym co najmniej informacje o czasie trwania badania, czasie trwania obciążenia, aktualnej fazie i etapie badania, * automatyczne przekazywanie informacji dotyczących pomiarów NIBP do oprogramowania sterującego rejestracją przepływów i gazów oddechowych, w tym co najmniej SBP i DBP | TAK |  |
|  | Oprogramowanie gotowe do podłączenia innego oprogramowania z wykorzystaniem standardu XDT, co najmniej w zakresie uruchamiania zewnętrznego oprogramowania i automatycznego przekazywania danych pacjenta | TAK |  |
|  | **POMIAR spO2** | | |
|  | Nieinwazyjny pomiar saturacji obwodowej zintegrowany z oprogramowaniem do rejestracji przepływów i gazów oddechowych | TAK |  |
|  | Technologia pomiaru dostosowana do warunków badania wysiłkowego z algorytmem wykrywającym artefakty ruchowe, z dokładnością pomiaru dla warunków ruchu pacjenta nie gorszą niż ± 3 cyfry dla zakresu co najmniej 70% - 100% | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu co najmniej 18 - 310 bpm | TAK |  |
|  | Moduł pomiarowy współpracujący z wymiennymi czujnikami pomiarowymi, w wersji mocowania:   * na palcu dłoni, * na płatku usznym,   przyklejany na powierzchni czoła lub skroni. | TAK |  |
|  | Moduł o wadze nie większej niż 80 g, mocowany na nadgarstku pacjenta, z bezprzewodową komunikacją ze stacją roboczą zestawu i oprogramowaniem do rejestracji przepływu i gazów oddechowych. | TAK |  |
|  | Ciągła rejestracja parametrów: PR, spO2, wskaźnika jakości sygnału | TAK |  |
|  | **OPROGRAMOWANIE DO REJESTRACJI SYGNAŁU EKG** | | |
|  | Ciągły zapis 12-kanałowego EKG z modułu pacjenta w układzie standardowym lub Cabrera z możliwością wybrania prezentacji w formacie co najmniej:   * 2 zestawy po 6 odprowadzeń na ekranie   1 zestaw 12 odprowadzeń na ekranie | TAK |  |
|  | Wykrywanie impulsów stymulatora pracy serca na wszystkich lub wskazanych odprowadzeniach EKG. | TAK |  |
|  | Wykrywanie braku połączenia elektrody z pacjentem w czasie rejestracji sygnału EKG | TAK |  |
|  | Ocena jakości podłączenia elektrod przed uruchomieniem badania wysiłkowego poprzez co najmniej:   * pomiar impedancji każdego odprowadzenia, * pomiar poziomu zakłóceń każdego odprowadzenia,   bieżący obraz EKG | TAK |  |
|  | Filtrowanie rejestrowanego sygnału EKG co najmniej w zakresie:   * stabilizacji linii izoelektrycznej, * zakłóceń częstotliwości sieciowej 50 Hz,   zakłóceń ruchowych i mięśniowych 25 Hz i 40 Hz. | TAK |  |
|  | Wyznaczenie bieżącej średniej zespołu QRS (tzw. mediana) dla każdego odprowadzenia rejestrowanego sygnału EKG z możliwością co najmniej:   * prezentacji wszystkich median razem z bieżącym zapisem EKG, * nałożenia mediany na uśrednienie wyznaczone jako referencyjne, * pomiar bieżącej wartości położenia i nachylenia odcinka ST,   zmiany punktu pomiaru położenia odcinka ST w stosunku do punktu J. | TAK |  |
|  | Przeglądanie zarejestrowanego wcześniej zapisu EKG, podczas wykonywania badania wysiłkowego, z możliwością drukowania wybranych fragmentów zapisu wcześniejszego. | TAK |  |
|  | Prezentacja bieżących parametrów badania, co najmniej:   * HR bieżący i docelowy oraz %HR docelowego, * wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, * czas badania i obciążenia wysiłkiem, * parametry obciążenia (prędkość i nachylenie lub prędkość obrotowa i moc),   wyliczone wartości parametrów ekwiwalentów oceny metabolicznej METs i RPP | TAK |  |
|  | Wartość parametru METs wyliczana automatycznie na podstawie parametrów zadanego obciążenia, na podstawie algorytmu ACSM, co najmniej jako:   * wartość stała dla zadanego obciążenia   wartość narastająca dla zadanego obciążenia w ustalonym okresie czasu, w zakresie od wartości wyjściowej do docelowej zgodnej z zadanym obciążeniem | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar położenia odcinka ST w stosunku do linii izoelektrycznej oraz nachylenia ST, dla wszystkich wskazanych odprowadzeń EKG. | TAK |  |
|  | Automatyczne programy obciążenia oraz możliwość ręcznej kontroli parametrów obciążenia odpowiednio do używanego urządzenia wysiłkowego, co najmniej:   * protokół ze skokowym przyrostem obciążenia, * protokół z liniowym przyrostem obciążenia tzw. RAMP, * gotowe typowe protokoły obciążenia w tym Bruce, Bruce zmodyfikowany, Naughton, Naughton zmodyfikowany, Balke, Dubowy, USAF/SAM, * programowanie dodatkowych protokołów z wybranym sposobem przyrostu obciążenia oraz liczbą etapów obciążenia,   bieżąca korekta protokołu obciążenia bezpośrednio przed uruchomieniem badania wysiłkowego, w zakresie początkowych i docelowych wartości obciążenia, z graficzną ilustracją krzywej obciążenia. | TAK |  |
|  | Drukowanie EKG w czasie trwania badania oraz po jego zakończeniu, dla każdego wskazanego momentu rejestracji, co najmniej jako:   * bieżący obraz 10-sekundowego elektrokardiogramu w układach: 2 zestawy po 6 odprowadzeń na stronie poziomo, 1 zestaw 12 odprowadzeń na stronie pionowo * uśrednione zespoły QRS,   ciągły zapis elektrokardiogramu w odcinkach dłuższych niż 10 s, tzw. długa taśma, w układzie 3 odprowadzeń na wiersz strony. | TAK |  |
|  | Automatyczne zapisywanie wyników badania zawierających co najmniej:   * tabelaryczne podsumowanie okresów obciążenia i osiągniętych wartości parametrów HR, METs, SBP, DBP, liczby VE * wykonany program obciążenia z podaniem czasu trwania obciążenia i badania, * wybrane obrazy 10-sekundowych elektrokardiogramów,   zestawienie uśrednionych zespołów QRS wraz z pomiarami ST. | TAK |  |
|  | **REJESTRACJA SYGNAŁU EKG** | | |
|  | Rejestracja zapisu EKG wykonywana przez moduł pacjenta zintegrowany z oprogramowaniem do rejestracji sygnału EKG | TAK |  |
|  | Moduł z przewodową komunikacją cyfrową ze stacją roboczą zestawu i oprogramowaniem. | TAK |  |
|  | Moduł pacjenta mocowany na pasku biodrowym z wymiennym 10-elektrodowym przewodem pacjenta | TAK |  |
|  | Moduł pacjenta z częścią aplikacyjną typu CF i z układem zabezpieczającym wzmacniacze EKG przed uszkodzeniem od wyładowania defibrylatora | TAK |  |
|  | Częstość próbkowania każdego kanału rejestrowanego sygnału EKG co najmniej 8000 Hz. | TAK |  |
|  | Pasmo częstotliwościowe rejestrowanego sygnału EKG co najmniej 0,05 - 150 Hz | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przetworzonego sygnału EKG 1 𝜇V lub wartość niższa | TAK |  |
|  | Współczynnik tłumienia IMRR powyżej 120 dB | TAK |  |
|  | Moduł z sygnalizacją wizualną stanu włączenia oraz stanu podłączenia do oprogramowania sterującego | TAK |  |
|  | Moduł o wymiarach nie większych niż 120 mm x 70 mm x 30 mm i wadze nie większej niż 180 g | TAK |  |
|  | Moduł zasilany z komputera. | TAK |  |
|  | **POMIAR NIBP** | | |
|  | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego zintegrowany z oprogramowaniem do rejestracji przepływów i gazów oddechowych lub oprogramowaniem do rejestracji EKG, co najmniej z:   * automatycznym bezpośrednim przesyłaniem wyników pomiaru z aparatu do oprogramowania: co najmniej SBP i DBP,   automatycznym uruchamianiem pomiaru wg. ustalonych w oprogramowaniu interwałów czasowych lub na żądanie | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar ciśnienia w fazie wysiłku, metodą osłuchową bramkowany EKG bez konieczności używania dodatkowych elektrod i przewodów. | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar w fazie spoczynku metodą oscylometryczną | TAK |  |
|  | Zakres mierzonych ciśnień:   * najmniejsza wartość ciśnienia rozkurczowego nie większa niż 25 mmHg, * największa wartość ciśnienia skurczowego nie mniejsza niż 250 mmHg | TAK |  |
|  | Zgodność pomiarów automatycznych z pomiarami wykonywanymi metodą osłuchową (wg. ANSI/AAMI/ISO 81060-2) | TAK |  |
|  | Weryfikacja tonów Korotkoffa poprzez wbudowane wyjście słuchawkowe aparatu | TAK |  |
|  | Wbudowany kolorowy wyświetlacz o przekątnej co najmniej 7”, zapewniający czytelną prezentację zmierzonych wartości. | TAK |  |
|  | Mankiet pomiarowy składający się z rękawa zintegrowanego z pęcherzem oraz wymiennego mikrofonu osłuchowego chowanego w wewnętrznej kieszeni rękawa na wysokości przebiegu tętnicy ramieniowej. | TAK |  |
|  | **BIEŻNIA DIAGNOSTYCZNA** | | |
|  | Nośność pasa bieżni co najmniej 200 kg | TAK |  |
|  | Prędkość pasa bieżni regulowana co najmniej w zakresie od 0.8 do 19 km/h | TAK |  |
|  | Nachylenie bieżni regulowane co najmniej w zakresie od 0% do 20% | TAK |  |
|  | Wymiary pasa ruchomego bieżni co najmniej 155 cm na 55 cm | TAK |  |
|  | Niski próg wejścia na pas, to znaczy wysokość pasa ruchomego co najwyżej 20 cm nad poziomem podłoża (podłogi) | TAK |  |
|  | Relingi boczne do co najwyżej 2/3 długości bieżni z przednim relingiem regulowanym w zakresie kąta (wysokości nad pasem ruchomym) | TAK |  |
|  | Bezpośrednie sterowanie obciążeniem z oprogramowania do rejestracji przepływów i gazów oddechowych lub oprogramowania do rejestracji EKG | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 240V | 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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów technicznych w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 9

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **System monitorowania pacjentów z centralnym monitorem – 1 szt** dostawa**,** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV – 33123210-3**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **System monitorowania pacjentów z centralnym monitorem – 1 szt** | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Kardiomonitor modułowy min. 19” z modułem transportowym – 2 szt. | TAK |  |
|  | Stanowisko monitorowania zainstalowane składające się z: - jednostki głównej kardiomonitora  - odłączanego modułu transportowego  Moduły pomiarowe jedno lub wieloparametrowe z możliwością zamiennego wykorzystania we wszystkich opisywanych kardiomonitorach Wszystkie elementy muszą spełniać wymagania normy EN60601-1 dla urządzeń medycznych. Zasilanie, komunikacja oraz przesyłanie danych pomiarowych z modułów pomiarowych do monitora realizowane wyłącznie poprzez styki elektryczne. Zewnętrzna kieszeń lub kieszenie umożliwiające podłączenie min. do 4 modułów pomiarowych. | TAK |  |
|  | Konstrukcja zapobiegająca wchłanianiu kurzu i rozprzestrzenianiu się infekcji, bez wbudowanych wiatraków/wentylatorów. Chłodzenie kardiomonitora konwekcyjne. | TAK |  |
|  | Obudowa kardiomonitora łatwa do czyszczenia, kroploszczelna (min. IP21), odporna na środki dezynfekcyjne. | TAK |  |
|  | Możliwość wykorzystania odłączanego elementu kardiomonitora jako monitora transportowego z funkcjami pomiaru i alarmów co najmniej EKG, oddechu, tętna, saturacji i ciśnienia krwi nieinwazyjnego oraz inwazyjnego. | TAK |  |
|  | Zalety ergonomiczne systemu transportowego:  - jednoczesna obsługa po zadokowaniu razem z kardiomonitorem głównym (np. po drugiej stronie łóżka; pełny dostęp do elementów sterujących i ekranu modułu również po zadokowaniu w kardiomonitorze)  - automatyczna rotacja ekranu 90/180 stopni oraz czujnik oświetlania  - wbudowana ergonomiczna rączka umożliwiająca szybkie wypięcie monitora transportowego ze stanowiska monitorowania. | TAK |  |
|  | Element/moduł transportowy wyposażony w zasilanie akumulatorowe na min. 5 godzin. | TAK |  |
|  | Element/moduł transportowy wyposażony w wyświetlacz o przekątnej, min. 5,5’’ z obsługą gestów. | TAK |  |
|  | Element/moduł transportowy wyposażony w system alarmów, pamięć pomiarów i danych demograficznych pacjenta oraz trendów z min. 48 godz. | TAK |  |
|  | Wysoka odporność modułu transportowego na zabrudzenia, zalanie (min. IP32), wstrząsy, uderzenia, upadki (min. 1 m). Automatyczne ładowanie akumulatora modułu po zadokowaniu w kardiomonitorze. | TAK |  |
|  | Masa modułu transportowego nie większa niż 1,5 kg. | TAK |  |
|  | Ekran kolorowy kardiomonitora TFT o wysokiej rozdzielczości min. 1900 x 1000 pikseli. Ekran dotykowy pojemnościowy z obsługą gestów. | TAK |  |
|  | Przekątna ekranu, min. 19 cali. | TAK |  |
|  | Duże, czytelne odczyty numeryczne oraz krzywe dynamiczne (min. 4 krzywych). | TAK |  |
|  | Możliwość dopasowania zawartości ekranu do aktualnych potrzeb użytkownika bez udziału serwisu. Możliwość zapisania w pamięci własnych układów ekranu utworzonych przez użytkownika, min. 20 konfiguracji bez udziału serwisu. | TAK |  |
|  | Regulacja jasności ekranu, min. 10 poziomów; wbudowany czujnik oświetlenia automatycznie dopasowujący poziom jasności względem warunków otoczenia. | TAK |  |
|  | Dostęp do wszystkich funkcji monitora za pomocą ekranu dotykowego i menu w języku polskim (brak pokrętła). | TAK |  |
|  | Pamięć różnych ustawień parametrów kardiomonitora z możliwością dowolnego przywoływania bez przerywania pracy – min. 20 różnych profili. | TAK |  |
|  | Wydruk funkcji życiowych i raportów z poziomu kardiomonitora do plików w formacie PDF. Szyfrowane połączenie sieciowe uniemożliwiające przechwycenie danych. | TAK |  |
|  | Możliwość podglądu na ekranie zapisów z innego kardiomonitora tej samej marki. | TAK |  |
|  | Wbudowany klient systemu Citrix Xen. | TAK |  |
|  | Możliwość uruchamiania aplikacji webowych www bez konieczności instalowania dodatkowego oprogramowania (wbudowany silnik renderujący HTML5). | TAK |  |
|  | Wbudowane min. 4 porty USB, wyjście sygnału na zewnętrzny monitor złączem z szyfrowanym sygnałem, złącze Ethernet, port RS232 oraz gniazdo synchronizacji sygnału EKG. | TAK |  |
|  | Gniazdo cyfrowe umożliwiające podłączenie ekranu kopiującego DVI (możliwość rozbudowy). | TAK |  |
|  | Zalety systemu monitorowania pod kątem cyberbezpieczństwa:  - szyfrowanie transmisji danych raportów z wykorzystaniem uwierzytelniania węzłów  - szyfrowanie zapisywanych w pamięci wrażliwych danych pacjentów  - pełne (end-to-end) szyfrowanie danych przesyłanych pomiędzy monitorem pacjenta a systemem centralnego monitorowania oraz opcjonalnym zewnętrznym wyświetlaczem. | TAK |  |
|  | Wbudowana komunikacja NFC oraz RFiD. | TAK |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualne wszystkich monitorowanych parametrów oraz zaburzeń rytmu serca. | TAK |  |
|  | Możliwość zawieszania alarmów dźwiękowych na wybrany okres, min. od 1 do 10 minut oraz na stałe. | TAK |  |
|  | Alarmy ustawiane ręcznie oraz automatycznie (na podstawie aktualnego stanu pacjenta) z możliwością regulacji progów w jednym wspólnym menu. | TAK |  |
|  | Regulacja głośności alarmów dźwiękowych z zabezpieczeniem przed całkowitym wyciszeniem, min. 10 progów głośności. | TAK |  |
|  | **Moduły pomiarowe:** | | |
|  | Pomiar EKG Monitorowanie i jednoczesne wyświetlanie od 1 do 12 odprowadzeń EKG; monitor wyposażony w funkcję rekonstrukcji 12 odprowadzeń EKG z 5 i 6 elektrod EKG; pomiar HR w zakresie min. 15-350 /min. z dokładnością +/-1%. Alarm niskiej i wysokiej wartości HR. | TAK |  |
|  | Analiza odcinka ST z prezentacją graficzną zmian ST na wykresach kołowych. Funkcja gromadzi pomiary odcinka ST oraz trendy uzyskane z pomiarów w płaszczyźnie pionowej (odprowadzenia kończynowe) i poziomej (odprowadzenia przedsercowe). Możliwość wyboru referencyjnego poziomu wyjściowego. | TAK |  |
|  | Pomiar, prezentacja i alarmy wartości QT i QTc we wszystkich odprowadzeniach. | TAK |  |
|  | Analiza i alarmy zaburzeń rytmu, co najmniej 25 rodzajów w tym: asystolii, bradykardii, tachykardii, R/T, SV, migotania przedsionków i komór. | TAK |  |
|  | Pomiar oddechów (RESP) Pomiar impedancyjny liczby oddechów w zakresie min. 0-170 odd./min. z dokładnością nie gorszą niż +/- 1 odd./min (dla przedziału 0-120 odd./min). Regulowane opóźnienie alarmu bezdechu. | TAK |  |
|  | Pomiar saturacji (SPO2) Pomiar w technologii Masimo Rainbow SET, Nellcor lub FAST; pomiar SpO2 w zakresie min. 70-100% z dokładnością nie gorszą niż +/-2%. Pomiar tętna (PR) w zakresie min. 30-240 /min. z dokładnością nie gorszą niż +/-2%. | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia kardiomonitora w dodatkowe pomiary nieinwazyjnej hemoglobiny (min. SpHb, SpMet, SpCO, SpOC) oraz parametry dodatkowe tj. RRa, PVI.  Możliwość dostępna na etapie składania oferty, dotyczy modułu transportowego lub modułów w postaci kostki. | TAK |  |
|  | Pomiar ciśnienia nieinwazyjnego (NIBP) Pomiar ciśnienia w zakresie min. 10-270 mmHg, maksymalny błąd średni nie większy niż 5 mmHg. Typowy czas pomiaru nie dłuższy niż 30 sekund; funkcja stazy ułatwiająca nakłucie żyły. Zabezpieczenie przed zbyt wysokim ciśnieniem w mankiecie. | TAK |  |
|  | Programowane odstępy między pomiarami automatycznymi w zakresie min. od 1 minuty do 24 godz. | TAK |  |
|  | Możliwość programowania sekwencji pomiarowych (np. 3 pomiary co 15 minut, następnie 3 pomiary co 2 godziny itp.) w trybie auto. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie tabeli zawierającej wyniki poprzednich pomiarów ciśnienia na ekranie głównym obok aktualnie mierzonych wartości. | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury (TEMP) Pomiar w zakresie min. 0-45°C, dokładność nie gorsza niż 0,1°C. Możliwość wyboru etykiet temperatury (min. 19 etykiet).  Możliwość podłączenia do 4 pomiarów temperatury równocześnie. | TAK |  |
|  | Pomiar ciśnienia inwazyjnego (IBP) Pomiar w 2 kanałach z możliwością rozszerzenia do 8 kanałów poprzez kable rozdzielające oraz moduły dodatkowe. Pomiar w zakresie min. od -40 do +360 mmHg, dokładność całkowita (z przetwornikiem) nie gorsza niż +/-4% lub +/-4mmHg. Obliczanie CPP i PPV. Obliczanie ciśnienia zaklinowania tętnicy płucnej. Możliwość ustawienia do min. 33 różnych etykiet dla ciśnień inwazyjnych. | TAK |  |
|  | Pomiar rzutu serca Picco / C.O. lub FloTrac  Pomiar przy pomocy modułu w postaci kostki przenoszonej pomiędzy kardiomonitorami, pełna obsługa z ekranu kardiomonitora. W przypadku urządzeń zewnętrznych należy zaoferować funkcjonalność wyświetlania danych na kardiomonitorze głównym wraz z możliwością integracji tych danych. | TAK |  |
|  | Pomiar kapnografii (etCO2)  Pomiar w technologii umożliwiającej monitorowanie pacjentów zaintubowanych oraz niezaintubowanych (Microstream lub Respironics). Moduł przenoszony pomiędzy kardiomonitorami z możliwością pracy w transporcie razem z monitorem transportowym. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o dostęp na ekranie kardiomonitora do danych ze szpitalnego systemu informatycznego (np. wyników badań laboratoryjnych, obrazowych itp.). | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o dodatkowy aktywny wyświetlacz o takiej samej konstrukcji (min. IP21, rozdzielczość full HD i min. 19”) z możliwością niezależnego wyświetlania danych oraz transfer alarmów. Produkt medyczny dedykowany i certyfikowany przez tego samego producenta. Komunikacja z kardiomonitorem poprzez szyfrowane połącznie sieciowe (przesyłane alarmy również szyfrowane). | TAK |  |
|  | Kardiomonitor mocowany na dedykowanym uchwycie ściennym o płynnej regulacji wspieranej gazowo. Mocowanie kardiomonitora dodatkowo wyposażone w uchwyt na kable. | TAK |  |
|  | Trendy graficzne i tabelaryczne mierzonych parametrów z okresu min. 96 godzin. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o bezprzewodową komunikację z centralą monitorującą. | TAK |  |
|  | Aplikacje ułatwiające monitorowanie i wspierające decyzje kliniczne:  - możliwość rejestracji zdarzeń powiązanych (apnea, bradykardia, desaturacja) z okresu min. 24 godzin; możliwość edycji kryteriów  - aplikacja wizualnego awatara pacjenta, która w animowanym modelu pacjenta pozwala na szybszą ocenę stanu zdrowia pacjenta (prezentacja zmian poprzez zmianę koloru, kształtu oraz animacje awatara)  - aplikacja dostarczająca personelowi informacje zwrotne na temat powtarzających się i ciągłych przekroczeń progów alarmowych mająca za zadanie minimalizację niepotrzebnych alarmów  - możliwość ustawienia dowolnych stoperów i zegarów. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję zintegrowanego komputera z niezależnym od systemu kardiomonitora systemem operacyjnym, pozwalającego na instalację własnych aplikacji Użytkownika oraz dostęp do aplikacji znajdujących się w sieci informatycznej szpitala bezpośrednio przy łóżku pacjenta. | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia w kolejne moduły pomiarowe innych parametrów m.in. NMT, BIS, EEG, moduł gazów anestetycznych, moduł drukarki termicznej, SedLine, O3. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł lub urządzenie zewnętrzne umożliwiające pomiaru bólu poprzez wykrywanie zmian przewodnictwa skóry bezpośrednio korelujących ze współczulnym układem nerwowym skóry. Prezentacji danych na ekranie kardiomonitora głównego. Możliwość prezentacji min. parametrów dotyczących poziomu bólu, indeksu wybudzenia oraz indeksu blokady nerwowej. Pomiar niezależny od niestabilności hemodynamicznej lub oddechowej. | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu zaoferowanego monitora muszą znajdować się następujące akcesoria pomiarowe:  - 1x wielorazowy przewód główny EKG 5/6-odpr. + odprowadzenia wielorazowe  - 1x wielorazowy przewód główny EKG 10-odpr. + odprowadzenia wielorazowe  -1x wielorazowy przewód do podłączenia mankietów do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi  - 1x zestaw wielorazowych mankietów dla dorosłych (3 rozmiary)  - 1x czujnik saturacji dla dorosłych/dzieci wielorazowy  - 1x czujnik temperatury wielorazowy (do wyboru)  - 1x przewód do ciśnienia krwawego do wybranych przetworników. | TAK |  |
|  | Dodatkowe akcesoria łącznie dla zestawu:  - 2x mocowanie umożliwiające montaż modułu transportowego do m. in. ramy łóżka na czas transportu. | TAK |  |
|  | Stacja centralnego monitorowania – 1 szt. wraz z łączną liczbą licencji - 2 szt. | | |
|  | System operacyjny centrali nie starszy niż Windows 10 lub Mac OS X 10.8 lub inny posiadający aktualne wsparcie techniczne producenta. Funkcja automatycznego tworzenia kopii zapasowej danych umożliwiająca szybkie przywrócenie działania systemu w razie awarii (opisać proponowane rozwiązanie). | TAK |  |
|  | System przygotowany sprzętowo i programowo do rozbudowy o kolejne urządzenia monitorujące (do min. 32). | TAK |  |
|  | Prezentacja danych pacjentów monitorowanych na kolorowym ekranie typu LCD TFT o przekątnej co najmniej 23” i rozdzielczości Full HD. | TAK |  |
|  | Podgląd, monitorowanie i zapis danych wszystkich parametrów i przebiegów falowych z kardiomonitorów - wyświetlanie wszystkich krzywych dynamicznych i wartości numerycznych. | TAK |  |
|  | Możliwość elastycznego konfigurowania układu ekranu z poziomu użytkownika (bez udziału serwisu), w tym:  - zmiana wielkości okna (sektora) dla każdego pacjenta niezależnie  - zmiana formatu i rodzaju wyświetlanych parametrów liczbowych i krzywych dynamicznych (dla każdego pacjenta niezależnie). | TAK |  |
|  | Automatyczna oraz ręczna (przez Użytkownika) minimalizacja sektorów dla nieaktywnych kardiomonitorów. Automatyczne przywrócenie zapisu po włączeniu kardiomonitora. | TAK |  |
|  | Możliwość przypisania do jednego pacjenta dwóch urządzeń monitorujących tj. kardiomonitora i monitora telemetrycznego. | TAK |  |
|  | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych łóżek, z identyfikacją alarmującego łóżka. | TAK |  |
|  | Sterowanie funkcjami kardiomonitorów, w tym ustawieniami alarmów i pomiarów, uruchamianie nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia. | TAK |  |
|  | Wpisywanie danych demograficznych pacjenta w centrali i w kardiomonitorach. | TAK |  |
|  | Funkcja "holterowska": zapis ciągły przebiegów dynamicznych (w tym zapis 12 odprowadzeń EKG) z min. 7 ostatnich dni, z możliwością wglądu w dowolny fragment tego zapisu. | TAK |  |
|  | Pamięć stanów krytycznych (alarmów arytmii i innych zdarzeń, z zapisem odcinków monitorowanych krzywych dynamicznych i wartości liczbowych). Funkcja wykonywania pomiarów na zapamiętanych krzywych / min. pomiar RR, QT. | TAK |  |
|  | Zapis alarmów i zdarzeń z okresu min. 30 dni. Możliwość przeszukiwania listy według pacjenta lub oddziału, według kategorii alarmu oraz według rodzaju wykonywanych przez personel czynności działań (np. wyłączenie alarmu). Zapis dostępny do wyświetlenia lub eksportu do pamięci USB lub do udostępnionego dysku sieciowego. | TAK |  |
|  | Sygnalizacja alarmowa zdarzeń związanych z zaburzeniami rytmu, w tym co najmniej:  • Asystolia  • Vfib/Vtach  • Tachykardia komorowa  • Ciężka tachykardia  • Ciężka bradykardia  • Wysoka częstość skurczów ektopowych  • HR wysokie  • HR niskie  • Migotanie przedsionków (początek i koniec). | TAK |  |
|  | Możliwość wyłączenia alarmów poszczególnych arytmii (w tym migotania przedsionków). | TAK |  |
|  | Możliwość modyfikacji kryteriów alarmowania dla poszczególnych arytmii. | TAK |  |
|  | Trendy graficzne i numeryczne z minimum 150h ostatnich godzin wszystkich mierzonych przez monitory parametrów. | TAK |  |
|  | Funkcja analizy najczęściej występujących alarmów u danego pacjenta z prezentacją wartości progowych i trendów podstawowych parametrów życiowych. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie centrali w języku polskim. | TAK |  |
|  | Funkcjonalność autoryzowanego dostępu w trybie odczytu do danych monitorowanych przez centralę możliwy z dowolnego komputera z poziomu przeglądarki internetowej. Dostęp chroniony hasłem dostępu. | TAK |  |
|  | System gotowy do przesyłania i odbierania danych w standardzie HL7. | TAK |  |
|  | Drukarka laserowa, sieciowa podłączona do systemu w formacie A4. | TAK |  |
|  | Zasilacz awaryjny typu UPS. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o funkcjonalność umożliwiającą elastyczną regulację przypisanych licencji pomiędzy centralami, które są podpięte pod jeden serwer wymiany danych. Możliwość przepisywania pacjentów pomiędzy centralami oraz oddziałami z zachowaniem ciągłości danych. Możliwość udostępniania przeglądów specjalistycznych typu raport 12-EKG celem wykonania konsultacji np. kardiologicznych. Możliwość podglądu jednego pacjenta na kilku różnych centralach i kilku różnych kardiomonitorach.  Licencje tzn .serwerowe umieszczone na serwerze wirtualnym należącym do szpitala.  Zamawiający udziela miejsca na serwerze. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie na komputer PC umożliwiające przetwarzanie danych do formatu XLS. W celu prowadzenia badań klinicznych . | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy oferowanych kardiomonitorów o funkcjonalność integracji danych z posiadanym przez Zamawiającego systemem ogólno-szpitalnym HIS. Zakres danych będących przedmiotem integracji: - integracja w zakresie ruchu chorych (ADT) z odsyłaniem wyników razem z krzywą EKG  - współpraca dwukierunkowa systemu z systemem HIS wg protokołu HL7 (integracja HL7 min. dla modułu zapytań (QRY), raportowania (ORU))  - odczyt kodów paskowych z ID pacjenta z kodu kreskowego szpitalnego systemu identyfikacji pacjentów oraz import danych pacjenta z systemu HIS (ADT) bezpośrednio do systemu monitorowania. | 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 na całość dostawy – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5– przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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 10

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Defibrylator AED - 2 szt**, montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV –** [**33182100-0**](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/defibrylatory-2936)

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **Defibrylator AED– 2 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne – czas pracy: min. 200 defibrylacji lub min. 4 h monitorowania | TAK |  |
| 1. 5 | Optyczny sygnał gotowości | TAK |  |
|  | Odporność na upadki z wysokości min. 1 m | TAK |  |
| 1. 6 | Odporność na wibracje | TAK |  |
| 1. 7 | Stopień odporności na działanie wody i szczelności dla ciał stałych min. IP55 | TAK |  |
|  | Codzienny autotest automatyczny | TAK |  |
| 1. 8 | Pamięć wewnętrzna | TAK |  |
| 1. 9 | Port podczerwieni umożliwiający bezprzewodową transmisję danych | TAK |  |
|  | Waga defibrylatora z baterią i 1 kpl. elektrod < 2 kg | TAK |  |
| 1. 10 | Dwufazowy niskoenergetyczny impuls defibrylacyjny korygowany dla impedancji pacjenta | TAK |  |
| 1. 11 | Defibrylacja automatyczna – komunikaty tekstowe i dźwiękowe w języku polskim | TAK |  |
| 1. 12 | Nominalna energia defibrylacji: dorośli - 150J, dzieci – 50J | TAK |  |
| 1. 13 | Defibrylacja za pomocą jednorazowych uniwersalnych elektrod defibracyjnych przeznaczonych do użycia zarówno dla dorosłych jak również dla dzieci | TAK |  |
| 1. 14 | Możliwość defibrylacji dzieci (<8 kg lub <8 roku życia) z automatycznym zmniejszeniem wartości energii oraz zmianą poleceń dotyczących defibrylacji i resuscytacji dzieci | TAK |  |
| 1. 16 | Funkcja pomocy w resuscytacji podająca instrukcje, komendy, zasady i opcje postępowania w procesie resuscytacji | TAK |  |
|  | Żywotność baterii: min. 4 lata lub min. 200 defibrylacji lub 4 h monitorowania) | TAK |  |
|  | W zestawie z defibrylatorami min. komplet jednorazowych uniwersalnych elektrod defibracyjnych przeznaczonych do użycia zarówno dla dorosłych jak również dla dzieci - do każdego urządzenia | TAK |  |
|  | W zestawie z defibrylatorem torba transportowa na defibrylator i akcesoria , wytrzymała na uderzenia i upadki z paskiem na ramię - do każdego urządzenia | TAK |  |
|  | W zestawie z defibrylatorem zestaw ratowniczy zawierający min. 2 pary rękawiczek jednorazowych, kieszonkową maskę twarzową, nożyczki medyczne, maszynkę do usuwania owłosienia- do każdego urządzenia | TAK |  |
| 1. 4 | Wyposażenie: szafka umożliwiająca zawieszenie defibrylatora na ścianie - do każdego urządzenia | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **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 |  |
|  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | 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. 90 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze )  W przypadku konieczności wykonania naprawy w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji.  W przypadku konieczności wykonania przeglądu w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 11

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Kod CPV – 33182100-0**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
|  | **Defibrylator – 1 szt** | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Dwa tryby pracy: ręczny i półautomatyczny | TAK |  |
|  | Defibrylator przeznaczony do terapii pacjentów w różnym wieku: - zintegrowane łyżki dla dorosłych i dzieci - możliwość szybkiego przełączenia trybu pracy dorosły/dziecko (dedykowany przycisk lub przełącznik, bez konieczności otwierania menu ustawień). | TAK |  |
|  | Prezentacja danych na ekranie kolorowym LCD TFT o przekątnej min. 8 cali, rozdzielczość min. 1024x 700 Pikseli, min. 20 poziomów jasności | TAK |  |
|  | Tryb wyświetlania w wysokim kontraście przydatny w warunkach bardzo jasnego oświetlenia. | TAK |  |
|  | Min. 20 poziomów energii wyładowania w zakresie od 1 do 200J, ograniczenie energii wyładowania do 50 J przy defibrylacji wewnętrznej | TAK |  |
|  | Poziomy energii: 1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,15,20,30,50,70,100,120,150,170,200J. | TAK |  |
|  | Czas ładowania do energii 150 J < 5 sekund. | TAK |  |
|  | Czas ładowania do maksymalnej energii (200 J) < 6 sekund | TAK |  |
|  | Czas uruchamiania defibrylatora z gotowością do podania wyładowania poniżej 15 sekund. | TAK |  |
|  | Dwufazowy kształt fali wyładowania - zapewniający wysoką skuteczność defibrylacji przy obniżonej (oszczędzającej pacjenta) energii wyładowania | TAK |  |
|  | Zakres impedancji pacjenta dla defibrylacji zewnętrznej: 25-250 Ohmów | TAK |  |
|  | Zakres impedancji pacjenta dla defibrylacji wewnętrznej: 15-250 Ohmów | TAK |  |
|  | Możliwość defibrylacji za pomocą łyżek zewnętrznych, wewnętrznych i elektrod jednorazowych. | TAK |  |
|  | Możliwa defibrylacja przy użyciu odpowiednich elektrod samoprzylepnych. | TAK |  |
|  | Ustawianie poziomów energii przy pomocy dedykowanego pokrętła na płycie czołowej (przedniej) defibrylatora wraz z przypisanymi i nadrukowanymi wartościami energii dla każdej zmiany. | TAK |  |
|  | Przycisk ładowania impulsu defibracyjnego na płycie czołowej oraz łyżkach zewnętrznych. | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany wybranej energii na mniejszą lub większą za pomocą pokrętła po naładowaniu defibrylatora, a przed defibrylacją. Brak konieczności anulowania lub wyładowania defibrylatora. | TAK |  |
|  | Przycisk wyładowania impulsu defibracyjnego na płycie czołowej oraz łyżkach zewnętrznych. | TAK |  |
|  | Przyciski na płycie czołowej defibrylatora podpisane polskimi nazwami. | TAK |  |
|  | System dopasowania impulsu defibrylacji w zależności od impedancji ciała pacjenta. | TAK |  |
|  | Automatyczne rozładowanie energii w przypadku niewykonania defibrylacji - możliwość zaprogramowania czasu do rozładowania (30, 60 i 90 sekund). | TAK |  |
|  | Wskaźnik sprawności defibrylatora w formie wyświetlacza na przedniej ścianie urządzenia. | TAK |  |
|  | Czytelna sygnalizacja sprawności/niesprawności urządzenia na panelu czołowym, widoczna nawet przy wyłączonym urządzeniu. W przypadku wykrycia usterki dodatkowa sygnalizacja dźwiękowa. | TAK |  |
|  | Na łyżkach zewnętrznych wbudowany kilkustopniowy wskaźnik jakości kontaktu z pacjentem. | TAK |  |
|  | Konfigurowalny czas wstrzymania alarmu: 1, 2, 3, 5, 10 min lub nieokreślny czas. | TAK |  |
|  | Głośność alarmów konfigurowalna - min. 5 poziomów. | TAK |  |
|  | Głośność poleceń konfigurowalna - min. 5 poziomów. | TAK |  |
|  | **Kardiowersja** | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji za pomocą:  - wielofunkcyjnych elektrod podłączonych do defibrylatora  - wielofunkcyjnych elektrod lub łyżek zewnętrznych oraz 3/5  - odprowadzeniowych elektrod monitorujących. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora komunikatów(następnych kroków) niezbędnych do wykonania kardiowersji. | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji czy defibrylator po wykonanej kardiowersji ma pozostać w trybie kardiowersji lub przejść samoistnie w tryb defibrylacji. | TAK |  |
|  | Kardiowersja synchroniczna z załamkiem R zapisu EKG. W trybie kardiowersji strzałki nad załamkami R elektrokardiogramu. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora informacji, że włączony jest tryb kardiowersji oraz podświetlany jest przycisk kardiowersji. | TAK |  |
|  | **Tryb AED** | TAK |  |
|  | Komendy głosowe oraz komunikaty na ekranie prowadzące proces reanimacji w trybie AED - w polskiej wersji językowej, zgodne z aktualnymi wytycznymi ERC/PRC. | TAK |  |
|  | Przycisk do przełączania z trybu dla dorosłych na tryb dziecięcy z automatyczną zmianą limitów granic alarmowych we wszystkich trybach oraz zmianą poziomu energii wyładowania w trybie AED. | TAK |  |
|  | Energia wyładowania 150J lub 170J lub 200 J dla dorosłych oraz 50 J dla dzieci i niemowląt. | TAK |  |
|  | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią do wyboru 150, 170, 200 J dla osoby dorosłej. | TAK |  |
|  | Analiza EKG oceniająca EKG pacjenta oraz jakość sygnału w celu określania czy defibrylacja jest wskazana oraz impedancję styku elektrod defibracyjnych. | TAK |  |
|  | W trybie AED możliwość wyświetlania krzywej pletyzmograficznej oraz monitorowanie SpO2 oraz tętna. | TAK |  |
|  | W trybie AED możliwość monitorowania CO2 oraz AwRR. | TAK |  |
|  | W przypadku niewskazanej defibrylacji możliwość konfiguracji czy defibrylator ma przejść w tryb monitorowania pacjenta czy przejść w tryb RKO z komunikatami głosowymi. | TAK |  |
|  | Algorytm analizy pozwalający uniknąć defibrylacji przy rytmach, którym najczęściej towarzyszy obecność tętna lub rytmach, przy których defibrylacja nie przyniosłaby korzyści. | TAK |  |
|  | **Tryb EKG i arytmii** | TAK |  |
|  | Monitorowanie EKG pacjenta za pomocą 3 lub 7 odprowadzeń. Możliwość wykonywania 12 odprow. EKG | TAK |  |
|  | Sygnał EKG z elektrod defibrylacyjnych i z elektrod EKG - z czytelną sygnalizacją braku kontaktu. | TAK |  |
|  | Pomiar częstości akcji serca we wszystkich trybach defibrylatora w zakresie min. 16 - 300 uderzeń na minutę dla osoby dorosłej oraz min. 16-350 uderzeń na minutę dla dziecka/niemowlęcia. | TAK |  |
|  | Wybór odprowadzenia z: elektrod EKG, łyżek defibrylacyjnych lub jednorazowych elektrod do defibrylacji stymulacji. | TAK |  |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG. Regulacja ręczna: 1/4x, 1/2x, 1x, 2x, 4x i automatyczna. | TAK |  |
|  | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora – CF. | TAK |  |
|  | CMRR dla sygnału EKG: min. 105dB. | TAK |  |
|  | Filtr EKG o częstotliwości sieci zasilającej 50 Hz lub 60 Hz. | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie zaburzeń rytmu zagrażających życiu (asystolia, migotanie komór, bradykardia, tachykardia). | TAK |  |
|  | Regulowane alarmy górnej i dolnej granic częstości akcji serca. | TAK |  |
|  | Jednoczesna prezentacja 3 krzywych EKG na ekranie. | TAK |  |
|  | Złącze - wejście synchronizujące sygnał EKG z zewnętrznego kardiomonitora dowolnego producenta . | TAK |  |
|  | Wyposażenie defibrylatora: przewód EKG 3 oraz 5 odprowadzeniowy - po 1 szt. | TAK |  |
|  | **Stymulacja** | TAK |  |
|  | Tryb pracy: stały oraz na żądanie. | TAK |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna: maksymalny czas od chwili wykrycia fali R do chwili wyładowania impulsu defibrylacyjnego do 25 ms. | TAK |  |
|  | Natężenie prądu stymulacji min. od 10mA do 200mA ze skokiem co 5mA. | TAK |  |
|  | Czas trwania impulsu: od wyboru przez użytkownika 20 lub 40 ms. | TAK |  |
|  | Częstość: od 30 imp./min do 180 imp./min ze skokiem co 10 imp./min | TAK |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora komunikatów(następnych kroków) niezbędnych do wykonania stymulacji pacjenta. | TAK |  |
|  | W komplecie elektrody jednorazowe do defibrylacji - 1 szt. | TAK |  |
|  | **Pomiar saturacji pacjenta - Sp02** | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy saturacji: 0-100% z rozdzielczością 1%. | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy częstości tętna: 30-300 uderzeń na minutę z rozdzielczością 1 uderzenie na minutę | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie urządzenia. | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania sensorów Masimo lub Nellcor lub FAST. | TAK |  |
|  | Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie urządzenia. | TAK |  |
|  | Wyposażenie defibrylatora: czujnik saturacji dla dorosłych - 1 szt. | TAK |  |
|  | **Pomiar ciśnienia nieinwazyjnego - NIBP** | TAK |  |
|  | Tryby pracy: automatyczny i ręczny. | TAK |  |
|  | Pomiar nieinwazyjny ciśnienia krwi (NIBP) metodą oscylometryczną. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia pomiaru w czasie o zakresie powtarzania co min. od 1 do 120 minut. | TAK |  |
|  | Wyświetlane wartości ciśnień: skurczowe, rozkurczowe oraz średnie. | TAK |  |
|  | Wyposażenie defibrylatora: przewód łączący- 1 szt., mankiet dla osoby dorosłej w rozmiarze średnim, dużym oraz bardzo dużym - po 1 szt. | TAK |  |
|  | **Drukarka** | TAK |  |
|  | Rejestrator termiczny- szerokość zapisu min. 50 mm. | TAK |  |
|  | Przycisk drukowania uruchamia i zatrzymuje wydruk paska. | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku opóźnionego tzn. obejmującego min. 10 sekund zapisu poprzedzającego moment uruchomienia wydruku. | TAK |  |
|  | Stała prędkość wydruku 25 mm/s. | TAK |  |
|  | Rejestrowane dane: data, czas, parametry zapisywanego sygnału EKG, parametry defibrylacji. (energia rzeczywista wyładowania – dostarczona pacjentowi) | TAK |  |
|  | Możliwość wydrukowania raportów min. : podsumowanie zdarzeń, trend funkcji życiowych, test funkcjonalny, konfiguracja, informacje o zdarzeniu. | TAK |  |
|  | **Zasilanie** | TAK |  |
|  | Zintegrowane zasilanie sieciowo-akumulatorowe. Zasilacz i ładowarka akumulatorów fabrycznie wbudowane w defibrylator. | TAK |  |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 100-240 VAC / 50 lub 60 Hz. | TAK |  |
|  | Akumulatory bez efektu pamięci. Wskaźnik stanu akumulatorów na ekranie. Sygnał alarmowy (wizualny i dźwiękowy) niskiego stanu naładowania. | TAK |  |
|  | Mechaniczna blokada zabezpieczająca przed przypadkowym wypadnięciem przewodu zasilającego. | TAK |  |
|  | Typ akumulatora - litowo-jonowy lub litowo-polimerowy, łatwo wymieniany w razie potrzeby bez udziału serwisu i bez konieczności użycia narzędzi. | TAK |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze: 5 godz. w przypadku monitorowania pacjenta EKG, SpO2, EtCO2, NIBP(co 15 min) a następnie 20 defibrylacji, a w przypadku defibrylacji min. 100 wyładowań z energią 200J | TAK |  |
|  | Czas ładowania akumulatora do 100%: poniżej 3 godzin | TAK |  |
|  | Wskaźnik pojemności akumulatora na ekranie defibrylatora. W przypadku niskiego poziomu naładowania wskaźnik na płycie czołowej miga, słychać sygnał dźwiękowy oraz po włączeniu defibrylatora wyświetlany jest komunikat o akumulatorze. | TAK |  |
|  | Temperatura pracy: min od 0 do +45°C | TAK |  |
|  | Temperatura przechowywania bez akumulatora: min. od -20 do+ 70°C. | TAK |  |
|  | Praca w wilgotności: 15 - 95%. | TAK |  |
|  | Urządzenie odporne na kurz i zalania cieczą - klasa szczelności obudowy min. IP54 - zarówno podczas pracy na zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym. | TAK |  |
|  | Możliwość zainstalowania defibrylatora w ambulansie. | TAK |  |
|  | Możliwość zainstalowania defibrylatora na wózku jezdnym. | TAK |  |
|  | Uchwyt do zawieszenia na łóżku pacjenta (demontowalny). | TAK |  |
|  | Wbudowany uchwyt do przenoszenia. | TAK |  |
|  | Wózek lub podstawa jezdna z koszykiem na akcesoria - 1 szt. | TAK |  |
|  | Ciężar urządzenia do 7 kg z elektrodami zewnętrznymi i akumulatorem. | TAK |  |
|  | Automatyczny test sprawności defibrylatora z sygnalizacją dźwiękową i wizualna ewentualnego błędu. | TAK |  |
|  | Krytyczne podzespoły urządzenia testowane automatycznie nie rzadziej niż co godzinę. Pełny test automatyczny nie rzadziej niż raz w tygodniu. | TAK |  |
|  | Możliwość eksportu i importu konfiguracji urządzenia za pomocą dysku USB. | TAK |  |
|  | Telemetria z odczytem sygnału na komputerze. Licencja na wysyłanie danych GPS na 24 mieś. | TAK |  |
|  | Polska wersja językowa - komunikaty ekranowe i głosowe, dokumentacja, opisy elementów sterujących. | 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 na całość dostawy – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze )  W przypadku konieczności wykonania naprawy w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji.  W przypadku konieczności wykonania przeglądu w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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 12

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Kod CPV 33192100-3**

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

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

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

**Rok produkcji : 2024**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. **1** | **Łóżko szpitalne – 1 kpl** | | |
|  | **Parametry wymagane:** | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowe |  |  |
| 1. 5 | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. | TAK |  |
| 1. 6 | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 8 punktach, gwarantująca stabilność leża. | TAK PODAĆ |  |
| 1. 7 | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 160 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. | TAK PODAĆ |  |
| 1. 8 | Wymiary zewnętrzne łóżka:   1. Długość całkowita: 2160 mm, (± 40 mm)   Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami max. 930 mm (**wymiar leża 800x2000)** | TAK PODAĆ |  |
| 1. 9 | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | TAK PODAĆ |  |
| 1. 0 | Zasilanie elektryczne 220/230 V  Szczelność układu elektrycznego IPX6 | TAK |  |
| 1. 11 | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego | TAK |  |
| 1. 12 | Elektryczne regulacje:  - segment oparcia pleców 0-75° (± 5°)  - segment uda 0-45° (± 5°),  - kąt przechyłu Trendlelenburga 0-16° (± 2°),  - kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0-16° (± 2°),  - regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. | TAK PODAĆ |  |
| 1. 13 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:  360 do 900 mm (± 20 mm) | TAK PODAĆ |  |
| 1. 14 | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z podświetleniem | TAK PODAĆ |  |
|  | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łózka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych, funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego. Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | TAK  PODAĆ |  |
|  | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym.  Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.  Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. | TAK |  |
|  | Leże wypełnione płytami z polipropylenu , tworzywa odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi.  W płytach specjalne otwory do montażu pasów do unieruchomienia pacjenta. | TAK |  |
|  | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Łóżko z możliwością przedłużenia leża o min. 200 mm | TAK PODAĆ |  |
|  | Szczyty łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości min. 10 mm (± 2 mm), odejmowane bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy.  Możliwość wykorzystania płyty jako deska reanimacyjna | TAK PODAĆ |  |
|  | Łóżko wyposażone w opuszczane aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczytem a barierką nawet w przypadku wydłużenia leża (zintegrowane ze szczytem łóżka). Tworzywowe listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa: EN 60601-2-52  Wysokość barierek liczona od górnej części leża do szczytu barierki min 41 cm.  Pod barierką uchwyty do montażu uchwytu uniwersalnego np. na worki urologiczne. Uchwyty przesuwne na całej długości barierki. | TAK |  |
|  | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka z dopuszczalnym obciążeniem min. 15 kg | TAK |  |
|  | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące przed otarciami.  W części wezgłowia krążki 2 osiowe chroniące przed otarciami w pionie i poziomie. | TAK |  |
|  | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. | TAK |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. | TAK PODAĆ |  |
|  | Bezpieczne obciążenie min. 260 kg | TAK PODAĆ, |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów. | TAK PODAĆ |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:   * Wysięgnik z uchwytem ręki z haczykami na płyny infuzyjne * Uchwyt uniwersalny na worki urologiczne * Wieszak kroplówki * Materac przeznaczony dla Szpitali i innych placówek medycznych o wymiarach dopasowanych do leża łóżka. Materac wykonany zimnej pianki poliuretanowej o wysokości 12cm, gęstości min 40 kg/m3 i twardości min. 4.1 kPa (+/-10%). Materac wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny wyposażony w  zamek w kształcie litery „C”. z możliwością prania w temp do 950C, oraz suszenia w temp. do 1000. Materac przystosowany do mycia w automatycznych stacjach mycia łóżek | TAK  PODAĆ |  |
|  | Szafka przyłóżkowa:   * Podstawa wykonana z profili aluminiowych umiejscowiony na mobilnej podstawie z możliwością indywidualnej blokady. Korpus szafki wykonany z jednolitego odlewu typu PP. Konstrukcja szafki składająca się z tworzywowej, przelotowej szuflady na drobne rzeczy pacjenta oraz dodatkowych półek, np. miejsce na butelkę z wodą. * Blaty szafki oraz półki bocznej wykonane z tworzywa typu PP odpornego na wilgoć, wysoką temperaturę oraz promieniowanie UV, Blaty profilowane w sposób chroniący przedmioty przed przypadkowym zsuwaniem. Dodatkowo aluminiowy reling ułatwiający transportowanie szafki. Z tyłu szafki tworzywowy haczyki na ręcznik pacjenta oraz tworzywowy uchwyt przytrzymujący butelkę lub szklankę z możliwości jego łatwego odejmowania i przesuwania na całej szerokości szafki. * Blat boczny o wymiarach 57 cm x 41 cm( +/- 2 cm), składany do boku szafki w sposób wolno opadający, bezstopniowy. * Regulacja wysokości całej szafki wraz z blatem bocznym dokonywana za pomocą bezstopniowej sprężyny gazowej umieszczonej w korpusie. Regulacja w zakresie 89 cm do 119 cm. (mierzone od górnej części szafki do podłogi) +/- 2 cm. Mechanizm regulacji wysokości umieszczony w skrzynce szafki * Wymiary zewnętrzne z rozłożonym blatem bocznym:   Wysokość: 90 cm do 120 cm, (+/-30mmc)  Szerokość: 45 cm na 920, (+/-30mm )  Głębokość: 45 cm, (+/-30 mm). Wymiary blatu szafki –część stała 29 cm na 41 cm, (+/-30 mm)   * 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem. * Kolorystyka dopasowana designem do kolorystyki łóżka. Kolorystyka identyczna z kolorystyką łóżek tworząca spójny komplet (zestaw). Powłoka lakiernicza zgodny z wymogami EN ISO 10993-5:2009 lub równoważny potwierdzającym że stosowana powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych. | 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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów technicznych w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 13

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **Lampa zabiegowa - 2 szt**, montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV –33167000-8**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **Lampa zabiegowa – 2 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Lampa na statywie z podstawą jezdną na 4 kółkach, w tym min. dwa kółka z blokadą. | Tak, podać |  |
| 1. 5 | Obrót czaszy na przegubie ramienia sprężystego o 360 stopni. | Tak, podać |  |
|  | Czasza składająca się z max. 3 modułów świetlnych LED. | Tak, podać |  |
| 1. 6 | Ilość diod w czaszy min. 40 szt. | Tak, podać |  |
| 1. 7 | Możliwość wymiany modułów za pomocą dedykowanego narzędzia, bez ingerencji w otwieranie obudowy czaszy. | Tak |  |
|  | Oświetlenie w którym wszystkie diody są tego samego koloru, emitujące światło białe o jednakowej temperaturze barwowej. | Tak |  |
| 1. 8 | Natężenie światła (z odległości 1m) min. 100.000 lux | Tak, podać |  |
| 1. 9 | Panel znajdujący się na czaszy lampy, realizujący następujące funkcje: włącz/wyłącz oraz zmianę wartości natężenia światła. | Tak |  |
|  | Regulacja natężenia światła odbywająca się w max. 5 krokach. | Tak, podać |  |
| 1. 10 | Regulacja natężenia światła odbywająca się za pomocą membranowego panelu sterowniczego umieszczonego na czaszy lampy w zakresie min. 30 – 100%, | Tak, podać |  |
| 1. 11 | Zapamiętywanie ostatniego ustawienia wartości natężenia światła przy ponownym uruchomieniu lampy. | Tak |  |
| 1. 12 | Współczynnik odwzorowania barwy światła słonecznego Ra: ≥ 99 | Tak, podać |  |
| 1. 13 | Współczynnik odwzorowania barwy czerwonej R9: ≥ 99 | Tak, podać |  |
| 1. 14 | Stała temperatura barwowa 4300K (+/- 100K) | Tak, podać |  |
| 1. 16 | Stała średnica pola bezcieniowego min. 15cm, max. 18cm | Tak, podać |  |
|  | Wgłębność oświetlenia (L1+L2) min. 160 cm | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie – 230 V (+/-) 10%, 50 Hz | Tak, podać |  |
|  | Zasilacz zintegrowany w czaszy lampy | Tak |  |
|  | Żywotność źródła światła min. 60 000h | Tak, podać |  |
| 1. 4 | Pobór mocy przy maksymalnym natężeniu światła max. 20 W | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja umożliwiająca czyszczenie i dezynfekcję powszechnie stosowanymi środkami | Tak |  |
|  | Stopień ochrony czaszy min. IP 42 oraz systemu ramion min. IP 30 | Tak, podać |  |
|  | Zamknięta szczelna obudowa czasz lampy z gładkimi konturami bez elementów śrubowych, wykonana z wysoko utwardzanego tworzywa sztucznego. | Tak |  |
|  | Czasza o konstrukcji „bez szybowej”, wyposażona w moduły światła ze zintegrowaną uszczelką zapobiegającą dostawaniu się do środka wilgoci oraz płynów podczas używania środków czyszczących. | Tak |  |
|  | Lampę należy wyposażyć w zapasowe uchwyty sterylizowane do pozycjonowania czaszy lampy min. 2 szt. | Tak, podać |  |
|  | Mocowanie uchwytu sterylizowanego na zatrzask „klikowy” realizowany za pomocą jednej ręki. | Tak |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do uprzątnięcia i zabrania ze sobą opakowań i innych materiałów oraz utylizacji | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 14

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **ssak elektryczny - 1 szt**, montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV –** [**33190000-8**](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/defibrylatory-2936)

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **Ssak elektryczny - 1 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Ssak elektryczny, akumulatorowy, zabiegowy | TAK |  |
| 1. 5 | Maksymalna wydajność (mierzona w zakresie pracy ze zbiornikiem na wydzieliny): nie mniejsza niż 18 l/min. | TAK |  |
|  | Maksymalne podciśnienie: minimum -75 kPa, -563 mmHg | TAK |  |
| 1. 6 | Bezobsługowa (nie wymagająca konserwacji), bezolejowa, pompa  tłokowa, niskoobrotowa | TAK |  |
| 1. 7 | Obudowa ze zintegrowaną rączką do przenoszenia i podestem na pojemnik do zbiórki wydzieliny, odporna na silne środki dezynfekcyjne | TAK |  |
|  | Obudowa ze zintegrowanym uchwytem bocznym do zawieszania zbiornika lub pojemnika na cewniki | TAK |  |
| 1. 8 | Możliwość zawieszenia ssaka na szynie | TAK |  |
| 1. 9 | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą w kPa i mmHg. | TAK |  |
|  | Precyzyjne ustawianie podciśnienia za pomocą regulatora membranowego z zabezpieczeniem przed przypadkowym  przestawieniem podciśnienia | TAK |  |
| 1. 10 | Wielostopniowe zabezpieczenie przed zassaniem odsysanych płynów do wnętrza pompy – filtr przeciw wirusowy  montowany na górze ssaka | TAK |  |
| 1. 11 | Ssak przystosowany do pracy ciągłej 24 godz. / dobę bez ryzyka przegrzania. | TAK |  |
| 1. 12 | Poziom wytwarzanego hałasu poniżej 52dB | TAK |  |
| 1. 13 | Zasilanie urządzenia z sieci elektroenergetycznej 100-240 V AC  50-60 Hz | TAK |  |
| 1. 16 | Pobór mocy max.: 80W | TAK |  |
|  | Masa ssaka nie większa niż 4,2 kg | TAK |  |
|  | Nietłukące, autoklawowalne (nawet w 134ºC) zbiorniki wielorazowe na wydzielinę z PSU lub zbiorniki z PC do wkładów jednorazowych | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator, czas pracy akumulatora 45 minut, czas ładowania akumulatora: 3 godziny, możliwość ładowania podczas użytkowania, sygnał dźwiękowy ostrzegający przed rozładowaniem | TAK |  |
|  | W zestawie:  - Zbiornik 1,5l do wkładów jednorazowych - 1 szt.  - Adapter do Vario - 1 szt.  - Dren silikonowy na mb  - Łącznik dren - cewnik  - Wkłady jednorazowe do ssaka 1,5l - 40 szt. | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5- przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 15

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Kod CPV – 33112200-0**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **USG - 1 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Urządzenie do badania FMD (ang. flow-mediated dilatation), polegającym na ultrasonograficznym pomiarze średnicy tętnicy ramiennej przed oraz po okluzji tętnic przedramienia lub proksymalnej części ramienia za pomocą mankietu sfigmomanometru | TAK |  |
|  | Aparat stacjonarny wyposażony w 4 skrętne koła, możliwość hamowania min. 2 kół | TAK |  |
| 1. 6 | Sonda USG z detektorem w kształcie litery H rejestrująca jednocześnie obraz wzdłuż osi długiej i dwa obrazy w osi krótkiej | TAK |  |
| 1. 7 | Hybrydowe, zautomatyzowane ramię głowicy USG z funkcją automatycznego śledzenia umożliwiające ruch w 3 osiach | TAK |  |
|  | System automatycznego śledzenia wyrównujący obraz tętnic umożliwiający uzyskanie stabilnego obrazu tętnic | TAK |  |
| 1. 8 | Stolik z regulacją wysokości wyposażony w podpórki pod rękę i nadgarstek umożliwiające stabilne i wygodne ułożenie ramienia podczas badania | TAK |  |
| 1. 9 | Możliwość monitorowania EKG z co najmniej 2 odprowadzeń i synchronizowania sygnału z obrazem w celu pomiaru średnicy w fazie końcowo-rozkurczowej | TAK |  |
|  | Mankiet okluzyjny pompowany do zadanego ciśnienia, utrzymujący ciśnienie i opróżniający się automatycznie | TAK |  |
| 1. 10 | Wbudowana drukarka termiczna do wydruku wyników badań | TAK |  |
| 1. 11 | Wbudowana pamięć wewnętrzna umożliwiający zapisanie co najmniej 500 badań | TAK |  |
| 1. 12 | Gniazdo USB umożliwiające podłączenie zewnętrznej pamięci i eksport danych z urządzenia | TAK |  |
| 1. 13 | Technologia cyfrowa – cyfrowy beamformer | TAK |  |
| 1. 16 | Głębokość skanowania min.30 mm | TAK |  |
|  | Tryby działania: B mode i Color Flow mode | TAK |  |
|  | Częstotliwość głowicy 10 MHz | TAK |  |
|  | Zakres ciśnienia mankietu okluzyjnego od 150 do 300 mmHg | TAK |  |
|  | Wyświetlanie ciśnienia w mankiecie od 0 do 300 mmHg | TAK |  |
| 1. 4 | Zakres czasu utrzymywania okluzji od 30 do 300 s | TAK |  |
|  | Waga aparatu max 40 kg | TAK |  |
|  | Wielkość monitora min. 15 cali | TAK |  |
|  | Monitor dotykowy i mysz do obsługi obsługę urządzenia | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **TAK** |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |
|  | Przedmiot zamówienia dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiadający wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, atesty, itp. oraz spełniający wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi – przy dostawie. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 16

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Kod CPV – 33112200-0**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **USG - 1 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Mobilny aparat USG w formie laptopa z dedykowaną stacją dokującą w formie wózka na kółkach. | TAK |  |
|  | Waga aparatu bez wózka maksymalnie 13 kg | TAK |  |
| 1. 6 | Dedykowany wózek do aparatu z min. 4 kołami i z min. 3 równorzędnymi gniazdami do przypięcia głowic– z opcją tzw. multiportu umożliwiającą przypięcie min. 3 głowic jednocześnie i przełączania ich w sposób elektroniczny z poziomu aparatu. | TAK |  |
| 1. 7 | Liczba procesowych kanałów odbiorczych min. 4 miliony | TAK |  |
|  | Monitor kolorowy LCD, przekątna ekranu min. 15” o rozdzielczości min. 1920x1080 | TAK |  |
| 1. 8 | Panel dotykowy o przekątnej min. 10”, wspomagający obsługę aparatu z możliwością regulacji jasności, przesuwania stron za pomocą dotyku jak tablet. | TAK |  |
| 1. 9 | Panel dotykowy z możliwością regulacji kąta położenia względem pulpitu od 0 do 60 stopni | TAK |  |
|  | Tryb pełnoekranowy, gdzie obraz diagnostyczny wypełnia więcej niż 50 % powierzchni monitora | TAK |  |
| 1. 10 | Funkcja zdublowania na ekranie panelu dotykowego obrazu diagnostycznego celem ułatwienia dostępu do uzyskiwanego obrazu USG np. podczas procedur interwencyjnych | TAK |  |
| 1. 11 | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (cineloop) dla CD i obrazu 2D min. 2200 klatek oraz zapis dopplera spektralnego min. 45 sekund | TAK |  |
| 1. 12 | Dynamika aparatu min. 280 dB | TAK |  |
| 1. 13 | Wewnętrzny dysk twardy o pojemności min.512 GB, formaty zapisu min. DICOM, AVI, JPG | TAK |  |
| 1. 16 | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu min. od 1,0 do 22,0 MHz | TAK |  |
|  | Praca na baterii fabrycznie zainstalowanej/wbudowanej w aparat/wózek do aparatu min. 100 minut. Wyklucza się UPS lub inne nie fabrycznie zainstalowane urządzenia. | TAK |  |
|  | Regulacja głębokości penetracji w zakresie min. od 1 cm do 30 cm | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne z odwróceniem impulsu (inwersją fazy) | TAK |  |
| 1. 4 | Tryb 3D w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Doppler pulsacyjny (PWD), Doppler (CWD) Color Doppler (CD), Power Doppler (PD) | TAK |  |
|  | Power Doppler z oznaczeniem kierunku przepływu | TAK |  |
|  | Doppler ciągły (CW) dostępny na głowicach sektorowych z maksymalną prędkością min. 19 m/s mierzoną przy 0 kącie korekcji | TAK |  |
|  | Doppler pulsacyjny (PWD) - rejestrowane prędkości maksymalne ( przy zerowym kącie bramki) min. od -6 m/s do 0 oraz od 0 do + 6 m/s,  Korekcja kąta bramki PWD min. +/- 80° | TAK |  |
|  | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) w zakresie min. 1 mm - 20,0 mm | TAK |  |
|  | Doppler Tkankowy Kolorowy oraz Spektralny obrazujący z wysokim trybem odświeżania (frame rate) min. 240 Hz | TAK |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie do badań kardiologicznych dorosłych oraz naczyń | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do badań z kontrastem | TAK |  |
|  | Opcja funkcji wgrywania do aparatu i wyświetlania na ekranie obrazów z badań min. MRI, CT, X-Ray, celem dokonywania porównań z aktualnie wyświetlanymi obrazami | TAK |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu) | TAK |  |
|  | Opcja ciągłego automatycznego optymalizowania obrazu 2D uruchomiana przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu) | TAK |  |
|  | Automatyczna optymalizacja widma dopplerowskiego przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie linii bazowej oraz PRF) | TAK |  |
|  | Praca w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej z głowic w pełni elektronicznych | TAK |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum oraz w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum | TAK |  |
|  | Adaptacyjne przetwarzanie obrazu redukujące artefakty i szumy | TAK |  |
|  | Anatomiczny Mmode | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów oraz kalkulacji | TAK |  |
|  | **Głowica sektorowa do badań serca wykonana w technologii monokryształu lub matrycowej** | **TAK** |  |
|  | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. od 1,0 do 5,0 MHz | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 80 | TAK |  |
|  | Kąt pola widzenia głowicy min. 90° | TAK |  |
|  | **Głowica liniowa do badań naczyniowych** | **TAK** |  |
|  | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. od 3,0 do 12,0 MHz | TAK |  |
|  | Liczba elementów min. 320 | TAK |  |
|  | Szerokośc pola widzenia max. 39 mm | TAK |  |
|  | **Głowica przezprzełykowa wykonana w technologii monokryształu lub matrycowej** | **TAK** |  |
|  | o zakresie częstotliwości min. od 2,0 do 8,0 MHz | TAK |  |
|  | Liczba elementów 2500 | TAK |  |
|  | Szerokość końcówki endoskopu max. 17mm. Waga pacjenta > 30kg | TAK |  |
|  | Tryby obrazowania: 2D, PW Doppler, CW Doppler, obrazowanie harmoniczne, obrazowanie trójwymiarowe kardiologiczne w czasie rzeczywistym (3D w czasie rzeczywistym), obrazowanie trójwymiarowe kardiologiczne w czasie rzeczywistym z Dopplerem kolorowym (3D kolor w czasie rzeczywistym). | TAK |  |
|  | Obrazowanie dwóch niezależnych płaszczyzn w czasie rzeczywistym w trybie B-mode i CD.  Min. jeden przycisk z możliwością przypisania funkcji | TAK |  |
|  | Elektroniczną rotację skanowanej płaszczyzny, bez konieczności obrotu głowicą na głowicy przezklatkowej 2D i 3D w zakresie 360 stopni | TAK |  |
|  | Raporty dla każdego rodzaju i trybu badania z możliwością dołączenia obrazów do raportów | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do określenia graficznego i liczbowego odkształcenia podłużnego segmentalnego i globalnego – GLS z automatycznym systemem rozpoznawania projekcji AP2, AP3, AP4 i śledzeniem wsierdzia na bazie markerów akustycznych. Obliczenia prezentowane w postaci kolorowej mapy typu „oko byka”(18-segmentowej); Analiza obrazów możliwa z sygnałem EKG, bez sygnału EKG | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do automatyczego wymiarowania uszka lewego przedsionka z obrazu trójwymiarowego (pole, obwód oraz największy i najmniejszy wymiar tzw. landing zone) | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do automatycznej wizualizacji i analizy funkcjonalnej zastawki mitralnej z wykorzystaniem danych ultradźwiękowych 3D. Na podstawie półautomatycznej detekcji konturu pierścienia mitralnego i płatków wyświetlany jest model aparatu MV. | TAK |  |
|  | Moduł do oceny globalnej funkcji lewej komory, obliczenia oparte na automatycznej lub półautomatycznej (wybór użytkownika) detekcji wsierdzia na bazie Speckle Tracking; automatyczne wyznaczanie pola, objętości i frakcji wyrzutowej i FAC lewej komory | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji raportu poprzez zmianę jego wyglądu, definiowania pomiarów oraz np. możliwość zamieszczenia graficznego loga w nagłówku szpitala | TAK |  |
|  | Protokół komunikacji DICOM 3,0 do przesyłania obrazów i danych, min. klasy DICOM print, store, worklist, raporty strukturalne | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję automatycznego pomiaru Intima Media z wybranej przez użytkownika klatki wraz z procentowym wskaźnikiem skuteczności wykonanego pomiaru | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję analizy wskaźników przepływu krwi i unaczynienia min.  -Wskaźnik waskularyzacji  -Wskaźnik przepływu  -Wskaźnik przepływu unaczynienia | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową wysokoczęstotliwościową wykonaną w technologii monokryształu lub matrycowej o częstotliwości pracy min, od 2 do 22 MHZ i szerokości pola widzenia min 50 mm, ilość elementów min. 1500 | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcje zabezpieczenia hasłem dostępu do danych pacjenta przez nieuprawnione osoby | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową w ksztacie litery „L” o częstotliwości pracy od 7 do 13 MHz i szerokości pola widzenia maksymalnie 24 mm. | TAK |  |
|  | Fotel dla lekarza wykonującego badanie | TAK |  |
|  | Leżanka do badań pacjentów | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **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 wraz z ogólną i szczegółową instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5 – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia przed zniszczeniem pomieszczeń, w których będzie odbywać się dostawa i montaż wyposażenia określonego w przedmiocie zamówienia. Koszty napraw ewentualnych zniszczeń i uszkodzeń mienia Zamawiającego, powstałych w trakcie realizacji zamówienia, ponosi Wykonawca | 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 (w tym na głowice) [miesiące] | **min. 36 miesięcy** | PODAĆ ILE |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 17

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **waga farmaceutyczna do rozważania leków - 1 szt** montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV – 33190000-8**

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

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

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

**Rok produkcji 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. 1 | **Waga farmaceutyczna do rozważania leków - 1 szt** | **TAK** |  |
| 1. 2 | **Parametry ogólne** | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Waga precyzyjna, szalka, osłona szalki, stopka uziemiająca ×1, stopka ×3, zasilacz sieciowy | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
| 1. 6 | Możliwość współpracy z komputerem za pośrednictwem interfejsu USB | TAK |  |
| 1. 7 | Obudowa z tworzywa sztucznego | TAK |  |
|  | Szalka wykonana ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 1. 8 | Obciążenie maksymelne 200/2000g | TAK |  |
| 1. 9 | Dokładność odczytu 1/10 mg | TAK |  |
|  | Zakres tary -2000g | TAK |  |
| 1. 10 | II klasa dokładności | TAK |  |
| 1. 11 | Powtarzalność standardowa [5% Max] - 0,5 / 5 mg | TAK |  |
| 1. 12 | Powtarzalność standardowa [Max] - 1 / 10 mg | TAK |  |
| 1. 13 | Minimalna naważka standardowa USP – 1g | TAK |  |
| 1. 16 | Minimalna naważka standardowa (U=1%, k=2) – 0,1g | TAK |  |
|  | Liniowość - ±2 / 20 mg | TAK |  |
|  | System poziomowania - manualny | TAK |  |
|  | Stopień ochrony – IP43 | TAK |  |
|  | 2×RS232, USB-A, USB-B, Wi-Fi | TAK |  |
|  | **Wymagania pozostałe:** | **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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim lub angielskim - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5– przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Świadectwo legalizacji– 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze )  W przypadku konieczności wykonania naprawy w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **max 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów/ legalizacji w czasie gwarancji.  W przypadku konieczności wykonania przeglądu w siedzibie serwisu – Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze. | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 18

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa **fotela regulowany elektrycznie dla pacjenta – 1 szt**, montaż, instalacja, uruchomienie (rozruch) i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie ich obsługi i eksploatacji w tym :

**Kod CPV 33190000-8**

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

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

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

**Rok produkcji : 2025**

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.P****.* | ***FUNKCJA/PARAMETR*** | ***WARUNEK GRANICZNY*** | ***PARAMETRY  OFEROWANE*** |
| 1. **1** | **Fotel regulowany elektrycznie dla pacjenta – 1 szt** | | |
|  | **Parametry wymagane:** | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowe | TAK |  |
| 1. 5 | Fotel wielofunkcyjny trzysegmentowy kolumnowy przeznaczony do chemioterapii z elektryczną regulacją :  - nachylenia segmentu pleców  - nachylenia segmentu siedziska   - nachylenia segmentu nożnego  - nachylenia Trendelenburga | TAK |  |
| 1. 6 | Fotel przejezdny wyposażony w 4 podwójne koła o średnicy min. 10 cm z centralną blokadą | TAK |  |
| 1. 7 | Podłokietniki z możliwością zmiany kąta pochylenia, z możliwością odchylenia w osi poziomej oraz pionowej, w celu ułatwienia wsiadania i zsiadania z fotela. Podłokietnik wyposażony w uchwyt do zawieszenia pilota. Długość podłokietnika w przedziale od długość 56 - 58 cm, szerokość od 12 - 13 cm Możliwość wyboru podłokietników (definiuje Zamawiający w momencie złożenia zamówienia):  a) podłokietniki powlekane tapicerką (taką jak wszystkie segmenty fotela)  b) wykonane z pojedynczego wtrysku (specjalna komfortowa pianka). | TAK |  |
| 1. 8 | Możliwość wyboru koloru tapicerki z puli minimum 10 wariantów kolorystycznych. | TAK |  |
| 1. 9 | Waga fotela maksymalna w zakresie od 75 do 80 kg. | TAK |  |
| 1. 0 | Dopuszczalne obciążenie min. 220 kg | TAK |  |
| 1. 11 | Fotel sterowany ręcznym pilotem służącym do regulacji poszczególnych silników będących na wyposażeniu fotela – pilot posiada funkcję „0” (pozycja wejściowa, siedząca) oraz funkcję antyszokową : „pozycja Trendelenburga”. Możliwość automatycznego uzyskania pozycji leżącej oraz relaksującej poprzez naciśnięcie dwóch przycisków jednocześnie. | TAK |  |
| 1. 12 | Pilot wyposażony w system zabezpieczenia przed przypadkowym uruchomieniem. | TAK |  |
| 1. 13 | Czas potrzebny do uzyskania pozycji Trendelenburga od pozycji „0” wejściowej wynosi maksimum 10 sekund (+/-10%) (gdzie kąt pomiędzy dolnym i górnym segmentem nóg wynosi 90 stopni w pozycji „0”) | TAK |  |
| 1. 14 | Szerokość całkowita : 780 mm (± 50 mm) | TAK |  |
|  | Szerokość leża w pozycji leżącej: 600 mm (± 50 mm) | TAK |  |
|  | Długość leża w pozycji leżącej : 2000 mm (± 50 mm) Fotel w pozycji pionowej (zajmowana powierzchnia) 1100 x 760 mm (± 50 mm) | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu nożnego w zakresie: 0° stopni do 90° stopni uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu siedziska w zakresie: Od 0°do + 20°(± 5°) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK |  |
|  | Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie: – 100° (± 5°) do + 75° (± 5°) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK |  |
|  | Koła fotela wyposażone w centralny hamulec bezpieczeństwa | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w minimum 3 silniki elektryczne | TAK |  |
|  | Materac o grubości min. 9 cm z wypełnieniem w postaci dwuwarstwowej pianki. | TAK |  |
|  | Tapicerka odporna na ścieranie powyżej 250 000 użyć - test Martindale  Możliwość wyboru koloru tapicerki, z puli min. 10 kolorów | TAK |  |
|  | Rama leża i podstawy wykonane ze stali lakierowanej proszkowo w kolorze szarym. Podstawa fotela wykonana z estetycznych kształtowników o profilu okrągłym | TAK |  |
|  | Wyposażenie:  -poduszka z regulacją wysokości i położenia na fotelu,  -uchwyt statywu do kroplówki , który można obracać w lewą i prawą stronę  - uchwyt na rolkę będący równocześnie uchwytem do sterowania pchanego fotela  - blat dla pacjenta zintegrowany z fotelem  - segment nożny posiada składaną płyte na oparcie stóp pacjenta | 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 wersji elektronicznej i papierowej w języku polskim lub angielskim - przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej, w formie zeszytu, format A5- 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 |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [godz.] (dni robocze ) | **max. 48 godzin** | PODAĆ ILE |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas naprawy | **TAK** |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów technicznych w czasie gwarancji | **zgodnie z zaleceniami producenta** | PODAĆ ILE |
|  | 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. 10 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 |

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

(podpis umocowanego przedstawiciela Wykonawcy)

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

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców przypadku oferty wspólnej:

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

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

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

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

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

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

Przystępując do postępowania na **dostawę sprzętu medycznego cz. I na potrzeby Multidyscyplinarnego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w 5 Wojskowym Szpital Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Krakowie**

o numerze referencyjnym 50/ZP/2025, 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. | Ergospirometr *zgodnie z opisem pakietu 1 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Spirometr *zgodnie z opisem pakietu 2 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Pletyzmograf *zgodnie z opisem pakietu 3 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Aparat EKG *zgodnie z opisem pakietu nr 4 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Holter ABP *zgodnie z opisem pakietu nr 5 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 5/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Holter EKG *zgodnie z opisem pakietu nr 6 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 5/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Zestaw pomp infuzyjnych *zgodnie z opisem pakietu nr 7 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 4/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Bieżnia medyczna *zgodnie z opisem pakietu nr 8 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | System monitorowania pacjentów z centralnym monitorem *zgodnie z opisem pakietu nr 9 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Defibrylator AED *zgodnie z opisem pakietu nr 10 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 2/szt. |  |  |  |  |  |
| 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 90 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. | Defibrylator *zgodnie z opisem pakietu nr 11 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Łóżko szpitalne *zgodnie z opisem pakietu nr 12 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Lampa zabiegowa *zgodnie z opisem pakietu nr 13 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 2/szt. |  |  |  |  |  |
| 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 36 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. | Ssak elektryczny *zgodnie z opisem pakietu nr 14 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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 36 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. | USG *zgodnie z opisem pakietu nr 15 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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 36 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. | USG *zgodnie z opisem pakietu nr 16 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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 36 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. | Waga farmaceutyczna do rozważania leków *zgodnie z opisem pakietu nr 17 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

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. | Fotel regulowany elektryczne dla pacjenta *zgodnie z opisem pakietu nr 18 w załączniku nr 1 do SWZ.* | 1/szt. |  |  |  |  |  |
| 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

\* 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 2024 r. poz. 1620 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 z zastrzeżeniem, że w zakresie pakietu nr 15, Zamawiający wymaga zgodności z wymaganiami wskazanymi w tym pakiecie w załączniku nr 1 do SWZ;
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**…………………………..

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 cz. I na potrzeby Multidyscyplinarnego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w 5 Wojskowym Szpital Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Krakowie”** 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 / 2025**

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:

Dyrektora Bartosza Guzika dr hab., prof. UJ,

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 cz. I na potrzeby Multidyscyplinarnego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w 5 Wojskowym Szpital Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Krakowie** na warunkach określonych w załączniku nr 1 – Pakiet nr …………….
      2. Zamówienie jest współfinansowane jest agencję badań Medycznych poprzez wsparcie nr KPOD.07.07-IW.07-0271/24 – Umowa o objęcie Przedsięwzięcia wsparciem nr KPOD.07.07-IW.07-0271/24 w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności w zakresie inwestycji D3.1.1. Kompleksowy Rozwój Badań w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

**§ 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 pełnej współpracy 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 odbioru (bezusterkowy) 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 28.11.2025 roku od dnia podpisania umowy** z zastrzeżeniem, że dostawa ze względu na toczące się inwestycje na terenie 5 WSZK musi nastąpić w ścisłym porozumieniu czasowym z Zamawiającym, przez co należy rozumieć zgłoszenie Zamawiającemu gotowości do faktycznej dostawy i jej realizacja na podstawie pisemnego wniosku Zamawiającego, przedłożony Wykonawcy nie później niż na 30 dni przed rozpoczęciem montażu i instalacji.
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 SWZ i 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 usterki / wady rozumianego jako podjęcie działań naprawczych;

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

3) w przypadku udokumentowanej konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy usunięcie wszystkich usterek / wad 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.

3. 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.

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

5. 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 Sprzedającego, 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, pod warunkiem, iż nie będzie to powodować zmiany ceny.

**§ 11**

1. Poza przypadkami wynikającymi z zapisów Kc i Pzp 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. 2 pkt 6 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 2024 r. poz. 1620 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, z zastrzeżeniem, że w zakresie pakietu nr 15, Zamawiający wymaga zgodności z wymaganiami wskazanymi w tym pakiecie   
     w załączniku nr 1 do SWZ.
  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 34 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 cz. I na potrzeby Multidyscyplinarnego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w 5 Wojskowym Szpital Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Krakowie”**

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 2024 r. poz. 1616) 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 2023 r. poz. 1124 ze zm.) 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 2023 r. poz. 120 ze zm.) 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*