

[pieczęćka firmowa]

## OŚWIADCZENIE

### O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

## **Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

nr sprawy PN – 103/15/MS , działając w imieniu i na rzecz firmy :

.....

.....

.....

**(nazwa i adres Wykonawcy)**

oświadczam/y, iż firma, którą reprezentuję:

- 1) posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie *lub przedstawi pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddaniu mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia \**;
- 3) dysponuje odpowiedni potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia *lub przedstawi pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia \**;
- 4) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej realizację zamówienia *lub przedstawi pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia \**

....., dnia .....2015 r.

.....

*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

*\*niewłaściwe skreślić*

[pieczęć firmowa]

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych  
Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii – Instytutu  
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

nr sprawy PN – 103/15/MS , działając w imieniu i na rzecz firmy :

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

**(nazwa i adres Wykonawcy)**

Oświadczam/y, iż nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach , o których mowa w art. 24 ust. 1, 2, 2a ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. – Prawo zamówień publicznych.

....., dnia .....2015 r.

.....

*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

[pieczęć firmowa]

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy : .....

Siedziba : .....

NIP: .....

REGON: .....

TEL. / FAX: .....

E-MAIL: .....

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest udzielenie zamówienia publicznego na

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych  
Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii – Instytutu  
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

nr sprawy PN – 103/15/MS składamy niniejszą ofertę w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i istotnymi dla stron postanowieniami, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy:

Wartość netto PLN: .....

Słownie wartość netto PLN: .....

Wartość brutto PLN: .....

Słownie wartość brutto PLN: .....

w tym:

Nr pakietu	Wartość netto	Wartość brutto
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
<b>RAZEM:</b>		

**Wartość zamówienia określona na podstawie formularza cenowego stanowiącego załącznik nr 5 do SIWZ .**

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w SIWZ.
- Okres gwarancji wynosi: ..... (min. 24 m-ce)
- Oświadczamy, że akceptujemy dokument stanowiący załącznik nr 9 do SIWZ tj. „Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy”. Jednocześnie zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty podpisać umowę bez zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
- Oferujemy termin płatności ..... dni (min. 60 dni) od daty dostarczenia faktury do Zamawiającego.
- Informujemy, że zamierzamy\* / nie zamierzamy\* powierzyć części zamówienia podwykonawcom (jeżeli TAK, należy wskazać w ofercie części zamówienia, których wykonanie zostanie powierzone podwykonawcom):
  - .....
  - .....
- Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy:

w terminie: .....(max **do 4 tygodni**) od dnia zawarcia umowy

deklaruje Wykonawca, kryterium podlegające ocenie zgodnie z rozdz. XVI SIWZ
- Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

9. Nadzór nad realizacją umowy ze strony Wykonawcy będzie pełnił/a:

.....  
tel. .... faks:..... e-mail: .....

10. Ofertę niniejszą składamy na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

11. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. Oświadczenie o spełnieniu warunków określonych przepisami art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych - załącznik nr 1 do SIWZ;
2. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia w zakresie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych – załącznik nr 2 do SIWZ.;
3. Oświadczenie dotyczące grupy kapitałowej – załącznik nr 4 do SIWZ;
4. Wypełniony Formularz cenowy (opis przedmiotu zamówienia) – załącznik nr 5 do SIWZ ;
5. Aktualny odpis z właściwego rejestru;
6. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika Urzędu Skarbowego;
7. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
8. Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych;
9. Materiały producenta dotyczące przedmiotu zamówienia;
10. Dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczanego sprzętu;
11. Inne dokumenty:
  - pełnomocnictwo dla osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy \* ,
  - zobowiązanie podmiotu trzeciego, o którym mowa w art. 26 ust. 2 b ustawy Prawo zamówień publicznych, uwzględniające wymagania, o których mowa w rozdz. VIII pkt. 6 SIWZ \* ,
  - .....
  - .....

....., dnia .....

(miejsce i data)

.....

(pieczęć i podpis)

**NA FAKTURZE VAT NALEŻY PODAĆ:**

- nr umowy, na podstawie, której dostawa została wykonana;
- nr katalogowy produktu zgodny z przedstawionym przez Wykonawcę w ofercie cenowej (jeżeli dotyczy).

**\*/ niepotrzebne skreślić**

[pieczęćka firmowa]

### OŚWIADCZENIE

Zgodne z art. 26 ust. 2d ustawy z dn. 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

## **Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

nr sprawy PN – 103/15/MS , oświadczam/y, że:

- ⇒ **nie należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Pzp, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.).\*
- ⇒ **należę do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Pzp, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.). W załączeniu przedkładam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.\*

....., dnia .....2015 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

\*- niepotrzebne skreślić

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia - Ssak akumulatorowy wraz z torbą na akcesoria, zbiornikiem wielorazowego użytku oraz zestawem mocowania do ściany – 4 sztuki

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMERT OFEROWANY
<b>Ssak akumulatorowy wraz z torbą na akcesoria, zbiornikiem wielorazowego użytku oraz zestawem mocowania do ściany</b>			
1.	Precyzyjna, elektronicznie kontrolowana i regulowana siła ssania wybierana przez naciśnięcie klawisza do – 0,8 bar	<b>Tak</b>	
2.	Podświetlanie klawiszy umożliwiające pracę w warunkach ograniczonej widoczności	<b>Tak</b>	
3.	Elektroniczny system wyłączający pompę ssącą w przypadku przekroczenia ustawionej siły ssania	<b>Tak</b>	
4.	Prędkość ssania – powyżej 20 l/min	<b>Tak</b>	
5.	Zbiornik na wydzielinę wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji w autoklawie – poj. 1,0 l.	<b>Tak</b>	
6.	Integralnie wbudowany filtr bakteryjny	<b>Tak</b>	
7.	Temperatura pracy od - 18 do +40 °C	<b>Tak</b>	
8.	Temperatura przechowywania od - 40 do +70 °C	<b>Tak</b>	

9.	Mocowanie ściennie	<b>Tak</b>	
10.	Zasilanie 12 V zintegrowane z mocowaniem ściennym	<b>Tak</b>	
11.	Czas pracy z akumulatora – do 45 minut	<b>Tak</b>	
12.	Pojemnik wielokrotnego użytku	<b>Tak</b>	
13.	Żywotność baterii – 2 lata (400 cykli ładowania)	<b>Tak</b>	
14.	Torba na akcesoria	<b>Tak</b>	

#### Świadectwa

1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.) Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	<b>Tak</b>	
----	--	------------	--

#### Gwarancja i serwis

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego urządzenia	<b>Tak</b>	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju	<b>Tak</b>	



3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	<b>TAK</b>  <b>podać</b>	Imię i nazwisko :..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesiące].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	<b>Tak</b>	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	<b>Tak</b>	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	<b>Tak</b>	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający urządzenie do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu urządzenia	<b>Tak</b>	
9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	

10.	Wykonawca gwarantuje wymianę urządzenia na nowe w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu urządzenia lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport urządzenia	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu urządzenia	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	
<b>Dokumentacja</b>			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - <i>paszport urządzenia</i> - <i>instrukcję obsługi</i> ; - <i>kartę gwarancyjną</i> - <i>instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie</i> - <i>folder z dokładnymi parametrami technicznymi</i>	<b>Tak</b>	

Inne			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	<b>Tak</b>	

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 1 - Ssak akumulatorowy wraz z torbą na akcesoria, zbiornikiem wielorazowego użytku oraz zestawem mocowania do ściany**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>Ssak akumulatorowy wraz z torbą na akcesoria, zbiornikiem wielorazowego użytku oraz zestawem mocowania do ściany</b>  Model /typ / numer katalogowy* .....	<b>4</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN: .....(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN:.....(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy



## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia – Macerator - 1 sztuka

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Macerator</b>			
1.	Bezdotykowe otwieranie pokrywy za pomocą pedału czujnika podczerwieni	Tak	
2.	Bezdotykowe zamykanie pokrywy za pomocą czujnika podczerwieni	Tak	
3.	Uruchamianie bezdotykowe	Tak	
4.	Automatyczny, antybakteryjny proces czyszczenia i deodoryzacji	Tak	
5.	Wbudowana pompa perystaltyczna	Tak	
6.	Moc silnika minimum 750 W	Tak	
7.	Waga do 60 kg	Tak	
8.	8 noży tnących	Tak	
9.	Czas trwania cyklu do 75 sekund	Tak	

10.	Wsad minimum 1 naczynie na cykl	Tak	
11.	Wymiary 400 szer x 975 wys x 510 głęb mm	Tak	
12.	zasilanie 230V	Tak	
13.	Odpyw 50 $\Phi$	Tak	
14.	Poziom hałasu maksymalnie 60 dba	Tak	
15.	Podłączenie wody 3/4"	Tak	
16.	Zbiornik na wodę 15 litrów	Tak	
17.	Zużycie wody z możliwością regulacji maksymalnie 11 L	Tak	
18.	Pokrywa wykonana z tworzywa sztucznego z technologią antybakteryjną	Tak	
19.	Bęben wraz z nożami tnącymi w całości wykonany ze stali nierdzewnej	Tak	

### Świadectwa

1.	<p>Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.)</p> <p>Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)</p>	Tak	
----	---	-----	--

**Gwarancja i serwis**

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	<b>Tak</b>	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	<b>Tak</b>	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	<b>TAK TAK</b> <b>podać podać</b>	Imię i nazwisko:..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesięcy].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	<b>Tak</b>	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	<b>Tak</b>	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	<b>Tak</b>	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	



9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju sprzętu	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	

Dokumentacja			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	Tak	
Inne			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	Tak	

#### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
 podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 2 - macerator**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>macerator</b>  <b>Model /typ / numer katalogowy*</b> .....	<b>1</b>				
2.	Wkłady jednorazowe (kaczki, baseny)	<b>50</b>				
3.	Miski nerkowate	<b>200</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN:.....(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN:.....(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy



## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia – ssak wysokopróżniowy – 11 sztuk

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Ssak wysokopróżniowy</b>			
1.	Regulator membranowy	<b>Tak</b>	
2.	Zakres regulacji 0-250 mbar	<b>Tak</b>	
3.	Przepływ maksymalny 7,0 l/min.	<b>Tak</b>	
4.	Płynna regulacja siły ssania	<b>Tak</b>	
5.	Zawór szybkiego otwierania próżni	<b>Tak</b>	
6.	Metalowy korpus odporny na uszkodzenia mechaniczne	<b>Tak</b>	
7.	Ssak mocowany bezpośrednio w gnieździe AGA	<b>Tak</b>	

8.	Pojemnik wielorazowy na wkłady workowe wykonany z przezroczystego tworzywa, ze skalą pomiarową do sterylizacji w temp. 120 °C, z zaczepem do mocowania na ścianie	Tak	
9.	Dren o długości 120 cm	Tak	
10.	Wkład workowy jednorazowego użytku pasujący do pojemników oferowanego ssaka, z filtrem bakteryjno-wirusowym, uszczelniane automatycznie po wyłączeniu ssania, oraz z zastawką zabezpieczającą przedostanie się wydzieliny do próżni posiadające w pokrywie tylko jeden kruciec łączący obrotowy schodkowy.	Tak	

### Świadectwa

1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.) Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
----	--	-----	--

### Gwarancja i serwis

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK podać	Imię i nazwisko : ..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesiące]. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	

5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	<b>Tak</b>	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	<b>Tak</b>	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	

Instruktaż		
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	Tak
Dokumentacja		
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	Tak
Inne		
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	Tak

#### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy



.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 3 - ssak wysokopróżniowy**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>ssak wysokopróżniowy</b> <b>Model /typ / numer katalogowy*</b> .....	<b>11</b>				
2.	Wkład workowy jednorazowego użytku pasujący do pojemników oferowanego ssaka	<b>100</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN: .....(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN: .....(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH**

Przedmiot zamówienia - Laryngoskop światłowodowy dla dorosłych wraz z wyposażeniem – 5 sztuk

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Laryngoskop światłowodowy dla dorosłych wraz z wyposażeniem</b>			
1.	Konfiguracja: rękojeść + 4 łyżki w rozmiarach 1,2,3,4	<b>Tak</b>	
2.	Rękojeść wykonana ze stali nierdzewnej na baterie AA, karbowana powierzchniowo	<b>Tak</b>	
3.	Łyżki światłowodowe rozmiar: Mac 2, 3 i 4	<b>Tak</b>	
4.	Żarówki ksenonowe lub halogenowo-ksenonowe	<b>Tak</b>	
5.	Baterie alkaliczne w zestawie	<b>Tak</b>	
6.	W zestawie zapasowa żarówka i baterie	<b>Tak</b>	
7.	Opakowanie wykonane z miękkiego materiału (z wyłączeniem tworzywa sztucznego np. opakowanie foliowe)	<b>Tak</b>	
8.	Zielony standard zamka	<b>Tak</b>	
9.	Łopatkki światłowodowe jednorazowe, metalowe kompatybilne z oferowanym laryngoskopem rozm. 4	<b>Tak</b>	

10.	Łopatki światłowodowe jednorazowe, metalowe kompatybilne z oferowanym laryngoskopem rozm. 3	Tak	
11.	Żarówka do rękojeści światłowodowej kompatybilna z oferowanym laryngoskopem	Tak	

Świadectwa			
1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.)  Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
Gwarancja i serwis			
1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK podać	TAK podać
			Imię i nazwisko : ..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesięcy].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	

5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	<b>Tak</b>	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	<b>Tak</b>	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez .... (min. <b>24 miesiące</b> ) , od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	

Instruktaż			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem. Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	Tak	
Dokumentacja			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	Tak	
Inne			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	Tak	

### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 4 - Laryngoskop światłowodowy dla dorosłych**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>Laryngoskop światłowodowy</b> <b>Model /typ / numer katalogowy*</b> .....	<b>5</b>				
2.	Łopatkki światłowodowe jednorazowe, metalowe kompatybilne z oferowanym laryngoskopem rozm. 4	<b>20</b>				
3.	Łopatkki światłowodowe jednorazowe, metalowe kompatybilne z oferowanym laryngoskopem rozm. 3	<b>50</b>				
4.	Żarówka do rękojeści światłowodowej kompatybilna z oferowanym laryngoskopem	<b>5</b>				
5.	Baterie alkaliczne	<b>6</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN: .....(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN: .....(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy



## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia - Waga osobowa, elektroniczna ze wzrostomierzem – 6 sztuk

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Waga osobowa, elektroniczna ze wzrostomierzem</b>			
1.	Zasilanie elektryczne, sieciowe 100 ÷ 240 V AC 50 ÷ 60 Hz	Tak	
2.	Zasilanie akumulatorowe 6- 12 V DC	Tak	
3.	Czas pracy na akumulatorach min. 35 godzin	Tak	
4.	Ekran LCD do odczytu wyników pomiarów co najmniej wagi	Tak	
5.	Zakres ważenia do 200 kg	Tak	
6.	Dokładność ważenia do max. 100 g	Tak	
7.	Obciążeniem minimalne 0,5 kg	Tak	
8.	Klasa dokładności III	Tak	
9.	Waga legalizowana	Tak	



10.	Wzrostomierz teleskopowy z miernikiem, z zakresem minimum 200 cm	Tak	
11.	Połączenie wagi z komputerem przez złącze RS lub USB	Tak	

Świadectwa			
1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.) Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
Gwarancja i serwis			
1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK podać	Imię i nazwisko : ..... ..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesiące]. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	Tak	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	Tak	

7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy.	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	

Instruktaż			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	Tak	
Dokumentacja			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	Tak	
Inne			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	Tak	

### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 5 - Waga osobowa, elektroniczna ze wzrostomierzem**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>Waga osobowa, elektroniczna ze wzrostomierzem</b>  Model /typ / numer katalogowy* .....	<b>6</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN:..... (słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN:..... (słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy



**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH**

Przedmiot zamówienia- Diatermia chirurgiczna mono- i bipolarna z wyposażeniem wielorazowego użytku – 2 sztuki

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Diatermia chirurgiczna mono- i bipolarna z wyposażeniem wielorazowego użytku</b>			
1.	Cięcie monopolarne regulowane co 1W w zakresie co najmniej 1 –100 W dla wszystkich dostępnych trybów pracy,	<b>Tak</b>	
2.	Możliwość regulacji hemostazy tkanki w skali przynajmniej 2-stopniowej podczas cięcia monopolarnego	<b>Tak</b>	
3.	Koagulacja monopolarna regulowana co 1W w zakresie co najmniej 1-80 W dla wszystkich dostępnych trybów pracy	<b>Tak</b>	
4.	Koagulacja monopolarnej w trybie łagodnym i intensywnym	<b>Tak</b>	
5.	Koagulacja bipolarna regulowana co 1W w zakresie co najmniej 1-50 W	<b>Tak</b>	

6.	Funkcja auto-start dla koagulacji bipolarnej	Tak	
7.	Diatermia wyposażona w gniazdo/gniazda wyjściowe monopolarne umożliwiające przyłączenie kabli w standardzie 3-pinowym i 1-pinowym 5mm, bez dodatkowych adapterów	Tak	
8.	Diatermia wyposażona w gniazdo wyjściowe bipolarne umożliwiające przyłączenie kabli w standardzie 2-pinowym i 1-pinowym 4mm, bez dodatkowych adapterów	Tak	
9.	Możliwość wymiany gniazd przyłączeniowych oraz zmiany ich konfiguracji umożliwiająca rozbudowę aparatu	Tak	
10.	Parametry wyjściowe ustawiane i zapamiętywane dla każdego gniazda niezależnie	Tak	
11.	Parametry wyjściowe ustawiane i zapamiętywane dla każdego gniazda niezależnie	Tak	
12.	Możliwość ustawienia i zapamiętania odrębnych nastaw dla cięcia i odrębnych dla koagulacji – min. 4 pozycje w pamięci aparatu	Tak	
13.	Aparat wyposażony w układy monitorujące jakość połączenia elektrody neutralnej z ciałem pacjenta; sygnalizacja stanów zagrażających zdrowiu pacjenta	Tak	
14.	Wyposażenie wielorazowego użytku, przeznaczone do sterylizacji w autoklawie (do 134°C, 2.1 bara) lub gazie	Tak	
	<b>Wyposażenie dodatkowe wielorazowe</b>	Tak	
1.	Uchwyt elektrod monopolarnych o śr. trzpienia 4mm, z przyciskami, z kablem dł. min. 4m., wielorazowy	Tak	

2.	<u>Zestaw elektrod monopolarnych składający się z elektrod:</u> Elektroda monopol., nożowa , prosta 1,5x17mm, dł 40mm Elektroda monopol., szpatułkowa., prosta 3x24mm, dł. 45mm Elektroda monopol., igłowa, prosta, śr.0,8x22mm, dł. 40mm Elektroda monopol., kulkowa śr. 2mm, prosta dł.40mm	Tak	
3.	Elektroda neutralna silikonowa, 170x111mm, pow. 187 cm <sup>2</sup> z kablem o dł. 40 cm, gniazdem do EKG i pasem gumowym do mocowania elektrody	Tak	
4.	Kabel elektrody neutralnej, wielorazowej, dł. 4m	Tak	

#### Świadectwa

1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.)  Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
----	--	-----	--

#### Gwarancja i serwis

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	



3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK TAK podać	Imię i nazwisko :..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesięcy].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	Tak	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	Tak	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	Tak	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	Tak	
9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy.	Tak	

10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	
<b>Dokumentacja</b>			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	<b>Tak</b>	

Inne		
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – do <b>4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	<b>Tak</b>

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 6 - Diatermia chirurgiczna mono- i bipolarna**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	<b>Przedmiot dostawy : Diatermia chirurgiczna mono- i bipolarna</b>  <b>Model /typ / numer katalogowy*</b> .....	<b>2</b>				
2.	<b>Wyposażenie dodatkowe wielorazowe</b>					
a.	Uchwyt elektrod monopolarnych o śr. trzpienia 4mm, z przyciskami, z kablem dł. min. 4m ., wielorazowy	4				
b.	Elektroda monopol., nożowa , prosta 1,5x17mm, dł 40mm	4				
c.	Elektroda monopol., szpatułkowa., prosta 3x24mm, dł. 45mm	4				
d.	Elektroda monopol., igłowa, prosta, śr.0,8x22mm, dł. 40mm	2				
e.	Elektroda monopol., kulkowa śr. 2mm, prosta dł.40mm	2				

f.	Elektroda neutralna silikonowa, 170x111mm, pow. 187 cm <sup>2</sup> z kablem o dł. 40 cm, gniazdem do EKG i pasem gumowym do mocowania elektrody	2				
g.	Kabel elektrody neutralnej, wielorazowej, dł. 4m	2				
<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>						

wartość netto PLN:  
(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN:  
(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*



## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia – Pulsoksymetr – 6 szt.

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Pulsoksymetr</b>			
1.	Zasilanie sieciowe 230 VAC +/- 10%	<b>Tak</b>	
2.	Zasilanie napięciem 9V	<b>Tak</b>	
3.	Zasilacz pozwalający na ładowanie akumulatora w trakcie monitorowania pacjenta	<b>Tak</b>	
4.	Zasilacz połączony z urządzeniem za pomocą przewodu (umożliwiający przenoszenie urządzenia lub położenie na łóżku w trakcie ładowania)	<b>Tak</b>	
5.	Ośłona gumowa chroniąca urządzenie przed uszkodzeniami mechanicznymi, dostępna przynajmniej w 4 kolorach	<b>Tak</b>	
6.	Czas pracy z dedykowanego akumulatora - powyżej 28 godz. ciągłego pomiaru	<b>Tak</b>	

7.	Czas pracy z baterii alkalicznych typu AA - powyżej 15 godz. ciągłego pomiaru	<b>Tak</b>	
8.	Czytelny, jaskrawy wyświetlacz LED, wysokość cyfr min. 12mm	<b>Tak</b>	
9.	Masa z bateriami alkalicznymi poniżej 400g		
10.	Temperatura pracy, min. -0 – +50°C	<b>Tak</b>	
11.	Przystosowanie do pracy w transporcie powietrznym, wysokość min. 3000m n.p.m	<b>Tak</b>	
12.	Ergonomiczny kształt, zapewniający pewny uchwyt urządzenia, bez wystających uchwytów	<b>Tak</b>	
13.	Czujnik chowany w dedykowaną kieszeń w obudowie pulsoksymetru	<b>Tak</b>	
14.	Regulacja jasności wyświetlacza na min. 10 poziomach	<b>Tak</b>	
15.	Tryb pracy z blokadą wyłączenia i zmian ustawień konfiguracyjnych	<b>Tak</b>	
16.	Pamięć pomiaru min. 40 dni, 99 pacjentów	<b>Tak</b>	
17.	Przesyłanie danych do komputera poprzez gniazdo RS-232 i USB	<b>Tak</b>	
18.	Zegar czasu rzeczywistego	<b>Tak</b>	
19.	Pomiar SpO2	<b>Tak</b>	
19a.	- zakres 0-100%	<b>Tak</b>	
19b.	- dokładność +/- 2 cyfry, dla zakresu 70 – 100%	<b>Tak</b>	
20.	Pomiar tętna	<b>Tak</b>	



20a.	- zakres 20 – 300 bpm	<b>Tak</b>	
20b.	- dokładność +/- 2 cyfry	<b>Tak</b>	
21.	Ośmiostopniowy wskaźnik amplitudy tętna	<b>Tak</b>	
22.	Zakres wskaźnika amplitudy tętna: 0,03%-20%	<b>Tak</b>	
23.	Granice ustawiane automatycznie i ręcznie	<b>Tak</b>	
24.	Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa	<b>Tak</b>	
25.	Wskaźnik alarmu świetlnego dobrze widoczny z różnych stron urządzenia	<b>Tak</b>	
26.	Możliwość czasowego wyciszenia alarmu na 2 minuty	<b>Tak</b>	
27.	Możliwość wyciszenia alarmu na czas nieokreślony	<b>Tak</b>	
28.	Alarmy o 3 poziomach ważności odróżniające się rodzajem sygnału dźwiękowego	<b>Tak</b>	
29.	Regulacja siły dźwięku alarmu – min. 8 poziomów głośności	<b>Tak</b>	
30.	Zakres głośności alarmu min.: 68 – 82dBA	<b>Tak</b>	
31.	Wskaźnik wyczerpania baterii	<b>Tak</b>	
32.	Wskaźnik artefaktów w sygnale pomiarowym	<b>Tak</b>	
33.	Wskaźnik braku sygnału pomiarowego	<b>Tak</b>	
34.	Osobne 9-segmentowe wskaźniki słupkowe siły tętna i perfuzji	<b>Tak</b>	

35.	Czujnik wielorazowy na palec dla dzieci i dorosłych	<b>Tak</b>	
36.	Przedłużacz do czujnika, dł. min.1,5m	<b>Tak</b>	
37.	Kieszonka na czujnik min. w 3 rozmiarach, mocowana w pulsoksymetrze	<b>Tak</b>	
38.	Komplet baterii AA	<b>Tak</b>	
39.	Stacja dokująca do pionowego ustawienia pulsoksymetru z automatycznym ładowaniem akumulatora, wyposażona w: - szufladę do ładowania akumulatora, - wskaźniki zasilania sieciowego, zasilania USB, ładowania dodatkowego akumulatora, - gniazdo do połączenia zasilania oraz opcjonalnej drukarki	<b>Tak</b>	
40.	Możliwość dopięcia drukarki termicznej do stacji dokującej bez użycia kabla	<b>Tak</b>	
41.	Możliwość wydruku trendów tabelarycznych i graficznych na opcjonalnej drukarce	<b>Tak</b>	
42.	Możliwość zamocowania pulsoksymetru do stojaka/szyny za pomocą dedykowanego uchwytu	<b>Tak</b>	

### Świadectwa

1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.)  Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	<b>Tak</b>	
----	--	------------	--

**Gwarancja i serwis**

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	<b>Tak</b>	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	<b>Tak</b>	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	<b>TAK TAK</b> <b>podać podać</b>	Imię i nazwisko : ..... .....tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesięcy].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	<b>Tak</b>	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	<b>Tak</b>	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	<b>Tak</b>	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	

9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez .... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	

Dokumentacja			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	Tak	
Inne			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	Tak	

#### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
 podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 7 - : Pulsoksymetr**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>Pulsoksymetr</b>  Model /typ / numer katalogowy* .....	<b>6</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN:  
(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN:  
(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy



## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia – Elektrokardiograf – 3 sztuki

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
Elektrokardiograf 12 kanałowy wraz z wózkiem			
1.	Język obsługi aparatu - polski	Tak	
2.	Kolorowy ekran graficzny z panelem dotykowym zintegrowany z aparatem.	Tak	
3.	Rozmiar ekranu min. 7" Rozdzielczość min 800x480	Tak	
4.	Waga aparatu max. 4,2 kg	Tak	
5.	Klawiatura funkcyjna i alfanumeryczna	Tak	



6.	Wydruk na papierze termiczny o szerokości 210 mm x 140 mm składanka ze znacznikiem lub bez, albo rolka	<b>Tak</b>	
7.	Przesuw papieru: 5/6,25/10/12,5/25/50 mm/s	<b>Tak</b>	
8.	Wzmocnienie: 2,5/5/10/20/Auto	<b>Tak</b>	
9.	Impedancja wejściowa >40MΩ		
10.	CMRR >115 dB	<b>Tak</b>	
11.	Częstotliwość próbkowania 1000Hz	<b>Tak</b>	
12.	Rozdzielczość przetwarzania 24 bity	<b>Tak</b>	
13.	Detekcja pików rozrusznika serca Próbkowanie 10000Hz	<b>Tak</b>	
14.	Filtra zakłóceń sieciowych	<b>Tak</b>	
15.	Filtr zakłóceń mięśniowych 25/35/45 Hz	<b>Tak</b>	
16.	Filtr dolno-przepustowy 150/100/75 Hz	<b>Tak</b>	
17.	Filtr anty-dryftowy DFT 0.05 / 0,15 / 0,25 / 0,32 / 0,5 / 0,67 Hz	<b>Tak</b>	
18.	Zasilanie :AC 100-240V / Bateriajny:	<b>Tak</b>	
19.	Ciągły pomiar i prezentacja na ekranie HR	<b>Tak</b>	
20.	Detekcja pików rozrusznika serca	<b>Tak</b>	
21.	Analiza HRV	<b>Tak</b>	

22.	Wydruk badania na drukarce laserowej podłączonej bezpośrednio do aparatu	<b>Tak</b>	
23.	Formaty wydruku:3*4 /3*4+1R /3*4+3R /6*2 /6*2+1R /12*1	<b>Tak</b>	
24.	Wydruk w trybie monitorowania rytmu	<b>Tak</b>	
25.	Automatyczna analiza i interpretacja	<b>Tak</b>	
26.	Wydruk min 200 badań w trybie auto na zasilaniu akumulatorowym	<b>Tak</b>	
27.	Możliwość przeglądania na ekranie badania przed wydrukiem	<b>Tak</b>	
28.	Wbudowana baza danych pacjentów min.200 badań	<b>Tak</b>	
29.	Zapis danych na urządzeniu USB (PenDrive) i karcie SD	<b>Tak</b>	
30.	Możliwość podłączenia czytnika kodu kreskowego	<b>Tak</b>	
31.	Możliwość wyboru lokalizacji archiwum badań (Pamięć wewnętrzna lub PenDrive, karta SD)	<b>Tak</b>	
32.	Możliwość przeglądania i wydruku badań z archiwum	<b>Tak</b>	
33.	Funkcja wydruku z wykorzystaniem jednego przycisku.	<b>Tak</b>	
34.	Kontrola podłączenia każdej elektrody	<b>Tak</b>	
35.	Współpraca aparatu w sieci komputerowej	<b>Tak</b>	
36.	Obsługa usługi FTP	<b>Tak</b>	
37.	Możliwość konfiguracji aparatu w sieci komputerowej (IP, Brama, Maski)	<b>Tak</b>	

38.	Eksport zapisów EKG w formacie PDF bezpośrednio z aparatu	Tak	
39.	Eksport danych w formacie: DICOM	Tak	
40.	Obsługa dwukierunkowa listy zadań (WorkFlow),	Tak	
41.	Obsługa czytnika kodów kreskowych	Tak	
42.	Interfejsy, RJ45, USBx2, wejście i wyjście analogowe, WIFI – opcja	Tak	
43.	Funkcja uśpienia umożliwiająca szybki start aparatu	Tak	
44.	Funkcja monitorowania arytmii ( LONG)	Tak	
	<b>Wózek pod aparat EKG</b>	Tak	
1.	Wózek pod aparat ekg z kołami o średnicy większej niż 70mm, z funkcją odprowadzenia ładunków elektrostatycznych, z wysięgnikiem na kabel pacjenta i kuwetą na akcesoria ekg	Tak	
2.	Papier do oferowanego EKG	Tak	

### Świadectwa

1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.)  Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
----	--	-----	--

**Gwarancja i serwis**

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	<b>Tak</b>	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	<b>Tak</b>	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	<b>TAK</b> <b>ppodać</b>	Imię i nazwisko :..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesięcy].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	<b>Tak</b>	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	<b>Tak</b>	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	<b>Tak</b>	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	

9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez .....(min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem. Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	

Dokumentacja			
1.	<p>Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- paszport sprzętu</li> <li>- instrukcję obsługi ;</li> <li>- kartę gwarancyjną</li> <li>- instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie</li> <li>- folder z dokładnymi parametrami technicznymi</li> </ul>	<b>Tak</b>	
Inne			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	<b>Tak</b>	

#### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 8 - Elektrokardiograf**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>Elektrokardiograf</b>  <b>Model /typ / numer katalogowy*</b> .....	<b>6</b>				
2.	Papier do oferowanego EKG	<b>150</b>				
3.	Wózek pod aparat ekg	<b>3</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN: .....(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN: .....(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy





**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH**

Przedmiot zamówienia - Respirator transportowy na podstawie jezdnej – 1 sztuka

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Respirator transportowy na podstawie jezdnej</b>			
<b>ZASILANIE RESPIRATORA</b>			
1.	Zasilanie powietrzem z wewnętrznego kompresora lub turbiny itp.	<b>Tak</b>	
2.	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu	<b>Tak</b>	
3.	Zasilanie AC 230V, 50 Hz	<b>Tak</b>	
4.	Zasilanie DC 12 V	<b>Tak</b>	
5.	Awaryjne zasilanie z akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy.	<b>Tak</b>	
<b>TRYBY WENTYLACJI</b>			
6.	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist	<b>Tak</b>	

7.	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV	Tak	
8.	Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP	Tak	
9.	Wentylacja nieinwazyjna	Tak	
10.	Wentylacja awaryjna przy wystąpieniu bezdechu	Tak	
	<b>RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO</b>		
11.	Wdech manualny	Tak	
12.	Oddech kontrolowany objętością VCV	Tak	
13.	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV	Tak	
14.	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV	Tak	
	<b>PARAMETRY REGULOWANE</b>		
15.	Częstość oddechów 3-60 odd./min	Tak	
16.	Objętość pojedynczego oddechu 50-1800ml	Tak	
17.	Regulowany czas wdechu 0,3-3,0 s	Tak	
18.	Ciśnienie wdechowe PCV 5-60 cmH <sub>2</sub> O	Tak	
19.	Ciśnienie wspomagania PSV 5-50 cmH <sub>2</sub> O	Tak	
20.	Ciśnienie PEEP/CPAP 0-20 cmH <sub>2</sub> O	Tak	
21.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 -8 l/min	Tak	

22.	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta 1 -15 cm H <sub>2</sub> O	Tak	
23.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 -100%	Tak	
	<b>OBRAZOWANIE I POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI</b>		
24.	Monitor (wbudowany) o przekątnej minimum 6 cali dla obrazowania parametrów wentylacji	Tak	
25.	Całkowita częstość oddychania	Tak	
26.	Objętość pojedynczego oddechu	Tak	
27.	Całkowita objętość wentylacji minutowej	Tak	
28.	Ciśnienie szczytowe	Tak	
29.	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, w funkcji czasu Co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie monitora	Tak	
	<b>ALARMY</b>		
30.	Niskiej i wysokiej całkowitej objętości minutowej	Tak	
31.	Niskiej objętości oddechowej pojedynczego wdechu	Tak	
32.	Wysokiego i niskiego ciśnienia w układzie oddechowym pacjenta	Tak	
33.	Wysokiej i niskiej częstości oddechowej	Tak	
34.	Bezdechu	Tak	
	<b>INNE POSIADANE FUNKCJE I WYPOSAZENIE</b>		
35.	Możliwość pracy w środowisku MRI do 3 Tesli	Tak	

36.	Kompletny układ oddechowy wielorazowy -1 szt.	Tak	
37.	Jednorazowy układ oddechowy do pracy w środowisku MRI -5 szt.	Tak	
38.	Wskaźnik naładowania akumulatora wewnętrznego	Tak	
	<b>POZOSTAŁE</b>		
39.	Podstawa jezdna z blokadą	Tak	
40.	Uchwyt na butle tlenową oraz reduktory	Tak	
41.	Ramię układu pacjenta	Tak	

#### Świadectwa

1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.)  Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
----	--	-----	--

#### Gwarancja i serwis

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	

3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK TAK podać	Imię i nazwisko:..... tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesięcy]. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	Tak	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	Tak	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	Tak	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	Tak	
9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez .... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	Tak	

10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	
<b>Dokumentacja</b>			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	<b>Tak</b>	

Inne		
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – do <b>4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	<b>Tak</b>

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 9 - Respirator transportowy na podstawie jezdnej wraz z wyposażeniem**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>Respirator transportowy na podstawie jezdnej wraz z wyposażeniem</b>  Model /typ / numer katalogowy* .....	1				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN:  
(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN:  
(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy





## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia - Lampa zabiegowa z mocowaniem sufitowym – 2 sztuki

Producent /firma .....

Kraj pochodzenia .....

Oferowany model / typ sprzętu .....

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Lampa zabiegowa z mocowaniem sufitowym</b>			
1.	Oprawa oświetleniowa mocowana na połączonych ze sobą przegubowo dwóch ramionach: obrotowym i uchylno- obrotowym dł. min. 80 cm każde; umożliwiające obrót 360 w każdym przegubie	<b>Tak</b>	
2.	Oprawa mocowana do ramienia uchylno-obrotowego przez obejmę, zapewniającą obrót w dwóch płaszczyznach o kąt min. 180°	<b>Tak</b>	
3.	zakres przemieszczania oprawy w płaszczyźnie pionowej min. 120 cm	<b>Tak</b>	
4.	Oprawa o konstrukcji monolitycznej, jednorodnej, zwartej budowie, łatwej do utrzymania w czystości, wyposażona w obejmę do przemieszczania oprawy umieszczoną na obwodzie	<b>Tak</b>	
5.	Oprawa oświetleniowa wykorzystująca technologię diod świecących LED	<b>Tak</b>	
6.	Bezcieńność światła uzyskiwana dzięki rozproszeniu na powierzchniach soczewek	<b>Tak</b>	

7.	Oprawa lamp w kształcie koła, diody LED umieszczone symetrycznie na jej powierzchni	Tak	
8.	Średnica oprawy nie większa niż 35 cm	Tak	
9.	Oprawa - matryca diodowa złożona z maksymalnie 20 punktów LED	Tak	
10.	Oprawa o natężeniu oświetlenia min. 70 kLux / 1 m.	Tak	
11.	Zakres regulacji średnicy pola oświetlanego - co najmniej 14 ÷ 24 cm; regulacja przez uchwyt umieszczony przy oprawie, który służy również do jej przemieszczania	Tak	
12.	Współczynnik odwzorowania barw emitowanego światła - R <sub>a</sub> : min. 95	Tak	
13.	Temperatura barwowa światła z zakresu 4300-4400 °K	Tak	
14.	Przyrost temperatury w obszarze głowy chirurga: nie większy niż 0,5 °C	Tak	
15.	Możliwość regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej 50 ÷ 100 %, oddzielnie dla każdej oprawy, regulatorem umieszczonym przy czaszy	Tak	
16.	Oprawa wyposażona w włącznik zasilania	Tak	
17.	Oprawa wyposażona w wymienny uchwyt przystosowany do wielokrotnej sterylizacji	Tak	
18.	Żywotność układu świetlnego min. 40 000 h	Tak	
19.	Lampa o konstrukcji zgodnej z Dyrektywą UE o wyrobach medycznych	Tak	
20.	Lampa powinna być wyposażona w wbudowany zasilacz przyłączany do sieci 230VAC	Tak	

Świadectwa			
1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.) Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
Gwarancja i serwis			
1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK TAK podać podać	Imię i nazwisko : ..... . tel. .... tel. ....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesiące].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	Tak	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	Tak	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	Tak	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	Tak	

9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem. Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	

Dokumentacja		
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	Tak
Inne		
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, montaż, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	Tak

#### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH****Przedmiot zamówienia - Lampa zabiegowa z mocowaniem ściennym – 2 sztuki****Producent /firma** .....**Kraj pochodzenia** .....**Oferowany model / typ sprzętu** .....**Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.)** .....

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Lampa zabiegowa z mocowaniem ściennym</b>			
1.	Oprawa oświetleniowa mocowana na połączonych ze sobą przegubowo dwóch ramionach: obrotowym i uchylno- obrotowym dł. min. 80 cm każde; umożliwiające obrót w każdym przegubie	<b>Tak</b>	
2.	Oprawa mocowana do ramienia uchylno-obrotowego przez obejmę, zapewniającą obrót w dwóch płaszczyznach o kąt min. 180°	<b>Tak</b>	
3.	zakres przemieszczania oprawy w płaszczyźnie pionowej min. 120 cm	<b>Tak</b>	
4.	Oprawa o konstrukcji monolitycznej, jednorodnej, zwartej budowie, łatwej do utrzymania w czystości, wyposażona w obejmę do przemieszczania oprawy umieszczoną na na obwodzie	<b>Tak</b>	

5.	Oprawa oświetleniowa wykorzystująca technologię diod świecących LED	Tak	
6.	Bezcieniowość światła uzyskiwana dzięki rozproszeniu na powierzchniach soczewek	Tak	
7.	Oprawa lamp w kształcie koła, diody LED umieszczone symetrycznie na jej powierzchni	Tak	
8.	Średnica oprawy nie większa niż 35 cm	Tak	
9.	Oprawa - matryca diodowa złożona z maksymalnie 20 punktów LED	Tak	
10.	Oprawa o natężeniu oświetlenia min. 70 kLux / 1 m.	Tak	
11.	Zakres regulacji średnicy pola oświetlanego - co najmniej 14 ÷ 24 cm; regulacja przez uchwyt umieszczony przy oprawie, który służy również do jej przemieszczania	Tak	
12.	Współczynnik odwzorowania barw emitowanego światła - R <sub>a</sub> : min. 95	Tak	
13.	Temperatura barwowa światła z zakresu 4300-4400 °K	Tak	
14.	Przyrost temperatury w obszarze głowy chirurga: nie większy niż 0,5 °C	Tak	
15.	Możliwość regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej 50 ÷ 100 %, oddzielnie dla każdej oprawy, regulatorem umieszczonym przy czaszy	Tak	
16.	Oprawa wyposażona w włącznik zasilania	Tak	
17.	Oprawa wyposażona w wymienny uchwyt przystosowany do wielokrotnej sterylizacji	Tak	
18.	Żywotność układu świetlnego min. 40 000 h	Tak	
19.	Lampa o konstrukcji zgodnej z Dyrektywą UE o wyrobach medycznych	Tak	



20.	Lampa powinna być wyposażona w wbudowany zasilacz przyłączany do sieci 230VAC	Tak	
-----	---	-----	--

Świadectwa			
------------	--	--	--

1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.) Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
----	--	-----	--

Gwarancja i serwis			
--------------------	--	--	--

1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
----	--	-----	--

2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	
----	---	-----	--

3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK podać	TAK podać Imię i nazwisko : ..... .tel..... tel.....
----	--	--------------	--

4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesięcy].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego ” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	
----	--	-----	--

5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	Tak	
----	--	-----	--

6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	<b>Tak</b>	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	<b>Tak</b>	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	

14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	Tak	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem.  Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru zostanie dołączona do faktury	Tak	
<b>Dokumentacja</b>			
1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - paszport sprzętu - instrukcję obsługi ; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	Tak	
<b>Inne</b>			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, montaż instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	Tak	

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 10 - poz. 1 - Lampa zabiegowa z mocowaniem sufitowym  
poz. 2 - Lampa zabiegowa z mocowaniem ściennym**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

L.p.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>Lampa zabiegowa z mocowaniem sufitowym</b> Model /typ / numer katalogowy* .....	<b>2</b>				
2.	Przedmiot dostawy : <b>Lampa zabiegowa z mocowaniem ściennym</b> Model /typ / numer katalogowy* .....	<b>2</b>				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN: .....(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN: .....(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy



**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia – kardiomonitor modułowy – 5 sztuk**

Producent /firma .....  
 Kraj pochodzenia .....  
 Oferowany model / typ sprzętu .....  
 Rok produkcji (nie wcześniej niż 2015 r.) .....

Lp.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
<b>Kardiomonitor modułowy</b>			
1.	Aparat fabrycznie nowy (wyklucza się aparaty demonstracyjne i rekondycjonowane)	<b>TAK</b>	
<b>Konstrukcja</b>			
2.	Modułowa konstrukcja monitora. Wszystkie mierzone parametry dostępne w postaci jedno lub wieloparametrowych wymiennych modułów odłączanych od jednostki centralnej monitora	<b>TAK</b>	
3.	Jednostka centralna zintegrowana w jednej obudowie z monitorem. Prostota wymiany modułów	<b>TAK</b>	
4.	Przenoszenie modułów pomiędzy monitorami w czasie pracy, z automatyczną rekonfiguracją ustawień monitora	<b>TAK</b>	
5.	Możliwość rozbudowy monitora o dodatkowe funkcje dostępne w postaci wymiennych modułów	<b>TAK</b>	
6.	Pomiar wszystkich wymaganych parametrów na każdym stanowisku	<b>TAK</b>	

<b>Ekran</b>			
7.	Ekran kolorowy, pojedynczy, zintegrowany z obudową monitora, aktywna matryca TFT	<b>TAK</b>	
8.	Przekątna ekranu min. 17" Jednoczesna prezentacja min. 12 różnych krzywych dynamicznych na ekranie,	<b>TAK</b>	
9.	Rozdzielczość ekranu min. 800 x 600	<b>TAK</b>	
<b>Obsługa</b>			
10.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim, Komunikacja z użytkownikiem poprzez klawisze skrótów, i pokrętko	<b>TAK</b>	
11.	Automatyczna rekonfiguracja ustawień ekranu monitora w zależności od podłączonych akcesoriów pomiarowych.	<b>TAK</b>	
<b>Zasilanie</b>			
12.	Monitory zasilane elektrycznie 230 VAC/50 Hz	<b>TAK</b>	
13.	Zasilanie awaryjne z wbudowanego akumulatora na min. 120 minut pracy	<b>TAK</b>	
14.	Chłodzenie monitora konwekcyjne (bez użycia wentylatorów), nie wymagające czyszczenia.	<b>TAK</b>	
<b>Praca w sieci</b>			
15.	Monitor z opcją pracy w sieci przewodowej LAN	<b>TAK</b>	
16.	Możliwość rozbudowy o drukarkę laserową	<b>TAK</b>	
<b>Alarm</b>			
17.	Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych	<b>TAK</b>	
18.	Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika	<b>TAK</b>	

19.	Historia alarmów – zapamiętywanie 128 grup odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi	<b>TAK</b>	
20.	Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 168 godziny	<b>TAK</b>	
<b>Mierzone parametry</b>			
21.	EKG w każdym monitorze	<b>TAK</b>	
22.	Możliwość ciągłej rejestracji i równoczesowej prezentacji na ekranie monitora 7 lub 12 odprowadzeń EKG ( I, II, III, aVL, aVR, aVF, V1 do V6)-	<b>TAK</b>	
23.	Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 10-350 ud/min. Analiza odcinka ST w każdym monitorze	<b>TAK</b>	
24.	Analiza odchylenia odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym. Analiza arytmii w każdym monitorze	<b>TAK</b>	
25.	Rozpoznawanie min. 16 rodzajów zaburzeń w każdym monitorze	<b>TAK</b>	
26.	Pomiar oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę	<b>TAK</b>	
27.	Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min , Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 60 sekund.	<b>TAK</b>	
28.	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi w każdym monitorze - Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną.	<b>TAK</b>	
29.	Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 1 – 720 minut z możliwością dodatkowych pomiarów ręcznych. Pomiar ręczny i pomiar ciągły	<b>TAK</b>	
30.	Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Min. zakres pomiarowy: 0 – 300 mmHg	<b>TAK</b>	



<b>Akcesoria</b>			
31.	wężyk standardowy (dla dzieci i dorosłych) łączący mankiet z monitorem	<b>TAK</b>	
32.	mankiet do pomiaru NIBP, wielorazowy dla dorosłych , w różnych rozmiarach	<b>TAK</b>	
33.	adapter łączący czujnik pomiarowy z monitorem	<b>TAK</b>	
34.	czujnik do pomiaru SpO2 typu klips na palec	<b>TAK</b>	
35.	czujnik do pomiaru temp. powierzchniowej	<b>TAK</b>	
36.	Uchwyt ścienny kompatybilny z oferowanym kardiomonitorem (możliwość ustawienia kąta :pravo/lewo oraz nachylenia dół/góra uchwytu; niezależne demontowanie kardiomonitora bez konieczności demontowania uchwytu)	<b>TAK</b>	
<b>Pozostałe parametry</b>			
37.	Pomiar saturacji w każdym monitorze	<b>TAK</b>	
38.	Pomiar z wykluczeniem artefaktów ruchowych.	<b>TAK</b>	
39.	Zakres pomiarowy SpO2: 0 – 100%	<b>TAK</b>	
40.	Min. zakres pomiarowy pulsu: 10 – 300 ud./min.	<b>TAK</b>	
41.	Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej)	<b>TAK</b>	
42.	Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur	<b>TAK</b>	
43.	Min. zakres pomiarowy: 0 – 45 stopni.	<b>TAK</b>	
44.	Inwazyjny pomiar ciśnienia krwi - Pomiar w min. 8 kanałach	<b>TAK</b>	
45.	Pomiar ciśnienia: tętniczego, OCŻ, PA, RA, LA. Prezentacja krzywych dynamicznych i odczytów cyfrowych ciśnienia na ekranie monitora	<b>TAK</b>	
46.	Możliwość rozbudowy o moduł Masimo MX SpO2 z pomiarem SpHb, SpMet, SpCO, PVI, RAM	<b>TAK</b>	

Świadectwa			
1.	Świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z aktualnymi wymaganiami ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679 z późn. zm.) Certyfikaty CE (załączyć certyfikat producenta i deklarację zgodności CE na sprzęt dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji)	Tak	
Gwarancja i serwis			
1.	Wykonawca musi załączyć ważne dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie <b>sprzedaży</b> oraz <b>serwisu</b> dostarczanego sprzętu	Tak	
2.	Wykonawca musi posiadać własny autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. Serwis musi dysponować co najmniej 1 wykwalifikowanym inżynierem serwisu na terenie kraju.	Tak	
3.	Bezpośredni kontakt z inżynierem serwisowym; Podać lokalizację punktów serwisowych (min. 1 punkt na terenie RP)	TAK TAK podać podać	Imię i nazwisko : ..... .tel..... tel.....
4.	Okres gwarancji ..... [min. 24 miesiące].Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego” po przeprowadzonym instruktażu	Tak	
5.	Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	Tak	
6.	Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony do kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej w terminie 14 dni od podpisania umowy.	Tak	
7.	W przypadku gdy nie zostaną wykonane zalecane przez producenta przeglądy, będą naliczane kary umowne.	Tak	
8.	Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca; po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający sprzęt do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu sprzętu	Tak	

9.	Wykonawca będzie wykonywał serwis gwarancyjny przez ..... (min. <b>24 miesiące</b> ), od przekazania urządzenia do użytkowania, obejmujący min. 1 przegląd w roku. Wykonawca jest zobowiązany przyjechać, do 24 godz. od powiadomienia o awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Okres od wystąpienia awarii do zakończenia naprawy dolicza się do okresu gwarancyjnego. Czas na usunięcie usterki – do 3 dni roboczych od zgłoszenia lub 7 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy	<b>Tak</b>	
10.	Wykonawca gwarantuje wymianę sprzętu na nowy w przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu lub braku możliwości wykonania naprawy (co zostanie potwierdzone Kartą Pracy)	<b>Tak</b>	
11.	Dla zakupionego sprzętu Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport sprzętu	<b>Tak</b>	
12.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie czytelnie wypełniona karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu sprzętu	<b>Tak</b>	
13.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od podpisania umowy	<b>Tak</b>	
14.	Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia	<b>Tak</b>	
<b>Instruktaż</b>			
1.	Wykonawca przeprowadzi instruktaż pracowników Zamawiającego na własny koszt, w zakresie używania urządzenia. Przeprowadzony instruktaż udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem. Lista osób , które odbyły instruktaż (podpisana przez Uczestników instruktażu) wraz z protokołem odbioru końcowego zostanie dołączona do faktury	<b>Tak</b>	

### Dokumentacja

1.	Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: - paszport sprzętu - instrukcję obsługi; - kartę gwarancyjną - instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji - jeśli ma zastosowanie - folder z dokładnymi parametrami technicznymi	<b>Tak</b>	
<b>Inne</b>			
1.	Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, instruktaż) – <b>do 4 tygodni</b> od daty zawarcia umowy.	<b>Tak</b>	

#### Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia urządzenia spełniającego wyspecyfikowane parametry. Oświadczamy, że oferowane i powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

....., dnia .....2015 r.

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

**Pakiet nr 11 - kardiomonitor modułowy**

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

Lp.	Nazwa wyrobu typ	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	wartość netto PLN	VAT %	wartość brutto PLN
1.	Przedmiot dostawy : <b>kardiomonitor modułowy</b>  <b>Model /typ / numer katalogowy*</b> .....	<b>5</b>				
2.	wężyk standardowy (dla dzieci i dorosłych) łączący mankiet z monitorem	<b>5</b>				
3.	mankiet do pomiaru NIBP, wielorazowy dla dorosłych , w różnych rozmiarach	<b>15</b>				
4.	adapter łączący czujnik pomiarowy z monitorem	<b>5</b>				
5.	czujnik do pomiaru SpO2 typu klips na palec	<b>5</b>				

6.	czujnik do pomiaru temp. powierzchniowej	5				
7.	Uchwyt ścienny kompatybilny z oferowanym kardiomonitorem	6				
	<b>RAZEM WARTOŚĆ (PLN)</b>					

wartość netto PLN: .....(słownie wartość netto PLN:.....)

wartość brutto PLN: .....(słownie wartość brutto PLN:.....)

....., dnia .....2015 r.

.....  
*podpis i pieczęć imienna osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy*

**ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO TREŚCI  
ZAWIERANEJ UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**§1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest dostawa, montaż i uruchomienie przez Wykonawcę sprzętu medycznego na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej (producent/model/rok produkcji), tj. ...., zwanej w dalszej części umowy „urządzeniem” oraz jego odbiór i zapłata ceny przez Zamawiającego.
2. Przedmiot umowy obejmuje w szczególności:
  - a) dostawę fabrycznie nowego urządzenia, jego rozładowanie w miejscu wykonania umowy, montaż, pierwsze uruchomienie, przekazanie do eksploatacji, instruktaż pracowników w zakresie obsługi i konserwacji dostarczonego urządzenia;
  - b) wykonywanie w okresie gwarancji nieodpłatnych przeglądów i konserwacji urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta :
    - Wykonawca ustali terminy przeglądów i konserwacji z Użytkownikiem, a harmonogram dostarczy do Kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej Zamawiającego, w terminie 2 tygodni od dnia dostarczenia przedmiotu umowy;
    - czas przeglądów i konserwacji wynikający z harmonogramu nie będzie wliczany do czasu przestoju urządzenia;
    - za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca, pod warunkiem udostępnienia przez Zamawiającego przedmiotu umowy w ustalonym harmonogramem terminie;
    - potwierdzeniem wykonania usługi będzie karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego;
    - po przeglądzie Wykonawca wystawi certyfikat dopuszczający urządzenie do eksploatacji klinicznej i dokona wpisu do Paszportu urządzenia.
3. Opis wymagań dotyczących zamówionego urządzenia szczegółowo został określony w treści Załącznika Nr 1.

**§2**

**MIEJSCE I TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU UMOWY**

1. Miejszem wykonania umowy jest:

Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie  
02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5
2. Przedmiot umowy będzie wykonany w nieprzekraczalnym terminie do: ..... tygodni od dnia zawarcia umowy.
3. Za datę wykonania umowy Strony przyjmują dzień oddania urządzenia do eksploatacji, co zostanie potwierdzone w treści protokołu odbioru końcowego podpisanego bez uwag i zastrzeżeń.
4. Zmiana umownego terminu realizacji przedmiotu umowy może wystąpić wyjątkowo jedynie w wypadku działania siły wyższej, za którą Strony będą uważać nagłe zdarzenie, niezależne od Stron, których Strony nie mogły przewidzieć przed zawarciem niniejszej umowy, a których działanie

uniemożliwia wykonanie umowy zgodnie z terminem określonym powyżej w ust. 2. Strona powołująca się na fakt wystąpienia siły wyższej zobowiązana jest do niezwłocznego pisemnego powiadomienia drugiej Strony o wystąpieniu zdarzenia siły wyższej, a następnie do udokumentowania tego zdarzenia.

### §3

#### ZASADY WYNAGRADZANIA

1. Za prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy, Zamawiający zapłaci Wykonawcy cenę w wysokości ..... **złotych brutto (słownie:.....)**.
2. Strony ustalają, cena brutto zawiera wszystkie koszty związane z dostawą, montażem, szkoleniem instruktazowym pracowników Zamawiającego, w tym koszty:
  - 1) wszystkich czynności związanych z przygotowaniem dostawy,
  - 2) opakowania,
  - 3) załadunku, transportu i wyładunku w miejscu dostawy,
  - 4) zamontowania dostarczonego urządzenia,
  - 5) uruchomienia dostarczonego urządzenia,
  - 6) kosztami materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do przeprowadzenia instruktażu;
  - 7) konserwacji urządzenia w okresie gwarancji i ewentualnych napraw gwarancyjnych,
  - 8) przeglądów gwarancyjnych,
  - 9) dostarczonych instrukcji obsługi urządzenia,
  - 10) usunięcia opakowań z terenu Zamawiającego,
  - 11) ubezpieczenia dostawy,
  - 12) poniesionych koniecznych świadczeń publicznoprawnych, w tym podatków i opłat (np. cła).
3. Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy umówioną cenę na podstawie prawidłowo wystawionej i doręczonej Zamawiającemu faktury VAT. Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do faktury VAT podpisany bez zastrzeżeń protokół odbioru końcowego wraz z listą osób, które odbyły instruktaż.
4. Zamawiający uiszczy Wykonawcy należność przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie ..... dni, licząc od dnia podpisania faktury VAT przez upoważnioną do tego przez Zamawiającego osobę.
5. Dniem zapłaty wynagrodzenia jest dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
6. Wykonawca nie może bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego przenosić na osoby trzecie wierzycelności przysługujących mu na podstawie niniejszej umowy, w szczególności na podstawie umowy przelewu wierzycelności, umowy poręczenia, umowy zastawu, ani żadnej innej podobnej umowy, wskutek której dochodzi do przeniesienia kwoty wierzycelności, w tym również do zarządzania i administrowania wierzycelnością.
7. Czynność dokonana z naruszeniem ust. 6 jest nieważna.
8. Koszty bankowe powstałe w banku Wykonawcy pokrywa Wykonawca, natomiast powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający.

### §4

#### ODBIÓR PRZEDMIOTU UMOWY

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć urządzenie wraz z pełną dokumentacją.
2. Po dostawie, montażu i uruchomieniu przedmiotu umowy oraz po podpisaniu protokołu odbioru końcowego i przekazania do eksploatacji Wykonawca dostarczy fakturę VAT.
3. Z zastrzeżeniem § 2 ust. 2 umowy, odbiór urządzenia wraz z jego kontrolą (jakościową) będzie dokonany przez przedstawiciela Zamawiającego w miejscu wykonania umowy, w terminie ustalonym przez Strony.
4. Zamawiający nie podpisze protokołu odbioru końcowego w przypadku:



- 1) dostarczenia przez Wykonawcę urządzenia niezgodnego z wymaganiami technicznymi Zamawiającego,
  - 2) niekompletnego urządzenia,
  - 3) niedostarczenia wraz z urządzeniem stosownej dokumentacji określonej w treści Załącznika Nr 1,
  - 4) dostarczenia urządzenia z widocznymi wadami,
  - 5) braku instalacji urządzenia w miejscu wykonania umowy,
  - 6) braku przeprowadzenia instruktażu wyznaczonych pracowników Zamawiającego.
5. W przypadku określonym w ust. 3 osoba upoważniona ze strony Zamawiającego sporządzi dokument zawierający informację o przyczynie nie podpisania protokołu odbioru końcowego.

## §5

### GWARANCJA JAKOŚCI I RĘKOJMIA

1. Wykonawca wystawi Zamawiającemu pisemną gwarancję jakości na urządzenie obowiązującą przez okres: ..... miesięcy, licząc od dnia wykonania umowy, nie krótszy jednak od okresu gwarancji zapewnionej przez producenta urządzenia.
2. Wykonawca gwarantuje, że dostarczone urządzenie jest fabrycznie nowe, kompletne o wysokim standardzie zarówno pod względem jakości wykonania, jak również funkcjonalności, wolne od wad materiałowych i konstrukcyjnych, posiadające wymagane certyfikaty oraz świadectwa dopuszczające do obrotu zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107 poz. 679 z późn. zm.).
3. W przypadku zgłoszenia przez Zamawiającego reklamacji, czas przyjazdu serwisu celem wykonania naprawy nastąpi **do 24 godzin (2-ch dni roboczych)**, licząc od chwili zgłoszenia zawiadomienia Wykonawcy faksem na nr ..... za zwrotnym potwierdzeniem odbioru zgłoszenia na nr faksu Zamawiającego 22/ .....
4. Wykonawca zapewnia serwis gwarancyjny dostarczonego urządzenia:

**serwis:** .....

**adres serwisu:** .....

**tel.** .....

**faks.** .....

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

5. Bieg terminu naprawy rozpoczyna się z chwilą zgłoszenia reklamacji, stosownie do treści ust. 3 powyżej, a kończy się z dniem protokolarnego przekazania urządzenia wolnego od wad upoważnionej osobie Zamawiającego.
6. Czas naprawy gwarancyjnej wynosi 3 dni robocze, gdy nie ma potrzeby sprowadzania części zamiennych z zagranicy oraz 7 dni roboczych w razie konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy (za dni robocze Strony przyjmują dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. Po wykonaniu każdej naprawy w okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić wykonanie usługi poprzez wypełnienie karty pracy serwisu wraz z wpisem do paszportu urządzenia oraz wystawieniem dokumentu potwierdzającego dopuszczenie urządzenia do eksploatacji klinicznej.
7. Jeżeli w wykonaniu swoich obowiązków, Wykonawca dostarczył w ramach gwarancji zamiast urządzenia wadliwego urządzenie wolne od wad, albo dokonał istotnych napraw urządzenia objętego gwarancją (naprawa istotna to naprawa konieczna do przywrócenia pełnej sprawności urządzenia i możliwości korzystania z niego zgodnie z umową / instrukcją obsługi), **termin**

**gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia urządzenia wolnego od wad lub zwrócenia urządzenia naprawionego.**

8. Jeżeli Wykonawca wymienił lub naprawił część urządzenia, regulę powyższą stosuje się odpowiednio do tej części. W innych wypadkach termin gwarancji ulega przedłużeniu o czas, w ciągu którego w skutek wady urządzenia Zamawiający nie mógł z niego korzystać.
9. Jeżeli ze względów technologicznych, z powodu niedostępności części na rynku krajowym lub zagranicznym, a także z innych względów niezależnych od Wykonawcy przeprowadzenie naprawy nie będzie możliwe w terminach określonych w ust. 6 powyżej, to za pisemną zgodą Zamawiającego, Wykonawca będzie zobowiązany do wykonania naprawy w terminie wspólnie ustalonym przez Strony.
10. W przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu urządzenia lub braku możliwości wykonania naprawy dostarczonego urządzenia, co zostanie potwierdzone kartą pracy, Wykonawca wymieni wadliwe urządzenie na nowe, zgodne z przedmiotem zamówienia, wolne od wad, na własny koszt w terminie **30 dni** licząc od daty wystawienia karty pracy.
11. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności celnych związanych z ewentualną wymianą urządzenia na nowe, jego wysyłką do naprawy gwarancyjnej i odbiorem lub z importem części zamiennych, we własnym zakresie – bez udziału Zamawiającego.
12. Uprawnienia z tytułu rękojmi za wady przedmiotu umowy przysługują Zamawiającemu niezależnie od uprawnień z tytułu gwarancji - wszelkie postanowienia zawarte w karcie gwarancyjnej lub ofercie Wykonawcy, a sprzeczne z powyższym, uważa się za bezskuteczne wobec Stron.
13. Wykonawca gwarantuje przez okres co najmniej 8 lat po zakończeniu okresu gwarancji możliwość zabezpieczenia w części zamienne oraz możliwość pełnej obsługi pogwarancyjnej świadczonej na podstawie odrębnie podpisanej umowy.
14. Jeżeli istnieje rozbieżność zapisów pomiędzy kartą gwarancyjną a umową, ewentualną kolizję rozstrzyga się na korzyść zapisów zawartych w umowie.
15. Wykonawca przeprowadzi instruktaż dla osób personelu w zakresie właściwej eksploatacji i konserwacji urządzenia w terminie przed podpisaniem protokołu odbioru końcowego.
16. W okresie gwarancji Wykonawca udzieli wszechstronnej pomocy użytkownikowi, jeżeli wystąpią jakiegokolwiek trudności związane z eksploatacją urządzenia.
17. Wszelkie naprawy odbywają się z ewentualnym uwzględnieniem transportu na koszt i ryzyko Wykonawcy.

## **§ 6**

### **INSTRUKTAŻ**

1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia instruktażu w zakresie obsługi i konserwacji zakupionego urządzenia przez Zamawiającego.
2. Z instruktażu Wykonawca sporządzi protokół, w którym zamieści co najmniej następujące informacje:
  - temat przeprowadzonego instruktażu,
  - listę osób, które odbyły szkolenie instruktażowe,
  - imię i nazwisko osoby przeprowadzającej instruktaż,
  - datę odbycia instruktażu,
  - liczba godzin instruktażu.
3. Termin instruktażu wymienionego w ust. 2 zostanie ustalony pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą w czasie trwania instalacji.

## **§ 7**

### **KARY UMOWNE**

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań wynikających z treści niniejszej umowy w formie kar umownych.

2. Ustala się następujący sposób naliczania kar umownych:
  - 1) w przypadku opóźnienia:
    - a. występującego w terminie oddania urządzenia do eksploatacji, określonym w § 2 ust. 2 umowy, Wykonawcy zostanie naliczona kara umowna w wysokości za każdy dzień opóźnienia po 0,1 % ceny brutto, określonej w § 3 ust. 1 umowy,
    - b. występującego w terminie określonym w § 5 ust. 3 umowy, Wykonawcy zostanie naliczona kara umowna w wysokości za każdy dzień opóźnienia po 0,1 % ceny brutto, określonej w § 3 ust. 1 umowy,
    - c. występującego w terminie naprawy, określonym w § 5 ust. 6 umowy, Wykonawcy zostanie naliczona kara umowna w wysokości za każdy dzień opóźnienia po 0,1 % ceny brutto, określonej w § 3 ust. 1 umowy,
    - d. występującego w terminie dostawy, określonym w § 5 ust. 10 umowy, Wykonawcy zostanie naliczona kara umowna w wysokości za każdy dzień opóźnienia po 0,1 % ceny brutto, określonej w § 3 ust. 1 umowy.
  - 2) W przypadku nie dostarczenia urządzenia zastępczego zgodnie z § 5 ust. 6 umowy, Wykonawcy zostanie naliczona kara umowna w wysokości za każdy dzień opóźnienia po 0,1 % ceny brutto, określonej w § 3 ust. 1 umowy.
  - 3) w przypadku odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 20 % ceny brutto, określonej w § 3 ust. 1 umowy.
3. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.
4. Niezależnie od wysokości kar umownych określonych w ust. 2 powyżej, Zamawiający zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania w pełnej wysokości na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.

## **§ 8**

### **ZMIANY UMOWY**

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, zakazuje się istotnych zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy.
2. Zamawiający z inicjatywy własnej lub Wykonawcy dopuszcza jednak możliwość zmiany w treści niniejszej umowy jedynie w następujących przypadkach:
  - 1) zmiany jakości (na wyższą) zaoferowanego sprzętu, przy zachowaniu lub obniżeniu ceny, określonej w § 3 ust. 1 umowy,
  - 2) możliwości skorygowania ceny brutto na podstawie stosownego dokumentu w przypadku zmian przepisów podatkowych (stawka podatku VAT).
3. Zmiana określona w ust. 2 pkt 2 powyżej obowiązuje z datą wprowadzenia jej w życie na podstawie odrębnych przepisów.
4. Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od niniejszej umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w przypadku rażącego naruszenia postanowień umownych, w szczególności:
  - 1) opóźnienia w rozpoczęciu wykonywania niniejszej umowy, skutkującego niemożnością zrealizowania przedmiotu umowy w terminie określonym w § 2 ust. 2 umowy,
  - 2) wadliwego lub sprzecznego z umową wykonania przedmiotu umowy.
5. Odstąpienie od niniejszej umowy powinno być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności i zawierać uzasadnienie jego dokonania. Odstąpienie od umowy uznaje się za skuteczne z chwilą doręczenia Wykonawcy pisemnego oświadczenia.

## § 9

### ROZWIĄZYWANIE SPORÓW

1. Wszystkie spory wynikające z niniejszej umowy o ile nie zostaną rozwiązane polubownie, rozstrzygane będą przez sąd powszechny miejscowo właściwy dla siedziby Zamawiającego.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym w szczególności: prawa zamówień publicznych, kodeksu cywilnego.

## § 10

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zmiany dotyczące postanowień niniejszej umowy będą miały postać aneksów i wymagają każdorazowo formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Osobą odpowiedzialną za realizację przedmiotu umowy ze strony Zamawiającego jest:  
.....
3. Osobą odpowiedzialną za realizację przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy jest:  
.....
4. Umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egz. po jednym dla każdej ze Stron.
5. Integralną częścią niniejszej umowy jest załącznik:

- 1) Parametry Techniczne – Załącznik Nr 1

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**