**Znak postępowania:** **IMP.272.2.21.2022**

**specyfikacja warunków zamówienia**

**ZamawiającY:**

**POWIAT STALOWOWOLSKI**

Zaprasza do złożenia oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art.132 ustawy z  11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 z późn. zm.) – dalej ustawą Pzp na zadanie pn.

**„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”**

**Przedmiotowe postępowanie prowadzone jest przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.**

**Składanie ofert następuje za pośrednictwem platformy zakupowej dostępnej pod adresem internetowym: https://miniportal.uzp.gov.pl oraz platformy dostępnej pod adresem: https://epuap.gov.pl/wps/portal**

Stalowa Wola, 28.10.2022 r.

Zatwierdzam:

Starosta

Janusz Zarzeczny

**I. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

Powiat Stalowowolski

ul. Podleśna 15, 37 – 450 Stalowa Wola

Tel.: **15 643 – 37 – 09**

NIP: **865-256- 54-94**

Adres e-mail: [**mienie@stalowowolski.pl**](mailto:mienie@stalowowolski.pl)

Numer referencyjny: IMP.272.2.21.2022, w korespondencji kierowanej do Zamawiającego należy posługiwać się tym znakiem.

Adres strony internetowej, na której jest prowadzone postępowanie i na której będą dostępne wszelkie dokumenty związane z prowadzoną procedurą**: bip.stalowowolski.pl**

Godziny pracy: **7.30 – 15.30** od poniedziałku do piątku.

**II. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

**1.** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o danych) (Dz. U. UE L119 z dnia 4 maja 2016 r., str. 1; zwanym dalej "RODO") informujemy, że:

**1)** administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiat Stalowowolski, ul. Podleśna 15, 37-450 Stalowa Wola, tel.: 15 643 37 09, fax: 15 643 36 02, e - mail: powiat@stalowowolski.pl;

**2)** inspektorem ochrony danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Stalowej Woli, ul. Podleśna 15, 37-450 Stalowa Wola jest Pani Magdalena Sołtys-Kurek, tel.: 15 643 36 35, e-mail: [abi@stalowowolski.pl](mailto:abi@stalowowolski.pl);

**3)** Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b,c RODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.

**4)** odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 74 ustawy Pzp oraz podmioty którym powierzono przetwarzanie danych osobowych na podstawie umowy.

**5)** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 78 ust. 1 Pzp przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;

**6)** obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisanych ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**7)** w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO.

**8)** posiada Pani/Pan:

**a)** na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących (w przypadku, gdy skorzystanie z tego prawa wymagałoby po stronie administratora niewspółmiernie dużego wysiłku może zostać Pani/Pan zobowiązana do wskazania dodatkowych informacji mających na celu sprecyzowanie żądania, w szczególności podania nazwy lub daty postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu albo sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia);

**b)** na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych (*skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników*);

**c)** na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem okresu trwania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu oraz przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);

**d)** prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

**9)** nie przysługuje Pani/Panu:

**a)** w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

**b)** prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

**c)** na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO;

**10)** przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez administratora. Organem właściwym dla przedmiotowej skargi jest Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

**III. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

**1**. Przedmiotowe postępowanie prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art.132 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1710z późn. zm.), zwanej dalej ustawą Pzp, aktów wykonawczych do ustawy Pzp oraz na podstawie niniejszej Specyfikacji Warunków Zamówienia, zwaną w dalszej części „SWZ” o wartości zamówienia większej niż progi unijne.

**2.** Postępowanie jest prowadzone zgodnie z zasadami przewidzianymi dla tzw. „procedury odwróconej”, o której mowa w art. 139 ust. 1, 3 oraz 4 ustawy Pzp. Zamawiający najpierw dokona badania i oceny ofert, a następnie dokona kwalifikacji podmiotowej wykonawcy, którego oferta została najwyżej oceniona, w zakresie braku podstaw wykluczenia oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu.

**3**. Zamawiający nie przewiduje możliwości żądania oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp wyłącznie od wykonawcy, którego oferta została najwyżej oceniona.

**4.** W zakresie nieuregulowanym niniejszą Specyfikacją Warunków Zamówienia, zwanej dalej SWZ, zastosowanie mają przepisy ustawy Pzp**.**

**5.** Szacunkowa wartość przedmiotowego zamówienia przekracza progi unijne o jakich mowa w art. 3 ustawy Pzp.

**6.** Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej.

**7.** Zamawiający nie przewiduje złożenia oferty w postaci katalogów elektronicznych.

**8.** Zamawiający nie prowadzi postępowania w celu zawarcia umowy ramowej.

**9.** Zamawiający nie zastrzega możliwości ubiegania się o udzielenie zamówienia wyłącznie przez Wykonawców, o których mowa w art. 94 ustawy Pzp.

**10.** Zamawiający nie określa dodatkowych wymagań związanych z zatrudnianiem osób, o których mowa w art. 96 ust. 2 pkt 2 ustawy Pzp.

**11.** Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych oraz w postaci katalogów elektronicznych.

**12.** Zamawiający może unieważnić postępowanie o udzielenie zamówienia, jeżeli środki publiczne, które Zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie całości lub części zamówienia, nie zostały mu przyznane, a możliwość unieważnienia postępowania na tej podstawie została przewidziana w ogłoszeniu o zamówieniu.

**IV. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

## Przedmiotem zamówienia jest dostawa wyposażenia dla Oddziału Kardiologicznego i dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli, do siedziby SP ZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, zgodnie z formularzem ofertowym ( załącznik nr 1 do SWZ), formularzem – opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów technicznych(załącznik nr 3) i formularzem cenowym (załącznik nr 2 do SWZ) oraz wymaganiami zawartymi w SWZ.

1. Zamówienie jestdofinansowywane z Programu Rządowego Fundusz Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych. Regulamin naboru wniosków o dofinansowanie edycja Nr 3 w ramach Rządowego Funduszu Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych oraz uchwała nr 84/2021 Rady Ministrów z 1 lipca 2021 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Funduszu Polski Ład: Programu Inwestycji Strategicznych dostępne są na stronie internetowej https://www.bgk.pl/polski-lad/edycja-trzecia-pgr/.

**3.** Pozostałe warunki zamówienia określa wzór umowy, stanowiący załączniki nr 11do SWZ.

## 4. Nazwa i kod określone we wspólnym Słowniku Zamówień:

33100000-1 Urządzenia medyczne

**5.** Opisując przedmiot zamówienia przez odniesienie do norm, ocen technicznych, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 101 ust.1 pkt.2 oraz ust.3 ustawy Pzp, Zamawiający jest obowiązany wskazać , że dopuszcza rozwiązania równoważne opisywanym, a odniesieniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważne”.

**6.** Zamawiający wymaga, aby oferowane w ramach postępowania dostawy:

- odpowiadały wszystkim wymaganiom określonym przez Zamawiającego w załączniku nr 3 do SWZ,

- posiadały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, były wprowadzone do obrotu i używania zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2021r. poz. 1565)- jeżeli dotyczy

Wykonawca dostarczy przy dostawie zamówienia do Zamawiającego w języku polskim: certyfikat Ce LUB Deklarację Zgodności, Instrukcje obsługi urządzeń, Paszporty techniczne.

**7.** Zamówienie zostało podzielone na 17 części. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Opis poszczególnych części zgodnie z załącznikiem nr 2 do SWZ.

Część nr 1 – Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Kardiologicznego,

Część nr 2 – Wózek i fotel do transportu pacjentów dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Część nr 3 – Zestaw pomp infuzyjnych dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Część nr 4 –Zestaw Holterowski EKG dla Oddziału Kardiologicznego,

Część nr 5 – Rejestrator Holterowski ciśnienia dla Oddziału Kardiologicznego,

Część nr 6 – System monitorowania funkcji życiowych dla Oddziału Kardiologicznego

Część nr 7 – Kardiomonitory dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Część nr 8 – Defibrylatory dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Cześć nr 9 – Zestaw do prób wysiłkowych z bieżnią dla Oddziału Kardiologicznego,

Część nr 10 – Myjka dezynfektor dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Część nr 11 – Ssak elektryczny dla Oddziału Kardiologicznego,

Część nr 12 – Aparaty EKG dla Oddziału Kardiologicznego,

Część nr 13 Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Część nr 14 Wyposażenie gabinetu zabiegowego dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Część nr 15 Zestaw do rehabilitacji dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Cześć nr 16 Artromot dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Część nr 17 Stół do masażu dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

8. Zamówienie będzie realizowane w 17 częściach. Zamawiający nie ogranicza liczby części na jaką Wykonawca może złożyć ofertę. Wykonawca może złożyć ofertę na jedną, dwie lub więcej części zamówienia. Zamawiający zastrzega składanie ofert przez Wykonawcę na całość asortymentu danej części.

9. W sytuacji gdy Zamawiający opisał przedmiot zamówienia przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, źródła lub szczególnego procesu, który charakteryzuje produkty lub usługi, to należy rozumieć, iż dopuszcza się zastosowanie rozwiązań równoważnych. Na Wykonawcy spoczywa obowiązek wykazania, iż oferowane dostawy spełniają wymagania Zamawiającego.

**V. WIZJA LOKALNA**

Nie dotyczy

**VI. PODWYKONAWSTWO**

1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy (podwykonawcom).

2. Zamawiający wymaga, aby w przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom, Wykonawca wskazał w ofercie części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom oraz podał (o ile są mu wiadome na tym etapie) nazwy (firmy) tych podwykonawców.

3. Jeżeli zmiana albo rezygnacja z podwykonawcy dotyczy podmiotu, na którego zasoby Wykonawca powoływał się na zasadach określonych w art. 118 ust. 1, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, Wykonawca jest obowiązany wykazać Zamawiającemu, że proponowany inny podwykonawca lub Wykonawca samodzielnie spełnia je w stopniu nie mniejszym niż podwykonawca, na którego zasoby Wykonawca powoływał się w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.

4. Jeżeli Zamawiający stwierdzi, że wobec danego podwykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia, Wykonawca obowiązany jest zastąpić tego podwykonawcę lub zrezygnować z powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcy.

5. Przepisy pkt. 4 stosuje się wobec dalszych podwykonawców.

6. Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

**VII. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

1. Zamawiający wymaga , aby zamówienie zostało zrealizowane w terminie do:

12 tygodni licząc od dnia podpisania umowy.

2. **Zamawiający wymaga aby dostawy do SP ZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli były zrealizowane w ciągu ostatnich 7 dni roboczych ustalonego w umowie terminu dostawy.**

**VIII. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu na zasadach określonych w Rozdziale IX SWZ, oraz spełniają określone przez Zamawiającego warunki udziału w postępowaniu.

2.O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają określone przez Zamawiającego warunki udziału w postępowaniu w zakresie:

2.1. **Zdolności do występowania w obrocie gospodarczym:**

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

2.2. **Uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej**, o ilewynika **to z odrębnych przepisów:**

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

2.3. **Sytuacji ekonomicznej lub finansowej:**

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

2.4. **Zdolności technicznej lub zawodowej:**

Zamawiający nie stawia warunku w powyższym zakresie.

**IX. PODSTAWY WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**1**.Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się Wykonawców, w stosunku do których zachodzi którakolwiek z okoliczności wskazanych w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp t.j:

1) będącego osobą fizyczną, którego prawomocnie skazano za przestępstwo:

a) udziału w zorganizowanej grupie przestępczej albo związku mającym na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego, o którym mowa w [art. 258](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(258)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego,

b) handlu ludźmi, o którym mowa w [art. 189a](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(189(a))&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego,

c) o którym mowa w [art. 228-230a](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(228)&cm=DOCUMENT), [art. 250a](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(250(a))&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego lub w art. 46 lub art. 48 ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz.U. z 2020r. poz. 1133 oraz z 2021r. poz. 2054 i2142) lub w art. 54 ust.1-4 ustawy z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DZ.U. z 2022r. poz. 463, 583 i 974),

d) finansowania przestępstwa o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w [art. 165a](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(165(a))&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego, lub przestępstwo udaremniania lub utrudniania stwierdzenia przestępnego pochodzenia pieniędzy lub ukrywania ich pochodzenia, o którym mowa w [art. 299](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(299)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego,

e) o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w [art. 115 § 20](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(115)par(20)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego, lub mające na celu popełnienie tego przestępstwa,

f) powierzenia wykonywania pracy małoletniemu cudzoziemcowi, o którym mowa w [art. 9 ust. 2](https://sip.lex.pl/#/document/17896506?unitId=art(9)ust(2)&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1745),

g) przeciwko obrotowi gospodarczemu, o których mowa w [art. 296-307](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(296)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego, przestępstwo oszustwa, o którym mowa w [art. 286](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(286)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów, o których mowa w [art. 270-277d](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(270)&cm=DOCUMENT) Kodeksu karnego, lub przestępstwo skarbowe,

h) o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 3 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

– lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;

2) jeżeli urzędującego członka jego organu zarządzającego lub nadzorczego, wspólnika spółki w spółce jawnej lub partnerskiej albo komplementariusza w spółce komandytowej lub komandytowo-akcyjnej lub prokurenta prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w pkt 1;

3) wobec którego wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, chyba że Wykonawca odpowiednio przed upływem terminu do składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo przed upływem terminu składania ofert dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;

4) wobec którego prawomocnie orzeczono zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;

5) jeżeli Zamawiający może stwierdzić, na podstawie wiarygodnych przesłanek, że Wykonawca zawarł z innymi Wykonawcami porozumienie mające na celu zakłócenie konkurencji, w szczególności jeżeli należąc do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/17337528?cm=DOCUMENT) z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, chyba że wykażą, że przygotowali te oferty lub wnioski niezależnie od siebie;

6) jeżeli, w przypadkach, o których mowa w art. 85 ust. 1, doszło do zakłócenia konkurencji wynikającego z wcześniejszego zaangażowania tego Wykonawcy lub podmiotu, który należy z Wykonawcą do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/#/document/17337528?cm=DOCUMENT) z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, chyba że spowodowane tym zakłócenie konkurencji może być wyeliminowane w inny sposób niż przez wykluczenie Wykonawcy z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

**2.** W związku z tym, iż wartość zamówienia nie jest równa lub nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty dla dostaw 10 000 000 euro przesłanka wykluczenia, o której mowa w art. 108 ust. 2 ustawy Pzp nie dotyczy niniejszego postępowania.

**3.** Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się Wykonawców, w stosunku do których zachodzi którakolwiek z okoliczności wskazanych w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp t.j.:

w stosunku do którego otwarto likwidację, ogłoszono upadłość, którego aktywami zarządza likwidator lub sąd, zawarł układ z wierzycielami, którego działalność gospodarcza jest zawieszona albo znajduje się on w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury;

**4.** Zgodnie z art. 58 ust. 5 ustawy Pzp przepisy dotyczące wykonawcy stosuje się odpowiednio do wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

**5.** Wykonawca może zostać wykluczony przez Zamawiającego na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia.

**6.** Wykluczenie Wykonawcy następuje zgodnie z art. 111 ustawy Pzp.

**7.** Wykonawca nie podlega wykluczeniu w okolicznościach określonych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2-5 i 7-10, jeżeli udowodni zamawiającemu, że spełnił łącznie następujące przesłanki wymienione w art. 110 ust. 2 pkt 1)-3) ustawy Pzp. Zamawiający ocenia, czy podjęte przez Wykonawcę czynności, o których mowa w zdaniu poprzednim, są wystarczające do wykazania jego rzetelności, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu Wykonawcy. Jeżeli podjęte przez Wykonawcę czynności, o których mowa wyżej, nie są wystarczające do wykazania jego rzetelności, Zamawiający wyklucza Wykonawcę.

**8.** Zamawiający wyklucza z postępowania Wykonawcę w przypadku, gdy zachodzą wobec niego przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835) tj.:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3.

Wykluczenie Wykonawcy następuje zgodnie z art. 7 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**X. OŚWIADCZENIA I DOKUMENTY, JAKIE ZOBOWIĄZANI SĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ WYKAZANIA BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA (PODMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

**1.** Do oferty Wykonawca dołącza oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu, spełnianiu warunków udziału w postępowaniu (Jednolity Europejski Dokument Zamówienia), w zakresie wskazanym przez Zamawiającego – **załącznik nr 4 do SWZ.**

**2. Zamawiający wymaga złożenia przez Wykonawcę wraz z ofertą oświadczenia (załącznik nr 5 do SWZ), że Wykonawca:**

**a) nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 poz. 835),**

**b) nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie artykułu 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) Nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L 229 z 31.07.2014, str. 1, z późn. zm.)**

**3.** Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 1, stanowi dowód potwierdzający brak podstaw wykluczenia, spełnianie warunków udziału w postępowaniu, odpowiednio na dzień składania ofert, tymczasowo zastępujący wymagane przez zamawiającego podmiotowe środki dowodowe.

**4.** Zamawiający informuje, iż instrukcja wypełnienia JEDZ dostępna są pod adresem: **https://www.uzp.gov.pl/baza-  
wiedzy/prawo-zamowien-publicznych-regulacje/prawo-krajowe/jednolity-  
europejski-dokument-zamówienia**

Zamawiający zaleca wypełnienie JEDZ za pomocą serwisu dostępnego pod adresem: <https://espd.uzp.gov.pl/>. W tym celu przygotowany przez Zamawiającego **JEDZ w formacie \*.xml, stanowiący Załącznik nr 4 do SWZ** należy pobrać i zapisać na dysku, a następnie zaimportować do wyżej wymienionego serwisu oraz postępując zgodnie z zamieszczoną tam instrukcją wypełnić wzór elektronicznego formularza JEDZ, z zastrzeżeniem poniższych uwag:   
a) w Części II Sekcji D (Informacje dotyczące podwykonawców, na których   
zdolności Wykonawca nie polega) Wykonawca oświadcza czy zamierza zlecić   
osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia (w przypadku   
twierdzącej odpowiedzi podaje ponadto, o ile jest to wiadome, wykaz   
proponowanych podwykonawców), natomiast Wykonawca nie jest zobowiązany   
do przedstawienia w odniesieniu do tych podwykonawców odrębnych JEDZ,   
zawierających informacje wymagane w Części II Sekcja A i B oraz w Części III;   
b) **w Części IV Zamawiający żąda jedynie ogólnego oświadczenia dotyczącego   
wszystkich kryteriów kwalifikacji (sekcja α), bez wypełniania** **pozostałych sekcji w części IV JEDZ.**

Zamawiający wymaga wypełnienia w części IV Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia tj. w kryterium kwalifikacji tylko sekcji α, czyli złożenia ogólnego oświadczenia dotyczącego wszystkich kryteriów kwalifikacji. Wykonawca nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji części IV formularza dotyczącej kryteriów kwalifikacji. Właściwej dowodowej weryfikacji spełnienia określonych przez Zamawiającego warunków udziału w postępowaniu Zamawiający dokona w oparciu o stosowne dokumenty składane przez Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, na wezwanie Zamawiającego zgodnie z art. 126 ust. 1 ustawy Pzp.

c) Część V (Ograniczenie liczby kwalifikujących się kandydatów) należy pozostawić   
niewypełnioną.

**Po wypełnieniu formularza Wykonawca ma możliwość jego wydrukowania lub wyeksportowania w formacie xml. Wygenerowany w serwisie eESPD plik .xml powinien zostać zapisany przez Wykonawcę na dysku lokalnym lub innym nośniku danych, ponieważ pliki nie są przechowywane w serwisie eESPD. Tak przygotowany formularz, po jego podpisaniu, może zostać przekazany zamawiającemu.**

**5**. **Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ) składa się w postaci  
elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**6.** Zamawiający przed wyborem najkorzystniejszej ofertywezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym terminie, nie krótszym niż 10 dni, aktualnych na dzień złożenia, podmiotowych środków dowodowych.

**7.** Podmiotowe środki dowodowe wymagane od Wykonawcy obejmują:

**1)** Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie:

a) [art. 108 ust. 1 pkt 1 i 2](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danjzgm) ustawy Pzp

b) [art. 108 ust. 1 pkt 4](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danjzgy) ustawy, dotyczącej orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka karnego

- sporządzoną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jej złożeniem;

**2)** Oświadczenie Wykonawcy, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, albo oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej – **załącznik nr 7 do SWZ**;

**3)** Odpis lub informację z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w zakresie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy, sporządzonych nie wcześniej niż 3 miesiące przed jej złożeniem, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji;

**4)** Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w [art. 125 ust. 1](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danryhe) ustawy Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w:

a) [art. 108 ust. 1 pkt 3](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danjzgu) ustawy,

b) [art. 108 ust. 1 pkt 4](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danjzgy) ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

c) [art. 108 ust. 1 pkt 5](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danjzg4) ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,

d) [art. 108 ust. 1 pkt 6](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danjzha) ustawy,

**– załącznik nr 6 do SWZ;**

**8.** Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast:

1. informacji z Krajowego Rejestru Karnego, o której mowa w pkt [6 ppkt 1](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytkobugyztaltqmfyc4njxge2timjwgy)) - składa informację z odpowiedniego rejestru, takiego jak rejestr sądowy, albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, w zakresie, o którym mowa w pkt [6 ppkt 1](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytkobugyztaltqmfyc4njxge2timjwgy)),

wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed jego złożeniem.

1. odpisu albo informacji z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o których mowa w pkt [6 ppkt 3](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytkobugyztaltqmfyc4njxge2timjwgy)) - składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji, nie ogłoszono upadłości, jego aktywami nie zarządza likwidator lub sąd, nie zawarł układu z wierzycielami, jego działalność gospodarcza nie jest zawieszona ani nie znajduje się on w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury,

wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed ich złożeniem.

**9.** Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w ust. 6 lub gdy dokumenty te nie odnoszą się do wszystkich przypadków, o których mowa w [art. 108 ust. 1 pkt 1](https://sip.lex.pl/#/document/18903829?unitId=art(108)ust(1)pkt(1)&cm=DOCUMENT), [2](https://sip.lex.pl/#/document/18903829?unitId=art(108)ust(1)pkt(2)&cm=DOCUMENT) i [4](https://sip.lex.pl/#/document/18903829?unitId=art(108)ust(1)pkt(4)&cm=DOCUMENT), zastępuje się je odpowiednio w całości lub w części dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone pod przysięgą, lub, jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania nie ma przepisów o oświadczeniu pod przysięgą, złożone przed organem sądowym lub administracyjnym, notariuszem, organem samorządu zawodowego lub gospodarczego, właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania Wykonawcy. Dokument o którym mowa powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed jego złożeniem.

**10. *Zamawiający nie wzywa do złożenia podmiotowych środków dowodowych, jeżeli***:

1) może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, ***o ile Wykonawca wskazał w jednolitym dokumencie dane umożliwiające dostęp do tych środków;***

2) podmiotowym środkiem dowodowym jest oświadczenie, którego treść odpowiada zakresowi oświadczenia, o którym mowa w art. 125 ust. 1.

**11.** Wykonawca nie jest zobowiązany do złożenia podmiotowych środków dowodowych, które Zamawiający posiada, jeżeli Wykonawca wskaże te środki oraz potwierdzi ich prawidłowość i aktualność.

**12.** Jeżeli zachodzą uzasadnione podstawy do uznania, że złożone uprzednio podmiotowe środki dowodowe nie są już aktualne, zamawiający może w każdym czasie wezwać wykonawcę lub wykonawców do złożenia wszystkich lub niektórych podmiotowych środków dowodowych aktualnych na dzień ich złożenia.

**13.** W zakresie nieuregulowanym ustawą Pzp lub niniejszą SWZ do oświadczeń i dokumentów składanych przez Wykonawcę w postępowaniu zastosowanie mają w szczególności przepisy rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.

**XI. PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE**

1. Wykonawca składa z ofertą:

a) oświadczenie – załącznik nr 9 do SWZ

2. Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści przedmiotowych środków dowodowych.

3. Jeżeli Wykonawca nie złożył przedmiotowych środków dowodowych lub złożone przedmiotowe środki dowodowe są niekompletne, Zamawiający wzywa do ich złożenia lub uzupełnienia w wyznaczonym terminie.

**XII. POLEGANIE NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**

1. Nie dotyczy.

**XIII. INFORMACJA DLA WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA (SPÓŁKI CYWILNE/ KONSORCJA)**

**1.** Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia. W takim przypadku Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu albo do reprezentowania i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. **Pełnomocnictwo winno być załączone do oferty.**

**2.** W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie, o którym mowa w Rozdziale X ust. 1 SWZ- JEDZ, składa każdy z Wykonawców – **załącznik nr 4 do SWZ (JEDZ)**. Oświadczenia te potwierdzają brak podstaw wykluczenia oraz spełnianie warunków udziału w zakresie, w jakim każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu.

3. Warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej jest spełniony jeżeli co najmniej jeden z wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia posiada uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej i zrealizuje dostawy, do których realizacji te uprawnienia są wymagane.

**4**. W przypadku o którym mowa w ust. 3 Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia dołączają do oferty oświadczenie, z którego wynika, które dostawy wykonają poszczególni Wykonawcy – **Załącznik nr 8 do SWZ.**

**5.** Oświadczenia i dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

**6.** Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie umowy i wniesienie zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

**XIV. SPOSÓB KOMUNIKACJI ORAZ WYJAŚNIENIA TREŚCI SWZ**

**1.** Komunikacja w postępowaniu o udzielenie zamówienia i w konkursie, w tym składanie ofert, wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub konkursie, wymiana informacji oraz przekazywanie dokumentów lub oświadczeń między Zamawiającym a Wykonawcą, z uwzględnieniem wyjątków określonych w ustawie Pzp, odbywa się przy użyciu środków komunikacji elektronicznej. Przez środki komunikacji elektronicznej rozumie się środki komunikacji elektronicznej zdefiniowane w ustawie z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344).

**2.** Ofertę, oświadczenia, o których mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, podmiotowe środki dowodowe, przedmiotowe środku dowodowe, pełnomocnictwa, zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby sporządza się w postaci elektronicznej, w ogólnie dostępnych formatach danych, w szczególności w formatach .txt, .rtf, .pdf, .doc, .docx, .odt. Zamawiający zaleca format .pdf. Ofertę, a także oświadczenie o jakim mowa w Rozdziale X ust. 1 SWZ składa się, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

**3.** Komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami odbywa się przy użyciu miniPortalu, który dostępny jest pod adresem: <https://miniportal.uzp.gov.pl/>, ePUAP, dostępnej pod adresem: <https://epuap.gov.pl/wps/portal> oraz poczty elektronicznej: [mienie@stalowowolski.pl](mailto:mienie@stalowowolski.pl).

**4.** Wykonawca zamierzający wziąć udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, zobowiązany jest posiadać konto na ePUAP. Wykonawca posiadający konto na ePUAP ma dostęp do następujących formularzy: „Formularz do złożenia, zmiany, wycofania oferty lub wniosku” oraz do „Formularza do komunikacji”.

**5.**  Wymagania techniczne i organizacyjne wysyłania i odbierania dokumentów elektronicznych kopii dokumentów i oświadczeń oraz informacji przekazywanych przy ich użyciu opisane zostały w Regulaminie korzystania z systemu miniPortal oraz Warunkach korzystania z elektronicznej platformy usług administracji publicznej (ePUAP).

**6.** Zgodnie z art. 67 ustawy Pzp, Zamawiający podaje wymagania techniczne związane z korzystaniem z Platformy:

W celu korzystania z systemu miniPortal konieczne jest dysponowanie przez użytkownika urządzeniem teleinformatycznym z dostępem do sieci Internet. Aplikacja działa na Platformie Windows, Mac i Linux. Specyfikacja połączenia, formatu przesyłanych danych oraz kodowania i oznaczania czasu odbioru danych:

* specyfikacja połączenia - Formularze udostępnione są za pomocą protokołu TLS 1.2,
* format danych oraz kodowanie miniPortal - Formularze dostępne są w formacie HTML z kodowaniem UTF-8,
* oznaczenia czasu odbioru danych – miniPortal - wszelkie operacje opierają się o czas serwera i dane zapisywane są z dokładnością co do setnej części sekundy,
* integracja z systemem ePUAP jest wykonana w wykorzystaniem standardowego mechanizmu ePUAP. W przypadku Wykonawcy wysyłającego wniosek do Zamawiającego, ESP Zamawiającego automatycznie generuje Rodzaj Urzędowego Poświadczenia Odbioru czyli Urzędowe Poświadczenie Przedłożenia (UPP), które jest powiązane z wysyłanym dokumentem. W UPP w sekcji „Dane poświadczenia” jest zawarta informacja o dacie doręczenia.

System dostępny jest za pośrednictwem następujących przeglądarek internetowych:

* Microsoft Internet Explorer od wersji 11.0
* Mozilla Firefox od wersji 15
* Google Chrome od wersji 20
* Microsoft Edge

**7.** Maksymalny rozmiar plików przesyłanych za pośrednictwem dedykowanych formularzy: „Formularz złożenia, zmiany, wycofania oferty lub wniosku” i „Formularza do komunikacji” wynosi 150 MB.

**8.** Za datę przekazania oferty, wniosków, zawiadomień, dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń oraz innych informacji przyjmuje się datę ich przekazania na ePUAP.

**9.** Zamawiający przekazuje link do postępowania oraz ID postępowania jako załącznik do niniejszej SWZ – **załącznik nr 11 do SWZ**. Dane postępowania można wyszukać również na liście wszystkich postępowań lub na stronie głównej z zakładki Postępowania.

**10.** Osoby uprawnione do kontaktu z Wykonawcami.

**1)** Osobami uprawnionymi do porozumiewania się z Wykonawcami są:

- Alicja Mach tel. 15 643 36 06

- Łukasz Lebioda tel. 15 643 36 61

**11.** W korespondencji kierowanej do Zamawiającego Wykonawcy powinni posługiwać się znakiem przedmiotowego postępowania – IMP.272.2.21.2022

**12. Sposób komunikowania się Zamawiającego z Wykonawcami (nie dotyczy składania ofert i wniosków):**

**1)** W postępowaniu o udzielenie zamówienia komunikacja pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcami w szczególności składanie oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz przekazywanie informacji odbywa się elektronicznie za pośrednictwem dedykowanego formularza „Formularz do komunikacji” dostępnego na ePUAP oraz udostępnionego przez miniPortal.

**2)** Dokumenty elektroniczne, składane są przez Wykonawcę za pośrednictwem „Formularza do komunikacji” jako załączniki. Zamawiający dopuszcza również możliwość składania dokumentów elektronicznych za pomocą poczty elektronicznej, na adres wskazany w ust. 3. Sposób sporządzania dokumentów elektronicznych musi być zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie (Dz.U. z 2020 r. poz. 2452) oraz rozporządzeniu Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy (Dz. U. z 2020 r. poz.2415).

**13.** Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z wnioskiem o wyjaśnienie treści SWZ.

**14.** Zamawiający jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż **na 6 dni przed upływem terminu składania ofert**, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści SWZ wpłynął do Zamawiającego nie później niż **na 14 dni przed upływem terminu składania ofert.**

**15.** Jeżeli Zamawiający nie udzieli wyjaśnień w terminie, o którym mowa w ust. 14, przedłuża termin składania ofert o czas niezbędny do zapoznania się wszystkich zainteresowanych Wykonawców z wyjaśnieniami niezbędnymi do należytego przygotowania i złożenia ofert. W przypadku gdy wniosek o wyjaśnienie treści SWZ nie wpłynął w terminie, o którym mowa w ust. 14, Zamawiający nie ma obowiązku udzielania wyjaśnień SWZ oraz obowiązku przedłużenia terminu składania ofert.

**16.** Przedłużenie terminu składania ofert, o których mowa w ust. 15, nie wpływa na bieg terminu składania wniosku o wyjaśnienie treści SWZ.

**XV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT ORAZ WYMAGANIA FORMALNE DOTYCZĄCE SKŁADANYCH OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW**

**1.** Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

**2.** Treść oferty musi odpowiadać treści SWZ.

**3.** Ofertę składa się na Formularzu Ofertowym zgodnie z **Załącznikiem nr 1 do SWZ – oryginał podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

Wraz z ofertą Wykonawca jest zobowiązany złożyć:

1) **Formularz cenowy** – załącznik nr 2 do SWZ -oryginał podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

2) **Formularz – opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów technicznych** – załącznik nr 3 do SWZ - oryginał podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**3) Jednolity Europejski Dokument Zamówienia, o którym mowa w Rozdziale X ust. 1 SWZ** – załącznik nr 4 (JEDZ)– *w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem kwalifikowanym*;

**4) Oświadczenie Wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia składane na podstawie art.125 ust.1 ustawy Pzp ,** o którym mowa w Rozdziale X ust 2 SWZ- załącznik nr 5**–** w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem kwalifikowanym;

**5)** dokumenty, z których wynika prawo do podpisania oferty; odpowiednie **pełnomocnictwa** (jeżeli dotyczy) – *w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem kwalifikowanym*;

**6) Oświadczenie, z którego wynika, które dostawy wykonują poszczególni Wykonawcy składający ofertę wspólnie –** załącznik nr 8 do SWZ ( jeżeli dotyczy)- w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem kwalifikowanym;

**7) Oświadczenie dotyczące przedmiotowych środków dowodowych, o którym mowa w Rozdziale X ust.1 SWZ** pkt.1 lit.a) – załącznik nr 9 do SWZ w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem kwalifikowanym;

**4.** Oferta powinna być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy. W celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania, Zamawiający żąda od Wykonawcy odpisu lub informacji z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru.

**Do przygotowania oferty konieczne jest posiadanie przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanego podpisu elektronicznego.**

**5.** Oferta oraz pozostałe oświadczenia i dokumenty, dla których Zamawiający określił wzory w formie formularzy zamieszczonych w załącznikach do SWZ, powinny być sporządzone zgodnie z tymi wzorami, co do treści oraz opisu kolumn i wierszy.

**6. Ofertę składa się pod rygorem nieważności w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**7.** Oferta powinna być sporządzona w języku polskim. Każdy dokument składający się na ofertę powinien być czytelny.

**8.** Jeśli oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1913 z późn. zm.), Wykonawca powinien nie później niż w terminie składania ofert, zastrzec, że nie mogą one być udostępnione oraz wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

**9.** W celu złożenia oferty należy zarejestrować (zalogować) się na Platformie ePUAP i postępować zgodnie z instrukcjami dostępnymi u dostawcy rozwiązania informatycznego pod adresem <https://miniportal.uzp.gov.pl>

**10.** Wykonawca składa ofertę o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, dalej „wniosek” za pośrednictwem ***„Formularza do złożenia, zmiany, wycofania oferty lub wniosku”***dostępnego na ePUAP i udostępnionego również na miniPortalu. Funkcjonalność do zaszyfrowania oferty przez Wykonawcę jest dostępna dla Wykonawców na miniPortalu, w szczegółach danego postępowania. **W formularzu oferty Wykonawca zobowiązany jest podać adres skrzynki ePUAP, na którym prowadzona będzie korespondencja związana z postępowaniem.**

**11**. Sposób złożenia oferty, w tym zaszyfrowania oferty opisany został w ***„Instrukcji użytkownika”***, dostępnej na stronie: <https://miniportal.uzp.gov.pl>

**12.** Jeżeli dokumenty elektroniczne, przekazywane przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz.1913), Wykonawca, w celu utrzymania w poufności tych informacji, przekazuje je w wydzielonym i odpowiednio oznaczonym pliku, wraz z jednoczesnym zaznaczeniem polecenia ***„Załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa”*** a następnie wraz z plikami stanowiącymi jawną część należy ten plik zaszyfrować.

**13.** Do ofert należy dołączyć Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ) o niepodleganiu wykluczeniu, spełnieniu warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie wskazanym w SWZ, w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, a następnie zaszyfrować wraz z plikami stanowiącymi ofertę.

**14.** Oferta może być złożona tylko do upływu terminu składania ofert.

**15**. Wykonawca może przed upływem terminu do składania ofert wycofać ofertę za pośrednictwem „Formularza do złożenia, zmiany, wycofania oferty lub wniosku” dostępnego na ePUAP i udostępnionego również na miniPortalu. Sposób wycofania oferty został opisany w „Instrukcji użytkownika” dostępnej na miniPortalu.

**16.** Wykonawca po upływie terminu do składania ofert nie może skutecznie dokonać zmiany, ani wycofać złożonej oferty.

**17**. Podmiotowe środki dowodowe lub inne dokumenty, w tym dokumenty potwierdzające umocowanie do reprezentowania, sporządzone w języku obcym przekazuje się wraz z tłumaczeniem na język polski.

**18.** Wszystkie koszty związane z uczestnictwem w postępowaniu, w szczególności z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

**XVI. SPOSÓB OBLICZENIA CENY OFERTY**

## 1. Cena oferty stanowi wartość umowy za wykonanie przedmiotu zamówienia w całym zakresie.

## 2. Cena oferty musi być podana w PLN brutto i netto z zaokrągleniem do dwóch miejsc po przecinku, musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz ewentualne rabaty.

## 3. Wykonawca uwzględniając wszystkie wymogi, o którym mowa w SWZ, zobowiązany jest w cenie brutto ująć wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami wynikającymi z zamówienia. Cena ofertowa nie może podlegać zmianom w czasie trwania umowy, z wyjątkiem odpowiednich zapisów w umowie.

**4.** Cena może być tylko jedna za oferowany przedmiot zamówienia, nie dopuszcza się wariantowości cen.

**5.** Cena winna uwzględniać wszystkie koszty, w tym:

1) łączny koszt oferowanego przedmiotu zamówienia, zgodnie z przedstawioną przez Wykonawcę specyfikacją cenową,

2) wszystkie koszty, które pozwolą Wykonawcy na ubezpieczenie i dostawę oferowanego zamówienia do Powiatowego Szpitala Specjalistycznego W Stalowej Woli ( ewentualnie koszty cła, opłat celnych, ubezpieczenia dostawy, pakowanie i znakowanie do przewozu, należny podatek VAT),

6. W ofercie należy podać całkowitą cenę oferty brutto obejmującą należny podatek VAT (zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2021 r., poz. 685 z późn. zm.). Ustalenie prawidłowej stawki podatku VAT, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, należy do Wykonawcy.

**7.** Jeżeli została złożona oferta, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2021 r. poz. 685 z późn. zm.), dla celów zastosowania kryterium ceny lub kosztu Zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczy. W ofercie, o której mowa w ust. 1, Wykonawca ma obowiązek:

1) poinformowania Zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;

2) wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego;

3) wskazania wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku;

4) wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie.

## 8. Sposób zapłaty i rozliczenia za realizację niniejszego zamówienia, określone zostały w projekcie umowy.

## 9. Wszelkie przyszłe rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą dokonywane będą w złotych polskich. Zamawiający nie przewiduje rozliczeń w walucie obcej.

## 10. Zamawiający przewiduje udzielenia zaliczek na poczet wykonania zamówienia.

## 11. Jeżeli zaoferowana cena lub koszt, lub ich istotne części składowe, wydają się rażąco niskie w stosunku do przedmiotu zamówienia i budzą wątpliwości Zamawiającego co do możliwości wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego lub wynikającymi z odrębnych przepisów, Zamawiający zwróci się o udzielenie wyjaśnień, w tym złożenie dowodów dotyczących wyliczenia ceny lub kosztu, lub ich istotnych części składowych.

## 12. Obowiązek wykazania, że oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny lub kosztu spoczywa na Wykonawcy.

## 13. Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy, który nie udzielił wyjaśnień w wyznaczonym terminie lub jeżeli złożone wyjaśnienia wraz z dowodami nie uzasadniają podanej w ofercie ceny lub kosztu.

**XVII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

## 1. Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

**XVIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

**1.** Wykonawca będzie związany ofertą przez okres **90 dni**, tj. do dnia **11.03.2023 r.** Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert, przy czym pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert.

**2.** W przypadku gdy wybór najkorzystniejszej oferty nie nastąpi przed upływem terminu związania ofertą wskazanego w ust. 1, Zamawiający przed upływem terminu związania ofertą zwraca się jednokrotnie do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o wskazywany przez niego okres, nie dłuższy niż 60 dni. Przedłużenie terminu związania ofertą wymaga złożenia przez Wykonawcę pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na przedłużenie terminu związania ofertą.

**3.** Odmowa wyrażenia zgody na przedłużenie terminu związania ofertą nie powoduje utraty wadium.

**4.** W przypadku gdy Zamawiający żąda wniesienia wadium, przedłużenie terminu związania ofertą, o którym mowa w ust. 2, następuje wraz z przedłużeniem okresu ważności wadium albo, jeżeli nie jest to możliwe, z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą.

**XIX. SPOSÓB I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

**1.** Wykonawca składa ofertę **za pośrednictwem Formularza do złożenia, zmiany, wycofania oferty dostępnego na ePUAP i udostępnionego również na miniPortalu**.

**2.** Ofertę należy złożyć **do dnia 12.12.2022 r. do godziny 9:00**.

**3.** O terminie złożenia oferty decyduje czas pełnego przeprocesowania transakcji na Platformie.

**4.** Numer ogłoszenia opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:

**2022/S 211- 606402 z dnia 02.11.2022 r.**

**5. Zamawiający informuję, że ofertę należy złożyć poprzez formularz do złożenia oferty na platformie ePUAP wybierając nazwę odbiorcy: Starostwo Powiatowe w Stalowej Woli.**

**6.** Otwarcie ofert nastąpi w dniu **12.12.2022 r. o godzinie 10 :00**.

**7.** Otwarcie ofert dokonywane jest przez odszyfrowanie i otwarcie ofert.

**8.** W przypadku awarii systemu, przy użyciu którego następuje otwarcie ofert, która powoduje brak możliwości otwarcia ofert w terminie określonym przez Zamawiającego, otwarcie ofert następuje niezwłocznie po usunięciu awarii. Zamawiający informuje o zmianie terminu otwarcia ofert na stronie internetowej prowadzonego postępowania.

**9.** Najpóźniej przed otwarciem ofert, udostępnia się na stronie internetowej prowadzonego postępowania informację o kwocie, jaką zamierza się przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

**10.** Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zgodnie z art. 222 ust. 5, udostępnia na stronie internetowej prowadzonego postępowania informacje o:

1) nazwach albo imionach i nazwiskach oraz siedzibach lub miejscach prowadzonej działalności gospodarczej albo miejscach zamieszkania Wykonawców, których oferty zostały otwarte;

2) cenach lub kosztach zawartych w ofertach.

**XX. OPIS KRYTERIÓW OCENY OFERT, WRAZ Z PODANIEM WAG TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT**

**1.** Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami oceny ofert:

1) Cena ofertowa brutto –C

2) Parametry techniczne – P

**2.** Zasady oceny ofert.

**2.1. dla części 1-5 i od 7-17:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Waga** | **Wzór** |
| **Cena ofertowa brutto** | **60 %=60 pkt** | **najniższa cena ofertowa brutto**  **C= ----------------------------------------------- x 60 = liczba pkt.**  **badana cena ofertowa brutto** |
| **Parametry techniczne** | **40%=40 pkt** | **liczba pkt przyznana ofercie badanej**  **P= -------------------------------------------------------- x 40 = liczba pkt.**  **maksymalna przyznana liczba pkt w**  **ramach kryterium** |

* 1. **dla części 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Waga** | **Wzór** |
| **Cena ofertowa brutto** | **60%=60 pkt** | **najniższa cena ofertowa brutto**  **C= ----------------------------------------------- x 60 = liczba pkt.**  **badana cena ofertowa brutto** |
| **Parametry jakościowe** | **20%=20 pkt** | **liczba pkt przyznana ofercie badanej**  **J= -------------------------------------------------------- x 20 = liczba pkt.**  **maksymalna przyznana liczba pkt w**  **ramach kryterium** |
| **Parametry techniczne** | **20%=20 pkt** | **liczba pkt przyznana ofercie badanej**  **P= -------------------------------------------------------- x 20 = liczba pkt.**  **maksymalna przyznana liczba pkt w**  **ramach kryterium** |

3. Łączna liczba punktów , jaką otrzyma dana oferta zostanie wyliczona wg wzoru:

L=C+P dla części 1-5 i od 7-17 i wg wzoru L=C+J+P Dla części 6

**4.** Punktacja przyznawana ofertom w poszczególnych kryteriach oceny ofert będzie liczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zgodnie z zasadami arytmetyki.

**5.** W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawcy wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty, w tym zaoferowanej ceny.

**6.** Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą. Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród niepodlegających odrzuceniu ofert.

7. Zamawiający poprawia w ofercie:

1) oczywiste omyłki pisarskie,

1. oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek,
2. inne omyłki polegające na niezgodności oferty z dokumentami zamówienia, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty,

– niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę, którego oferta została poprawiona.

**XXI. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**1.** Zamawiający zawiera umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminie nie krótszym niż 10 dni od dnia przesłania zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty.

**2.** Zamawiający może zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1, jeżeli w postępowaniu o udzielenie zamówienia prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego złożono tylko jedną ofertę.

**3.** Wykonawca, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, będzie zobowiązany przed podpisaniem umowy do wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości i formie określonej w Rozdziale XXII SWZ.

**4**. W przypadku wyboru oferty złożonej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Zamawiający zastrzega sobie prawo żądania przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.

**5.** Wykonawca będzie zobowiązany do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

**XXII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

**1.** Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

**XXIII. INFORMACJE O TREŚCI ZAWIERANEJ UMOWY ORAZ MOŻLIWOŚCI JEJ ZMIANY**

**1.** Wybrany Wykonawca jest zobowiązany do zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych we Wzorze Umowy, stanowiącym **załącznik nr 10 do SWZ**.

**2.** Zakres świadczenia Wykonawcy wynikający z umowy jest tożsamy z jego zobowiązaniem zawartym w ofercie.

**3.** Zamawiający przewiduje możliwość zmiany zawartej umowy w stosunku do treści wybranej oferty w zakresie uregulowanym w art. 454-455 ustawy Pzp oraz wskazanym § 9 Wzoru Umowy, stanowiącym **załącznik nr 10 do SWZ**.

**4.** Wszelkie zmiany umowy zostaną dokonane w aneksach w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

## 5. Z wnioskiem o zmianę postanowień umowy może wystąpić zarówno Wykonawca, jak i Zamawiający.

**XXIV. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY**

**1.** Środki ochrony prawnej określone w niniejszym dziale przysługują Wykonawcy, uczestnikowi konkursu oraz innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia lub nagrody w konkursie oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy Pzp.

**2.** Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia wszczynającego postępowanie o udzielenie zamówienia lub ogłoszenia o konkursie oraz dokumentów zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 469 pkt 15 ustawy Pzp oraz Rzecznikowi Małych i Średnich Przedsiębiorców.

**3.** Odwołanie przysługuje na:

1) niezgodną z przepisami ustawy czynność Zamawiającego, podjętą w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w tym na projektowane postanowienie umowy;

2) zaniechanie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do której Zamawiający był obowiązany na podstawie ustawy;

**4.** Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby. Odwołujący przekazuje kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.

**5.** Odwołanie wobec treści ogłoszenia lub treści SWZ wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia treści SWZ na stronie internetowej.

**6.** Odwołanie wnosi się w terminie:

1) 10 dni od dnia przekazania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana przy użyciu środków komunikacji elektronicznej,

2) 15 dni od dnia przekazania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana w sposób inny niż określony w pkt 1).

**7.** Odwołanie w przypadkach innych niż określone w pkt 5 i 6 wnosi się w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

**8.** Na orzeczenie Izby oraz postanowienie Prezesa Izby, o którym mowa w art. 519 ust. 1 ustawy Pzp., stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.

**9.** W postępowaniu toczącym się wskutek wniesienia skargi stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17.11.1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego o apelacji, jeżeli przepisy niniejszego rozdziału nie stanowią inaczej.

**10.** Skargę wnosi się do Sądu Okręgowego w Warszawie - sądu zamówień publicznych, zwanego dalej "sądem zamówień publicznych".

**11.** Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa Izby, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby lub postanowienia Prezesa Izby, o którym mowa w art. 519 ust. 1 ustawy Pzp, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23.11.2012 r. - Prawo pocztowe jest równoznaczne z jej wniesieniem.

**12.** Prezes Izby przekazuje skargę wraz z aktami postępowania odwoławczego do sądu zamówień publicznych w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.

**13.** Szczegółowe informacje dotyczące środków ochrony prawnej określone są w Dziale IX „Środki ochrony prawnej” ustawy Pzp.

**XXV. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO SWZ**

1. Załącznik nr 1 Formularz ofertowy – wzór.

2. Załącznik nr 2 Formularz cenowy

3. Załącznik nr 3 Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów technicznych

4. Załącznik nr 4 Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ) - dotyczący przesłanek wykluczenia z postępowania oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu.

5. Załącznik nr 5 Oświadczenie wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, o którym mowa w Rozdziale X ust. 2 SWZ.

6. Załącznik nr 6 Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w [art. 125 ust. 1](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytimjzhe4tiltqmfyc4njrga4danryhe) ustawy Pzp.

7. Załącznik nr 7 Oświadczenie o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej.

9. Załącznik nr 8 Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie

10.Załacznik nr 9 Oświadczenie Wykonawcy dotyczące przedmiotowych środków dowodowych

11. Załącznik nr 10 Wzór umowy

12. Załącznik nr 11 ID postępowania nadany przez miniPortal oraz link dopostępowania na miniPortalu.

13. Załącznik nr 12 – Wstępna promesa dotycząca finansowania inwestycji

**Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy ( wzór)**

***O F E R T A***

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

(nazwa i adres Wykonawcy/Wykonawców wspólnie (miejscowość, data)

ubiegających się o udzielenie zamówienia, pieczęć firmy)

NIP: ............................................................................

Regon:........................................................................

Tel.: .............................................................................

e-mail: ........................................................................

ePUAP: ………………………………………………….

**Adresat:**

Powiat Stalowowolski

ul. Podleśna 15

37-450 Stalowa Wola

W nawiązaniu do ogłoszonego przetargu nieograniczonego na:

**„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Warunków Zamówienia w zakresie Części:

**Część nr 1** – Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Kardiologicznego

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 2** – Wózek i fotel do transportu pacjentów dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 3** – Zestaw pomp infuzyjnych dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto……………..PLN,

słownie …………………………………………………………………………………………

**Część nr 4** –Zestaw Holterowski EKG dla Oddziału Kardiologicznego

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 5** – Rejestrator Holterowski ciśnienia dla Oddziału Kardiologicznego

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 6** – System monitorowania funkcji życiowych dla Oddziału Kardiologicznego

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 7** Kardiomonitory dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 8** – Defibrylatory dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Cześć nr 9** – Zestaw do prób wysiłkowych z bieżnią dla Oddziału Kardiologicznego

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………,

**Część nr 10** – Myjka dezynfektor dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 11** – Ssak elektryczny dla Oddziału Kardiologicznego

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 12** – Aparaty EKG dla Oddziału Kardiologicznego

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 13** Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 14** Wyposażenie gabinetu zabiegowego dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 15** Zestaw do rehabilitacji dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Cześć nr 16** Artromot dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

**Część nr 17** Stół do masażu dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za łączną wartość netto ………..PLN, za łączną wartość brutto ……………..PLN, słownie…………………………………………………………………………………………

zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów technicznych i formularzem cenowym

2. Oferujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w Rozdz. VII SWZ.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń, przyjmujemy warunki w niej zawarte oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.

4. Informujemy, że wybór naszej oferty (niepotrzebne skreślić):

– nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,

– będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego następujących towarów/usług:

…………………………………… – …………………………..……………..zł netto

(nazwa towaru/usługi) (wartość bez kwoty podatku VAT)

Oświadczamy, że niewypełnienie oferty w zakresie pkt. 4 oznacza, że jej złożenie nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego.

5. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ, tj. przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.

6.Przedmiot zamówienia zamierzamy zrealizować bez udziału/z udziałem\* podwykonawcy/ów.

Podwykonawcom zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia:

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

7. Oświadczamy, że jesteśmy (rodzaj wykonawcy) mikroprzedsiębiorstwem, małym przedsiębiorstwem, średnim przedsiębiorstwem, jednoosobową działalnością gospodarczą, osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, inny rodzaj.\*

8. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-2).

9. Oświadczamy, że zawarty w SWZ wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

10. Tajemnica przedsiębiorstwa.

Oświadczam, że niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę zawierają informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępnione:

1)……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

2)…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

W celu wykazania, że powyżej wskazane dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa do oferty załączam:

- …................................................................................................................................................

- …................................................................................................................................................

- …................................................................................................................................................

- …................................................................................................................................................

- …................................................................................................................................................

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

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

(dokument należy sporządzić w formie elektronicznej

i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym

osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)

Załącznik nr 6

Wykonawca

………………………………………

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Reprezentowany przez:**

………………………………………

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko*

*/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy (JEDZ)\***

Na potrzeby postępowania prowadzonego pn.:

**„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”**

oświadczam, że informacje zawarte w złożonym przez nas oświadczeniu - JEDZ, w zakresie niżej wymienionych podstaw wykluczenia wskazanych przez zamawiającego są aktualne:

• art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,

• art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

• art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,

• art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy,

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

*(miejscowość) (podpis osoby/osób upoważnionych)*

**Załącznik Nr 7 (wzór)**

**OŚWIADCZENIE**

**o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Ja (My) niżej podpisany(ni):

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

działając w imieniu i na rzecz

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

*(pełna nazwa Wykonawcy)*

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

*(adres siedziby Wykonawcy)*

W odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego w odniesieniu do postępowania o udzielenie zamówienia, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 132 ustawy Pzp pn.: **„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”**

**1.** Oświadczam(my), że Wykonawca, którego reprezentuję(my) nie należy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych.(\*)

**2.** Oświadczam (my), że Wykonawca, którego reprezentuję (my) należy do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych **co wskazany poniżej Wykonawca, którego oferta została złożona w niniejszym podstępowaniu:**(\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu** | **Adres siedziby** |
| 1. |  |  |

Jednocześnie załączam dokumenty/informacje (wymienić poniżej i załączyć):

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

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

potwierdzające, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu. (\*)

 ............................, ............................. ….…......................................................................................

*(miejscowość) ( data) (podpis osoby/osób upoważnionych)*

*(\*) niepotrzebne skreślić*

*Uwagi:*

*1) W przypadku gdy Wykonawca przynależy do tej samej grupy kapitałowej (punkt 2) może przedstawić wraz z niniejszym oświadczeniem dowody, że powiązania z innym Wykonawca nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu.*

***2) Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego.***

*3) W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia składa go każdy z członków konsorcjum lub wspólników spółki cywilnej.*

**Załącznik nr 8 (wzór)(jeżeli dotyczy)**

………………………………………………….

………………………………………………….

*(nazwa i adres Wykonawców wspólnie*

*ubiegających się o zamówienie)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie**

**„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”**

Stosownie do wymogów art. 117 ust. 4 Pzp, oświadczamy że dostawy wykonają poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |
| --- | --- |
| nazwa Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia | zakres dostaw, który będzie wykonywał dany Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia |
|  |  |
|  |  |

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

*(miejscowość) (podpis osoby/osób upoważnionych)*

Załącznik nr 9

Wykonawca

………………………………………

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Reprezentowany przez:**

………………………………………

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko*

*/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania prowadzonego pn.:

**„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”**

1. Oświadczam(y), że oferowany przedmiot zamówienia jest nowy, nieużytkowany, jest wolny od wad fizycznych i prawnych.
2. Oświadczam(y), że oferowanych w ramach w/w postępowania przedmiot zamówienia posiada pozwolenie na dopuszczenie do obrotu i odpowiada wymaganiom określonym w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz.U.. z 2022r. poz. 974).
3. Oświadczam(y), że oferowane dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w formularzu cenowym i formularzu – opis przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam(y), że spełniamy wymagania związane z realizacją zamówienia określone w SWZ.

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

*(miejscowość) (podpis osoby/osób upoważnionych)*

**Załącznik nr 11**

**ID postępowania nadany przez miniPortal oraz link do postępowania na miniPortalu**

**„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”**

**Nr ID nadany przez miniPortal dot. w/w postępowania:**

301b54ce-a493-46e5-803c-beb8f07386e0

**Link do postępowania na miniPortalu:**

*https://miniportal.uzp.gov.pl/Postepowania/301b54ce-a493-46e5-803c-beb8f07386e0***Wykonawca: Załącznik nr 5**

………………………………………

………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
pn. **„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”** prowadzonego przez Przedsiębiorstwo Komunikacji Samochodowej w Stalowej Woli Spółka Akcyjna*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.[[3]](#footnote-3)
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835)*.*[[4]](#footnote-4)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ………………………………………………………...………………….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: ………………………………………………………………………...…………………………………….… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
w następującym zakresie: …………………………………………………………………………… *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………….

*Data;* *kwalifikowany podpis elektroniczny*

**Wypełniony należy złożyć do oferty.**

**Załącznik nr 2(cześć 1)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 1 Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Łóżko szpitalne z materacem i szafką przyłóżkową | 19 |  |  |  |  |
| 2. | Łóżko szpitalne z materacem i szafką przyłóżkową | 4 |  |  |  |  |
| 3. | Łóżko szpitalne z materacem i szafką przyłóżkową | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 2)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 2 Wózek i fotel do transportu pacjentów** **dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Wózek do transportu pacjentów w poz. leŻącej | 2 |  |  |  |  |
| 2. | Fotel do transportu pacjentów w pozycji siedzącej | 3 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 3)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 3 Zestaw pomp infuzyjnych dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Pompa infuzyjna strzykawkowa | 25 |  |  |  |  |
| 2. | Pompa infuzyjna objętościowa | 5 |  |  |  |  |
| 3. | Stacja dokująca wraz ze statywem dla min. 4 pomp | 5 |  |  |  |  |
| 4. | Stacja dokująca wraz ze statywem dla min. 2 pomp | 5 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 ( część 4)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 4 Zestaw Holterowski EKG dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | System holterowski EKG | 1 |  |  |  |  |
| 2. | Rejestrator holterowski EKG 12 kanałowy | 2 |  |  |  |  |
| 3. | Rejestrator holterowski EKG 3 kanałowy | 18 |  |  |  |  |
| 4. | Komputer – stacja robocza | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 ( część 5)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 5 Rejestrator Holterowski ciśnienia dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Rejestrator holterowski ciśnienia tętniczego krwi | 12 |  |  |  |  |
| 2. | System holtera ciśnienia | 1 |  |  |  |  |
| 3. | Komputer- stacja robocza | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 6)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 6 System monitorowania funkcji życiowych dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Kardiomonitory modułowe | 5 |  |  |  |  |
| 2. | Kardiomonitory | 19 |  |  |  |  |
| 3. | Kardiomonitory transportowe | 2 |  |  |  |  |
| 4. | Stanowiska centralnego nadzoru | 1 |  |  |  |  |
| 5 | Monitor funkcji życiowych | 1 |  |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 7)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 7 Kardiomonitory dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Kardiomonitory | 5 |  |  |  |  |
| 2. | Stanowiska centralnego nadzoru | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2(część 8)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 8 Defibrylatory dla Oddziału Kardiologicznego** **i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Defibrylator dla Oddziału Kardiologicznego | 2 |  |  |  |  |
| 2. | Defibrylator dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2(część 9)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 9 Zestaw do prób wysiłkowych z bieżnią dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | System wysiłkowy | 1 |  |  |  |  |
| 2. | Moduł akwizycji | 1 |  |  |  |  |
| 3. | Bieżnia | 1 |  |  |  |  |
| 4. | Ergometr | 1 |  |  |  |  |
| 5. | Stanowisko komputerowe | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 10)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 10 Myjka dezynfektor dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Myjka-dezynfektorów do basenów i kaczek | 2 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 ( część 11)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 11 Ssak elektryczny dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Ssak elektryczny | 2 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 12)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 12 Aparaty EKG dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Mobilny aparat EKG | 2 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 13)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 13 Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Łóżka szpitalne z materacami i szafkami przyłóżkowymi ( w tym 30 kpl wysięgnik z uchwytem ręki z haczykami) | 15 |  |  |  |  |
| 2. | Łóżka szpitalne z materacami i szafkami przyłóżkowymi( w tym 5 kpl podwójna rama wyciągowa wyposażona w 2 uchwyty ręki) | 5 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 ( część 14)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 14 Wyposażenie gabinetu zabiegowego dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Stół zabiegowy | 1 |  |  |  |  |
| 2. | Elektryczna piła do gipsu | 1 |  |  |  |  |
| 3. | Klamra wyciągowa mała | 1 |  |  |  |  |
| 4. | Klamra wyciągowa duża | 1 |  |  |  |  |
| 5. | Szyna Brauna | 2 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 15)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 15 Zestaw do rehabilitacji dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Drabinka gimnastyczna | 1` |  |  |  |  |
| 2. | Termos grawitacyjny | 2 |  |  |  |  |
| 3. | Hantle zestaw | 1 |  |  |  |  |
| 4. | Balkonik | 3 |  |  |  |  |
| 5. | Kule łokciowe | 4 |  |  |  |  |
| 6. | Wózek inwalidzki specjalny | 1 |  |  |  |  |
| 7. | Wózek inwalidzki ręczny | 2 |  |  |  |  |
| 8. | Poręcz do nauki chodzenia | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2 (część 16)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 16 Artromot dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Artromot | 2 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2( część 17)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**FORMULARZ CENOWY**

**Część nr 17 Stół do masażu dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Stawka VAT [%]** |
| 1. | Stół do masażu | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 (część 1)**

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 1 Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis Parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż 2022) **…..............................** | | | |
|  | **Łóżka szpitalne – 19 szt.** |  |  |
| 1 | Wymiary całkowite:  - Długość poniżej 2200mm  - Szerokość poniżej 1000mm | Tak, podać |  |
| 2 | Wymiary leża min. 2000mm x 900mm cm wraz z funkcją przedłużania leża min. 150 mm za pomocą mechanizmów samozatrzaskowych. Cztery tuleje na akcesoria we wszystkich narożnikach. W tulejach tworzywowy wkład.  Nie dopuszcza się przedłużenia leża blokowanego za pomocą śrub. | Tak |  |
| 3 | Długość podstawy łóżka 160 cm (+/- 2cm) szerokość podstawy łóżka 80 cm (+/- 2cm) dla zapewnienia maksymalnej stabilności leża w każdym jego położeniu | Tak, podać |  |
| 4 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 350 mm do 750 mm (+/- 20mm), gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. | Tak, podać |  |
| 5 | Regulacja elektryczna pleców min 70 oraz regulacja elektryczna uda min 35  Segment podudzia regulowany mechanicznie za pomocą rastomatów. | Tak, podać |  |
| 6 | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i antyTrendelnburga min. 15. | Tak podać |  |
| 7 | Elektryczna regulacja:  wysokości , segmentu pleców , segmentu uda, przechyłów Trendelenburga i antyTrendelenburga oraz funkcja autokontur. Wszystkie funkcje sterowane za pomocą jednego pilota.  Pilot z sygnalizacją diodową każdorazowego użycia dostępnych regulacji elektrycznych. | Tak |  |
| 8 | Regulacja wysokości od najniższej pozycji do najwyższej oraz od najwyższej do najniższej w czasie poniżej 30 sekund | Tak |  |
| 9 | Pilot pracujący w 3 trybach:  - Tryb pacjenta (dostępne wszystkie funkcje),  - Tryb personelu (zablokowana pozycja Trendelenburga)  - Tryb blokady wszystkich funkcji  Diodowy wskaźnik trybu pilota. Dioda umieszczona na pilocie informująca o wybranym trybie poprzez zmianę koloru. | Tak |  |
| 10 | Graficzna informacja na pilocie o lokalizacji dźwigni CPR. | Tak |  |
| 11 | Funkcja CPR segmentu pleców pozwalająca na natychmiastową reakcję w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta. Dźwignia CPR zamontowana bezpośrednio przy segmencie pleców od strony głowy pacjenta oznaczona wyróżniającym kolorem: czerwonym lub pomarańczowym. | Tak |  |
| 12 | Zasilanie 230 V, 50 Hz. Pilot z diodową sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka.  Przewód zasilający skręcany rozciągliwy z uchwytem do zawieszania na szczycie. Nie dopuszcza się przewodów prostych.  Konstrukcja wyposażona w gniazdo ekwipotencjalne. | Tak, podać |  |
| 13 | Zasilanie awaryjne, akumulatorowe zapewniające możliwość regulacji elektrycznych w czasie transportu lub braku zasilania.  Na wyposażeniu min. 2 akumulatory | Tak |  |
| 14 | Siłowniki zabezpieczone przed wnikaniem wody w standardzie IPx6 | Tak |  |
| 15 | Leże łóżka 4 – sekcyjne, w tym 3 ruchome. Leże wypełnienie panelami tworzywowymi. Po kilka paneli w segmencie pleców i podudzia. Panele gładkie, łatwo demontowalne, lekkie (maksymalna waga pojedynczego panelu poniżej 1kg) nadające się do dezynfekcji. Panele zabezpieczone przed przesuwaniem się i wypadnięciem poprzez system zatrzaskowy.  Panele posiadające na powierzchni wytłoczoną informację graficzną informującą o kierunku montażu paneli. | Tak |  |
| 16 | Leże wyposażone w minimum 6 uchwytów zapobiegających przesuwaniu się materaca. | Tak |  |
| 17 | Elementy tworzywowe, tj. szczyty łóżka i panele w leżu wykonane z Polipropylenu. | Tak, podać |  |
| 18 | Konstrukcja nośna w postaci ramion wznoszących. Leże podparte w minimum 8 pkt. Ramiona wykonane profilu stalowego o przekroju minimum 50mm x 30mm | Tak |  |
| 19 | Krążki odbojowe w narożnikach łóżka. | Tak, |  |
| 20 | Funkcja autoregresji segmentu pleców oraz uda, niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąca funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min.9cm, w segmencie uda: min.5cm. | Tak , podać |  |
| 21 | Funkcja zaawansowanej autoregresji, system odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4. | Tak |  |
| 22 | Szczyty łóżka tworzywowe z jednolitego odlewu (Polipropylen), wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem. Blokady szczytów z graficzną, kolorystyczną informacją: zablokowane/odblokowane. | Tak, |  |
| 23 | Koła tworzywowe o średnicy 125mm. Centralna oraz kierunkowa blokada kół uruchamiana za pomocą jednej z dwóch dźwigni zlokalizowanych bezpośrednio przy kołach od strony nóg, po obu stronach łóżka.  Kolorystyczny wskaźnik niezablokowanego hamulca. | Tak, podać |  |
| 24 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego. | Tak |  |
| 25 | *Uchwyty na pasy zabezpieczające pacjenta przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego* | *Tak* |  |
| 26 | Barierki boczne metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leża nie powodujące poszerzenia łóżka, barierki składane poniżej poziomu materaca. Składające się z trzech owalnych poprzeczek o przekroju min. 35 x 20mm. Barierki wyposażone w system zabezpieczający przed zgnieceniem palców pacjenta czy personelu – pomiędzy każdą poprzeczką (w pozycji opuszczonej) minimum 30mm odstępu. | Tak |  |
| 27 | Wyposażenie łóżka :  1.Barierki boczne opisane powyżej  2. Uchwyt na środek dezynfekcyjny | Tak |  |
| 28 | Wyposażenie:  - Materac w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nie przepuszczającym wody. Pokrowiec odpinany 180o. Zamek zabezpieczony przed wnikaniem płynów. Wysokość materaca 100mm. Materac posiadający nacięcia w okolicy uda dla lepszej dystrybucji ciężaru pacjenta. Łączenie pokrowca zszywane.  - teleskopowy wieszak kroplówki, dolna część lakierowana proszkowo, górna ze stali nierdzewnej z dwoma haczykami,  - wysięgnik z uchwytem ręki  - listwa z metalowymi haczykami na worki urologiczne po obu stronach leża,  - Dodatkowy komplet barierek bocznych, powodujący zabezpieczenie pacjenta na całej długości leża, dodatkowe barierki odchylane i odejmowane po naciśnięciu przycisku zwalniającego blokadę przy górnej poprzeczce. Przycisk wyposażony w wskaźnik właściwego montażu barierki na łóżku.  - szafka przyłóżkowa opisana poniżej | TAK |  |
| 29 | Szafka dwustronna, z możliwością postawienia po obu stronach łóżka z zachowaniem pełnej funkcjonalności.  Szkielet szafki wykonany z stali ocynkowanej, lakierowanej proszkowo | TAK, Podać |  |
| 30 | Wymiary zewnętrzne szafki:  - Wysokość : 98 cm, +/-5 cm  - Głębokość : 50 cm, +/-5 cm  - Szerokość: 50 cm, +/-5cm  - Regulacja wysokości blatu bocznego: 68 – 115 , +/-5 cm  - Wymiary blatu bocznego: 35-60, +/- 5cm | TAK |  |
| 31 | Szafka wyposażona w:  - jedną szufladę znajdującą się bezpośrednio pod blatem o wysokości minimum 80mm  - półkę wewnątrz szafki , niezamykaną z nieograniczonym dostępem z obu stron szafki  - drugą szufladę o wysokości minimum 350mm, szuflada posiadająca uchwyt na min 2 butelki z wodą,   * półkę na basen znajdującą się pod korpusem szafki wykonana z metalowej, lakierowanej siatki Obie szuflady gwarantujące nie ograniczony dostęp do dowolnego miejsca w szafce. Szuflady wysuwane na prowadnicach ślizgowych | Tak |  |
| 32 | Tworzywowe wkłady szuflad z możliwością wyjęcia.  Fronty szuflad wykonane z tworzywowych odlewów. | Tak |  |
| 33 | Czoła szuflad wyposażone w uchwyty ułatwiające otwieranie i zamykanie szafki | Tak |  |
| 34 | Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne o średnicy min. 75mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem | Tak |  |
| 35 | System blokowania i odblokowywania kół szafki na wysokości ręki leżącego pacjenta (na wysokości blatu górnego szafki) gwarantujący możliwość przesuwania i dostępu do szafki bez konieczności opuszczania łóżka. System blokowania i odblokowania wbudowany w konstrukcję szafki, nie powodujący poszerzenia gabarytów szafki z wyraźnym/czytelnym oznaczeniem aktywności / nieaktywności hamulców, z dostępem z dwóch stron szafki za pomocą dwóch zintegrowanych pokręteł. | Tak |  |
| 36 | Blat górny i boczny szafki wykonany z płyty HPL, laminowanej charakteryzującej się wysoką odpornością na wilgoć i wysoką temperaturę. Możliwość wyboru kolorystyki blatów. Blat górny zabezpieczony galeryjką chroniącą przed spadaniem przedmiotów z blatu oraz wyposażony w dwa relingi do przetaczania szafki. | Tak |  |
| 37 | Blat boczny posiadający na długich krawędziach tworzywowe galeryjki, zabezpieczające przedmioty przed zsunięciem się | Tak |  |
| 38 | Regulacja kąta nachylenia blatu bocznego w poziomie 360o z możliwością zablokowania w minimum 2 pośrednich pozycjach. | Tak |  |
| 39 | Możliwość rozbudowy górnej szuflady o zamek z kluczykiem w celu zabezpieczenia rzeczy pacjenta | Tak |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż 2022) **…..............................** | | | |
|  | **Łóżko szpitalne – (4 szt.)** |  |  |
| 40 | Szczyty odejmowane, tworzywowe lekkie stanowiące jedną zwartą bryłę z kolorową wstawką z tworzywa, bez dodatkowych widocznych rur lub innych elementów mocujących dokręcanych do szczytu. Szczyty łóżka z możliwością zablokowania przed przypadkowym wypadnięciem np. podczas transportu, odblokowywane za pomocą jednego przycisku zlokalizowanego centralnie w dolnej części szczytu. Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka umieszczone od góry oraz z boku szczytu. Nie dopuszcza się szczytów przykręcanych/montowanych do metalowej rury w kształcie litery C. | Tak |  |
| 41 | Szczyt łóżka od strony głowy nie poruszający się wraz z leżem, będący zamocowany na stałe – rozwiązanie zabezpieczające przed niszczeniem ścian, paneli nadłóżkowych przy regulacji funkcji Trendelenburga, regulacji wysokości leża | Tak |  |
| 42 | Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg pacjenta leżącego oraz w pozycji siedzącej. | Tak |  |
| 43 | Barierki boczne łatwe do obsługi przez personel medyczny zwalniane za pomocą jednej ręki wyposażone w system spowalniający opadanie wspomagany sprężyną gazową | Tak |  |
| 44 | Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami mogącymi służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania | Tak |  |
| 45 | Barierki boczne ze zintegrowanymi uchwytami na worki urologiczne zapewniające dostęp niezależnie od położenia barierek bocznych | Tak |  |
| 46 | Barierki boczne wyposażone w wbudowany, zintegrowany wskaźnik kątowy z wykorzystaniem cieczy z wyraźnym zaznaczeniem kąta 30o, 60o dla segmentu pleców oraz wskaźnik pochylenia leża z zaznaczeniem kąta 16o i 20o | Tak |  |
| 47 | Barierki boczne wyposażone w wbudowany podświetlany wskaźnik kątowy z wykorzystaniem cieczy, z wyraźnie zaznaczoną pozycją 30o dla segmentu pleców informujący poprzez zmianę koloru podświetlenia o:  - trybie czuwania  - trybie gotowości do użycia  - najniższej pozycji leża | Tak |  |
| 48 | Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch szczelnych kolumnach cylindrycznych | Tak |  |
| 49 | Leże wypełnione pięcioma odczepianymi poprzecznymi tworzywowymi panelami (Polipropylen), z systemem zatrzaskiwania. Panele wyposażone w otwory wentylacyjne oraz system odprowadzania płynów pod łóżko. panele z tworzywa przezierne dla promieni RTG. | Tak |  |
| 50 | Koła z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach. | Tak, |  |
| 51 | Pojedyncze koła jezdne o średnicy min. 150 mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka | Tak, podać |  |
| 52 | sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:  1.Zintegrowanych przycisków w górnych barierkach bocznych łóżka od strony wewnętrznej dla pacjenta oraz zewnętrznej dla personelu (z obu stron), wyposażone w przycisk aktywujący sterowanie, regulacje: wysokość, kąt nachylenia pleców i uda oraz autokontur,  2.Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg. Panel wyposażony w min. 3 pola odróżniające się kolorystycznie oraz kilkucentymetrowe piktogramy po kilka w każdym polu – rozwiązanie ułatwiające szybkie odnalezienie wybranej regulacji bez ryzyka przypadkowego wyboru funkcji.  W celach bezpieczeństwa nie dopuszcza się przycisków umieszczonych w barierce bocznej służących do sterowania regulacji:  1)anty i Trendelenburga  2)CPR (reanimacyjnej)  3)Antyszokowej  4)Krzesła kardiologicznego | Tak |  |
| 53 | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka. Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. Nie dopuszcza się przewodów prostych | Tak |  |
| 54 | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania oraz wskaźnikiem informującym o konieczności wymiany baterii | Tak, podać |  |
| 55 | Długość zewnętrzna łóżka – 2180mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża o min. 29 cm | Tak, podać |  |
| 56 | Szerokość zewnętrzna łóżka – 945 mm (+/-50mm) | Tak, podać |  |
| 57 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 345 mm do 730 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu” pacjenta z łóżka | Tak, podać |  |
| 58 | Panel sterowniczy wyposażony w funkcję automatycznego zatrzymania oparcia pleców pod kątem 30 st. przy regulacji w dowolnym kierunku. Zatrzymanie pod kątem 30o następuje przy regulacji segmentu pleców z dowolnego sterownika | Tak |  |
| 59 | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 60o +/- 5o | Tak, Podać |  |
| 60 | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30o +/- 5o | Tak ,Podać |  |
| 61 | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | Tak |  |
| 62 | Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąca funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4 | Tak, podać |  |
| 63 | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20o (+/- 4o) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | Tak, podać |  |
| 64 | Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 20o (+/- 4º) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | Tak,podać |  |
| 65 | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | Tak |  |
| 66 | Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | Tak |  |
| 67 | Elektryczna funkcja antyszokowa z każdej pozycji– sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Przycisk oznaczony innym kolorem niż pozycja Trendelenburga | Tak |  |
| 68 | Elektryczna regulacja pozycji egzaminacyjnej – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | Tak |  |
| 69 | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na centralnym panelu sterowania) dla poszczególnych regulacji (selektywny wybór):  - regulacji wysokości  - regulacji części plecowej  - regulacji części nożnej  Kontrolki informujące o aktywnych, zablokowanych funkcjach łóżka | Tak |  |
| 70 | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji – przycisk wyraźnie oznaczony na wszystkich sterownikach | Tak |  |
| 71 | Odłączenie wszelkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) regulacji po min 180 sekundach nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) | Tak |  |
| 72 | Charakterystyczny jeden przycisk bezpieczeństwa (nie będący blokadą poszczególnych funkcji) powodujący natychmiastowe odłączenie wszystkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. | Tak |  |
| 73 | *Uchwyty na pasy zabezpieczające pacjenta przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego* | *Tak* |  |
| 74 | Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę np. do odkładania pościeli lub schowania centralnego panelu sterowniczego | Tak |  |
| 75 | Tworzywowa osłona podstawy łózka | Tak |  |
| 76 | Krążki odbojowe w każdym narożniku | Tak |  |
| 77 | 4 gniazda/tuleje do montażu dodatkowego wyposażenia, np. wysięgnika ręki, ramy ortopedycznej. | Tak, podać |  |
| 78 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego | Tak,podać |  |
| 79 | System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polegający na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia. | Tak |  |
| 80 | System elektryczny łóżka wyposażony w pamięć ostatnich 1000 funkcji, przeciążeń oraz błędów | Tak |  |
| 81 | Możliwość wyboru kolorystyki łóżka z zaproponowanego wzornika przez Wykonawcę – min. 5 kolorów | Tak |  |
| 82 | wyposażenie:  1.Barierki boczne dzielone zabezpieczające na całej długości opisane powyżej  2.Tworzywowe haczyki na worki urologiczne – 2szt po każdej stronie łóżka  3.Wieszak kroplówki  4.Wysięgnik ręki  5.Ramka na kartę gorączkową  6.Uchwyt na środek dezynfekcyjny  7.Szafka przyłóżkowa opisana poniżej  8.Materac piankowy , szpitalny o grubości **min. 14 cm**. Materac w paro-przepuszczalnym , nie przepuszczającym wody .Pokrowiec odpinany 180stopni .Zamek zabezpieczony przed wnikaniem płynów .Łączenie pokrowca zszywane. | TAK |  |
| 83 | Szafka dwustronna, z możliwością postawienia po obu stronach łóżka z zachowaniem pełnej funkcjonalności.  Szkielet szafki wykonany z stali ocynkowanej, lakierowanej proszkowo | TAK |  |
| 84 | Wymiary zewnętrzne szafki:  - Wysokość : 98 cm, +/-5 cm  - Głębokość : 50 cm, +/-5 cm  - Szerokość: 50 cm, +/-5cm  - Regulacja wysokości blatu bocznego: 68 – 115 , +/-5 cm  - Wymiary blatu bocznego: 35-60, +/- 5cm | TAK,Podać |  |
| 85 | Szafka wyposażona w:  - jedną szufladę znajdującą się bezpośrednio pod blatem o wysokości minimum 80mm  - półkę wewnątrz szafki , niezamykaną z nieograniczonym dostępem z obu stron szafki  - drugą szufladę o wysokości minimum 350mm, szuflada posiadająca uchwyt na min 2 butelki z wodą,  - półkę na basen znajdującą się pod korpusem szafki wykonana z metalowej, lakierowanej siatki  Obie szuflady gwarantujące nie ograniczony dostęp do dowolnego miejsca w szafce. Szuflady wysuwane na prowadnicach ślizgowych | TAK |  |
| 86 | Tworzywowe wkłady szuflad z możliwością wyjęcia.  Fronty szuflad wykonane z tworzywowych odlewów. | TAK |  |
| 87 | Czoła szuflad wyposażone w uchwyty ułatwiające otwieranie i zamykanie szafki | TAK |  |
| 88 | Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne o średnicy min. 75mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem | TAK |  |
| 89 | System blokowania i odblokowywania kół szafki na wysokości ręki leżącego pacjenta (na wysokości blatu górnego szafki) gwarantujący możliwość przesuwania i dostępu do szafki bez konieczności opuszczania łóżka. System blokowania i odblokowania wbudowany w konstrukcję szafki, nie powodujący poszerzenia gabarytów szafki z wyraźnym/czytelnym oznaczeniem aktywności / nieaktywności hamulców, z dostępem z dwóch stron szafki za pomocą dwóch zintegrowanych pokręteł. | TAK |  |
| 90 | Blat górny i boczny szafki wykonany z płyty HPL, laminowanej charakteryzującej się wysoką odpornością na wilgoć i wysoką temperaturę. Możliwość wyboru kolorystyki blatów. Blat górny zabezpieczony galeryjką chroniącą przed spadaniem przedmiotów z blatu oraz wyposażony w dwa relingi do przetaczania szafki. | TAK |  |
| 91 | Blat boczny posiadający na długich krawędziach tworzywowe galeryjki, zabezpieczające przedmioty przed zsunięciem się | TAK |  |
| 92 | Regulacja kąta nachylenia blatu bocznego w poziomie 360o z możliwością zablokowania w minimum 2 pośrednich pozycjach. | TAK |  |
| 93 | Możliwość rozbudowy górnej szuflady o zamek z kluczykiem w celu zabezpieczenia rzeczy pacjenta | TAK |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................** | | | |
|  | **Łóżko szpitalne**  **(1 szt.)** |  |  |
| 94 | Szczyty odejmowane, tworzywowe (polipropylen) lekkie stanowiące jedną zwartą bryłę. Szczyty łóżka z możliwością zablokowania przed przypadkowym wypadnięciem np. podczas transportu, odblokowywane za pomocą jednego przycisku zlokalizowanego centralnie w dolnej części szczytu. Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka umieszczone od góry oraz z boku szczytu. Szczyty posiadające wyprofilowane uchwyty do łatwego prowadzenia łóżka.  Od strony wewnętrznej wytłoczony wskaźnik wyznaczający środek szczytu w celu ułatwienia pozycjonowania pacjenta idealnie na środku leża. | Tak |  |
| 95 | W narożnikach krążki odbojowe stożkowe | Tak |  |
| 96 | Barierki boczne tworzywowe (polipropylen), odlane jednorodnie w formach).  Barierki wyposażone w wbudowane, zlicowane z powierzchnią wskaźniki kąta nachylenia segmentu pleców oraz nachylenia ramy (przechyły wzdłużne) | Tak |  |
| 97 | Barierki boczne o wysokości minimum 46cm nad poziomem leża, umożliwiające stosowanie z łóżkiem zaawansowanych systemów antyodleżynowych czy też innych rozwiązań klinicznych o wysokości nawet do 23 cm (czyli pozostawiające co najmniej 22 cm od powierzchni leża pacjenta do górnej krawędzi barierek) – wymóg bezpieczeństwa dyktowany przez normę. Barierki boczne dzielone spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52 | Tak, podać |  |
| 98 | Opuszczanie barierki bocznej wspomagane sprężynami gazowymi umożliwiającymi na ciche i lekkie regulacje wykonane przez personel medyczny. | Tak |  |
| 99 | Barierki dzielone, podwójne, zabezpieczające pacjenta na 3/4 długości leża.  Łóżko przystosowane do montażu 3ej pary barierek bocznych, powodujących zabezpieczenie na całej długości. |  |  |
| 100 | Leże wykonane z paneli tworzywowych (polipropylen). Segment pleców z płyty HPL, przeziernej dla RTG | Tak |  |
| 101 | Leże łóżka 4 – sekcyjne oparte na nowoczesnej konstrukcji w postaci dwóch kolumn cylindrycznych gwarantujących łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami. Tworzywowa, jednolita osłona podstawy na całej długości. Oświetlenie podwozia. | Tak |  |
| 102 | Funkcja zaawansowanej autoregresji, system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4. | Tak |  |
| 103 | Segment pleców przezierny dla promieni RTG pozwalający na wykonywanie zdjęć aparatem RTG wyposażony w uchwyt na kasetę. Kaseta wsuwana z boku segmentu pleców z regulacją wzdłużną, możliwość przesuwu od głowy aż do miednicy. Kaseta wsuwana w pozycji horyzontalnej oraz przy maksymalnie podniesionym segmencie pleców | Tak |  |
| 104 | Możliwość wykonania zdjęcia RTG ramieniem C w części plecowej. | Tak |  |
| 105 | Koła tworzywowe o średnicy 150mm z systemem sterowania jazdy na wprost i boki z centralnym systemem hamulcowym. Stalowe dźwignie z tworzywowymi nakładkami blokady hamulca umieszczone przy narożnikach od strony nóg. Dźwignie hamulca wyposażone w kolorystyczne wskaźniki stanu blokady kół. | Tak |  |
| 106 | 5te koło kierunkowe, uruchamiane za pomocą dźwigni blokady hamulca. | Tak |  |
| 107 | Funkcja automatycznej elektrycznej blokady kół po upływie 60 sekund po podłączeniu łóżka do prądu. | Tak |  |
| 108 | Sterowanie elektryczne przy pomocy  1.Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg. Panel wyposażony w min. 3 pola odróżniające się kolorystycznie oraz kilkucentymetrowe piktogramy po kilka w każdym polu – rozwiązanie ułatwiające szybkie odnalezienie wybranej regulacji bez ryzyka przypadkowego wyboru funkcji.  2.Sterowania nożnego regulacji wysokości oraz funkcji egzaminacyjnej zabezpieczonego przed wystąpieniem sytuacji nieświadomej regulacji łóżka np. upadku pacjenta i zakleszczenia na skutek naciśnięcia regulacji w dół (możliwość indywidualnego zablokowania mechanizmu sterowania nożnego z panelu sterującego). Panel sterowania nożnego zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem – konieczność dwukrotnego naciśnięcia przycisku.  3.Paneli wbudowanych w obie barierki boczne od strony wewnętrznej dla pacjenta, sterowanie min. segmentu pleców, uda i funkcji autokontur,  4.Paneli w górnej barierce bocznej z kolorowym wyświetlaczem LCD po obu stronach łóżka oraz przyciskami służącymi do wykonywania pomiarów masy ciała pacjenta. Panel w orientacji poziomej przy segmencie pleców w pozycji 30 stopni | Tak |  |
| 109 | Ekran LCD informujący m.in. o:  - przeciążenie łóżka,  - błąd systemu – tryb serwisowy,  - kąt nachylenia segmentu pleców,  - kąt nachylenia leża | Tak |  |
| 110 | Panele sterujące nożne zabezpieczone przed wnikaniem wody i pyłów. Przyciski z gumową osłoną. | Tak |  |
| 111 | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem sterowania nożnego poprzez konieczność świadomego podniesienia osłony chroniącej | Tak |  |
| 112 | Regulacja elektryczna wysokości leża, segmentu pleców, segmentu uda oraz funkcji Trendelenburga i antyTrendelenburga | Tak |  |
| 113 | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją diodową na panelu sterowniczym informującą o podłączeniu do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka.  Wskaźnik diodowy podłączenia do sieci z funkcją informującą o ewentualnym błędzie systemu – konieczność wezwania serwisu. | Tak |  |
| 114 | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu. Możliwość deaktywacji akumulatora za pomocą kombinacji przycisków na panelu centralnym. | Tak |  |
| 115 | Sygnalizacja diodowa stanu naładowania akumulatorów oraz diagnozująca przypuszczalną żywotność baterii i informująca o konieczności zaplanowania terminu wymiany w celu uniknięcia sytuacji na oddziale kiedy w sytuacji zagrożenia życia łóżko z powodów braku prądu, niesprawnego akumulatora, wyczerpanej baterii i zepsutej baterii zwiększy ryzyko nie uratowania życia. | Tak |  |
| 116 | Długość zewnętrzna łóżka – 2150mm (+/-50mm) | Tak, podać |  |
| 117 | Funkcja przedłużenia leża o min 200mm realizowana za pomocą mechanizmów samozatrzaskowych. Leże wyposażone w panel podtrzymujący materac po przedłużeniu leża | Tak, podać |  |
| 118 | Szerokość zewnętrzna łóżka – 950mm (+/-50mm) | Tak, Podać |  |
| 119 | Szerokość leża minimum 900mm | Tak, podać |  |
| 120 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 380 mm do 810 mm (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
| 121 | Sygnał dźwiękowy informujący o osiągnięciu minimalnej wysokości leża | Tak |  |
| 122 | Segment pleców wyposażony w funkcję automatycznego zatrzymania podczas regulacji w pozycji 30o oraz 45o | TAK, podać |  |
| 123 | Łóżko wyposażone w precyzyjny układ ważenia odnotowujący masę ciała pacjenta. Wyniki pomiaru wyświetlane na ekranach LCD wbudowanych w górne barierki boczne. | Tak |  |
| 124 | Funkcja zamrażania pomiaru na czas wymiany pościeli, piżamy, w przypadku konieczności dołożenia koca itp., po wyłączeniu funkcji wyświetlacz wskazuje tylko wagę pacjenta, a dołożenie w/w elementów nie rzutuje na wyniki pomiaru | Tak |  |
| 125 | Możliwość wyboru dokładności wyświetlania wagi z dokładnością do 100g lub 500g | Tak |  |
| 126 | System monitorowania obecności pacjenta na łóżku sygnalizujący opuszczenie łóżka lub przesuwanie się pacjenta w kierunku krawędzi leża. | Tak |  |
| 127 | Funkcja czasowego wyłączenia monitorowania na 15 minut, np. na czas pójścia do łazienki. Alarm uruchomi się w przypadku, gdy upłynie 15 minut, a pacjent nie powróci na łóżko. Informacja na ekranie LCD o pozostałym czasie do uruchomienia alarmu. | Tak |  |
| 128 | Regulacja głośności alarmu w minimum 3 poziomach | Tak |  |
| 129 | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i antytrendelenburga 14 (+/-2o) za pomocą panelu centralnego | Tak, podać |  |
| 130 | Regulacja funkcji autokontur sterowana jednym przyciskiem za pomocą panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | Tak |  |
| 131 | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem | Tak |  |
| 132 | Elektryczna funkcja CPR (wypoziomowania wszystkich segmentów i opuszczania leża do minimalnej wysokości) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie nóg.  Zasilanie akumulatorowe pozostawiające zapas energii wyłącznie dla pozycji CPR – stan sygnalizowany poprzez diodę na panelu centralnym. | Tak |  |
| 133 | Elektryczna pozycja antyszokowa (wypoziomowania wszystkich segmentów i wykonania przechyłu Trendelenburga) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego innym kolorem niż pozycja Trendelenburga | Tak |  |
| 134 | Selektywne blokowanie funkcji elektrycznych:  - regulacja wysokości,  - regulacja nachylenia segmentu pleców i nóg,  - funkcja krzesła kardiologicznego,  - funkcja Trendelenburga i anty-Trendelenburga  Próba użycia zablokowanej funkcji uruchamia alarm dźwiękowy oraz informację w postaci piktogramu na ekranie LCD w barierkach bocznych. | Tak |  |
| 135 | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem regulacji elektrycznych poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji.  Wyświetlacz LCD w barierkach bocznych informujący za pomocą kolorowego piktogramu o konieczności użycia przycisku aktywacyjnego. | Tak |  |
| 136 | Odłączenie wszelkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) regulacji po min 180 sekundach nieużywania regulacji chroniącej pacjenta przed nagłymi niepożądanymi regulacjami (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) | Tak |  |
| 137 | Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub tez o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu | Tak |  |
| 138 | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR | Tak |  |
| 139 | Bezpieczne obciążenie robocze na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego | Tak, podać |  |
| 140 | System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia. Przeciążenie uruchamia alarm dźwiękowy oraz informację na ekranie LCD w barierkach bocznych. | Tak |  |
| 141 | *Uchwyty na pasy zabezpieczające pacjenta przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego* | Tak |  |
| 142 | Wyposażenie dodatkowe  -Tworzywowe haczyki na worki urologiczne – 2szt po każdej stronie łóżka  -Gniazdo ekwipotencjalne – 1szt  -Poziomica trwale wbudowana w konstrukcją łóżka  -Wysięgnik ręki  -Wieszak kroplówki  -Materac piankowy , szpitalny o grubości **min. 14 cm**. Materac w paro-przepuszczalnym , nie przepuszczającym wody .Pokrowiec odpinany 180stopni .Zamek zabezpieczony przed wnikaniem płynów .Łączenie pokrowca zszywane.  -Pasy unieruchamiające pacjenta  -Uchwyt na butlę z tlenem  -Ramka na kartę gorączkową  -Uchwyt na środek dezynfekcyjny  -Szafka przyłóżkowa opisana poniżej. | Tak |  |
| 143 | Szafka dwustronna, z możliwością postawienia po obu stronach łóżka z zachowaniem pełnej funkcjonalności.  Szkielet szafki wykonany z stali ocynkowanej, lakierowanej proszkowo | Tak |  |
| 144 | Wymiary zewnętrzne szafki:  - Wysokość : 98 cm, +/-5 cm  - Głębokość : 50 cm, +/-5 cm  - Szerokość: 50 cm, +/-5cm  - Regulacja wysokości blatu bocznego: 68 – 115 , +/-5 cm  - Wymiary blatu bocznego: 35-60, +/- 5cm | Tak, Podać |  |
| 145 | Szafka wyposażona w:- jedną szufladę znajdującą się bezpośrednio pod blatem o wysokości minimum 80mm  - półkę wewnątrz szafki , niezamykaną z nieograniczonym dostępem z obu stron szafki  - drugą szufladę o wysokości minimum 350mm, szuflada posiadająca uchwyt na min 2 butelki z wodą,  - półkę na basen znajdującą się pod korpusem szafki wykonana z metalowej, lakierowanej siatki Obie szuflady gwarantujące nie ograniczony dostęp do dowolnego miejsca w szafce. Szuflady wysuwane na prowadnicach ślizgowych | Tak |  |
| 146 | Tworzywowe wkłady szuflad z możliwością wyjęcia.  Fronty szuflad wykonane z tworzywowych odlewów. | Tak |  |
| 147 | Czoła szuflad wyposażone w uchwyty ułatwiające otwieranie i zamykanie szafki | Tak |  |
| 148 | Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne o średnicy min. 75mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem | Tak |  |
| 149 | System blokowania i odblokowywania kół szafki na wysokości ręki leżącego pacjenta (na wysokości blatu górnego szafki) gwarantujący możliwość przesuwania i dostępu do szafki bez konieczności opuszczania łóżka. System blokowania i odblokowania wbudowany w konstrukcję szafki, nie powodujący poszerzenia gabarytów szafki z wyraźnym/czytelnym oznaczeniem aktywności / nieaktywności hamulców, z dostępem z dwóch stron szafki za pomocą dwóch zintegrowanych pokręteł. | Tak |  |
| 150 | Blat górny i boczny szafki wykonany z płyty HPL, laminowanej charakteryzującej się wysoką odpornością na wilgoć i wysoką temperaturę. Możliwość wyboru kolorystyki blatów. Blat górny zabezpieczony galeryjką chroniącą przed spadaniem przedmiotów z blatu oraz wyposażony w dwa relingi do przetaczania szafki. | Tak |  |
| 151 | Blat boczny posiadający na długich krawędziach tworzywowe galeryjki, zabezpieczające przedmioty przed zsunięciem się | Tak |  |
| 152 | Regulacja kąta nachylenia blatu bocznego w poziomie 360o z możliwością zablokowania w minimum 2 pośrednich pozycjach. | Tak |  |
| 153 | Możliwość rozbudowy górnej szuflady o zamek z kluczykiem w celu zabezpieczenia rzeczy pacjenta | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzętu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać**  **(**Zamawiający wymaga min. jednego przeglądu na rok) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 (część 2)**

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 2 Wózek i fotel do transportu pacjentów** **dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis Parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wózek do transportu pacjenta w pozycji leżącej**. |  |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż 2022**) …..............................** | | | |
| 1 | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) | TAK |  |
| 2 | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo | TAK |  |
| 3 | Konstrukcja kolumnowa. Wózek oparty na 2 kolumnach z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę) | TAK |  |
| 4 | Leże min. 2 segmentowe | TAK |  |
| 5 | Leże wykonane z materiału przeziernego dla promieniowania RTG na całej długości leża (od głowy do stóp) i możliwością włożenia kasety RTG z każdej strony wózka | TAK |  |
| 6 | Wózek wyposażony w podziałkę w poprzek i wzdłuż leża oraz wyprofilowaną ramę ułatwiającą pozycjonowanie kasety RTG | TAK |  |
| 7 | Platforma leża wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń | TAK |  |
| 8 | Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu (np. butli z tlenem). Udźwig podwozia minimum 26 kg | TAK |  |
| 9 | Rozstaw pomiędzy kolumnami min. 108 cm | TAK |  |
| 10 | Maksymalne obciążenie robocze wózka min. 225 kg | TAK |  |
| 11 | Maksymalna waga wózka bez materaca max. 130 kg | TAK |  |
| 12 | Długość całkowita wózka min. 215 cm, max. 220 cm. | TAK |  |
| 13 | Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami max. 75 cm | TAK |  |
| 14 | Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami max. 80 cm. | TAK |  |
| 15 | Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min. 192 cm, szerokość min. 60 cm. | TAK |  |
| 16 | Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). Obie pary rączek składane poniżej poziomu materaca | TAK |  |
| 17 | Wózek wyposażony w piąte koło kierunkowe z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie koła do podłoża. Piąte koło zapewnia znacznie lepsze manewrowanie i sterowanie wózkiem | TAK |  |
| 18 | Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 20 cm | TAK |  |
| 19 | Przynajmniej jedno koło antystatyczne oznaczone odrębnym kolorem dla identyfikacji | TAK |  |
| 20 | Koła bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem | TAK |  |
| 21 | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie minimum 61 – 91 cm (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) | TAK |  |
| 22 | Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, w zakresie: obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy | TAK |  |
| 23 | Wyraźne zaznaczenie kolorystyczne:  - blokada hamulców – kolor czerwony  - jazda kierunkowa – kolor zielony | TAK |  |
| 24 | Centralny system blokowania kół obsługiwany jedną lub dwoma dźwigniami nożnymi, trójpozycyjny: jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | TAK |  |
| 25 | Barierki boczne chromowane | TAK |  |
| 26 | Barierki boczne składane poniżej ramy leża gwarantujące brak przerw transferowych | TAK |  |
| 27 | Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie od 0 do min 83 | TAK |  |
| 28 | Możliwość uniesienia całego segmentu nóg w celu łatwego czyszczenia i dezynfekcji powierzchni bezpośrednio pod leżem, gdzie wprowadza się kasety | TAK |  |
| 29 | Pozycja Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie w zakresie min. 15 | TAK |  |
| 30 | Pozycja Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga uzyskiwane przy użyciu pedałów nożnych umiejscowionych z obu dłuższych stron wózka | TAK |  |
| 31 | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka | TAK |  |
| 32 | Uchwyty na worki urologiczne po obu stronach leża | TAK |  |
| 33 | Możliwość instalacji wieszaków infuzyjnych (2 haczyki) lub innych akcesoriów w każdym narożu wózka | TAK |  |
| 34 | Materac piankowy, w pokrowcu z osłoną nie zwierającą lateksu, z powierzchnią antypoślizgową , nieprzemakalny, o grubości ok. 8 cm | TAK |  |
| 35 | Materac z certyfikatem ognioodporności (niepalności) wydany przez jednostkę niezależną spełniający normy EN597-1 i EN597-2 lub normy równoważne (do przedłożenia na żądanie) | TAK |  |
| 36 | Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | TAK |  |
| 37 | Konstrukcja umożliwiająca zamontowanie dedykowanej opcjonalnej półki na defibrylator/monitor/uchwyt na dokumentację | TAK |  |
| 38 | Konstrukcja umożliwiająca zamontowanie dedykowanego opcjonalnego pionowego uchwytu na butlę z tlenem z mocowaniem w każdym narożu leża montowany/demontowany bez użycia narzędzi. W minimum trzech rozmiarach do wyboru | TAK |  |
| 39 | Możliwość zamontowania dedykowanych, opcjonalnych pasów do unieruchamiania pacjenta | TAK |  |
| 40 | Teleskopowy chromowany składany wieszak infuzyjny min. 2-częsciowy z regulacja wysokości, 2 haki. Łatwość użycia jedną ręką. Max. Obciążenie 18 kg – 1 szt. | TAK |  |
| 41 | Uchwyt na zamontowanie rolki z papierem do osłaniania i zabezpieczania powierzchni leża – 1 szt. | TAK |  |
| 42 | Półka na defibrylator/monitor/uchwyt na dokumentację nie wychodząca poza obręb wózka – 1 szt. | TAK |  |
| 43 | Pionowy uchwyt na butlę z tlenem -1 szt. oraz miejsce na butle poziome wyprofilowane w obudowie podstawy jezdnej | TAK |  |
| 44 | Produkt niemodyfikowalny na potrzeby przetargów | TAK |  |
| **Fotel do transportu pacjenta w pozycji siedzącej** | |  |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................** | | | |
| 45 | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | TAK |  |
| 46 | Konstrukcja fotela wykonana ze stali lakierowanej proszkowo | TAK |  |
| 47 | Wyprofilowane siedzisko oraz oparcie fotela wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów) ze zmywalnego tworzywa sztucznego. Fotel o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji. | TAK |  |
| 48 | Dopuszczalne obciążenie min. 220 kg | TAK |  |
| 49 | Długość całkowita fotela w zakresie min. 102 i max. 105 [cm] | TAK |  |
| 50 | Szerokość całkowita fotela w zakresie min. 70 i max. 75 [cm] | TAK |  |
| 51 | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki w zakresie max. 115 cm | TAK |  |
| 52 | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki max. 190 cm | TAK |  |
| 53 | Szerokość siedziska min. 53 cm | TAK |  |
| 54 | Głębokość siedziska min. 47 cm | TAK |  |
| 55 | Wysokość siedziska od podłoża max. 55 cm, od podnóżków: max. 40 cm | TAK |  |
| 56 | Długość podłokietników min. 45 [cm] | TAK |  |
| 57 | Wyprofilowane zakończenia podłokietników w sposób umożliwiający bezpieczne wsparcie dla pacjenta podczas wstawania. | TAK |  |
| 58 | Podłokietniki na całej długości wykonane z profili stalowych. Konstrukcja bez łączeń i wgłębień od góry i spodu. Konstrukcja uniemożliwiająca wnikanie zanieczyszczeń i umożliwiająca łatwą dezynfekcję z wszystkich stron | TAK |  |
| 59 | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta. | TAK |  |
| 60 | Możliwość mycia ciśnieniowego fotela | TAK |  |
| 61 | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela powlekane materiałem antypoślizgowym | TAK |  |
| 62 | Pionowe rączki do prowadzenia fotela umożliwiające chwyt bez konieczności rotacji nadgarstków | TAK |  |
| 63 | Wózek wyposażony w pojedyncze koła tylne o średnicy 30 cm antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu oraz koła przednie skrętne o średnicy min. 10 cm | TAK |  |
| 64 | Kółka przeciwwywrotne wbudowane w tył ramy fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu | TAK |  |
| 65 | Centralny hamulec uruchamiany nogą | TAK |  |
| 66 | Jazda kierunkowa przy pomocy kół samonastawnych | TAK |  |
| 67 | Wózek wyposażony w dwa przyciski funkcyjne nożne: hamulec i jazda kierunkowa, odróżnione od siebie kolorystycznie i graficznie | TAK |  |
| 68 | Jednokolorowe punkty aktywacyjne wskazujące wszystkie elementy ruchome fotela, ale nieodłączalne znacząco ułatwiające obsługę fotela. | TAK |  |
| 69 | Składane niezależnie podnóżki z funkcją przycisku odwodzenia na boki | TAK |  |
| 70 | Wypustki w podnóżkach obsługiwane stopą umożliwiające personelowi umieszczenie pacjenta w fotelu bez zbędnego schylania się i dotykania podnóżków, co zapobiega przeniesieniu drobnoustrojów | TAK |  |
| 71 | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie lub częściowe wsuwanie jednego fotela w drugi zmniejszająca ryzyko kradzieży i oszczędzająca miejsce w placówce | TAK |  |
| 72 | Uchwyt na kartę i dokumenty montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwia czyszczenie uchwytu | TAK |  |
| 73 | Stojak na kroplówki, odporny na rdzewienie, o średnicy min. 2,5 cm. Końcówka stojaka z 5 haczykami | TAK |  |
| 74 | Pionowy uchwyt na butlę z tlenem. Ustawiony trwale w jednej pozycji, co minimalizuje konieczność schylania się i podnoszenia ciężkiej butli | TAK |  |
| 75 | Niezależne podpórki pod łydki składane pod siedzisko, samoblokujące się, zwalniane dźwigniami ręcznymi- z obu stron siedziska, oznaczonymi odrębnym kolorem, montowane na stałe, uniemożliwiając swobodne wyciągnięcie i ew. zagubienie – 2 szt. | TAK |  |
| 76 | Niezależne podnóżki – 2 szt. | TAK |  |
| 77 | Wózek niemodyfikowalny na potrzeby przetargu | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **5** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **6** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **7** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **8** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. jednego przeglądu w roku**)** |  |
| **9** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 (część 3)**

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 3 Zestaw pomp infuzyjnych dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Nazwa / Model …..................................................**

**Producent ….........................................................**

**Wytwórca / typ …...............................................**

**Kraj pochodzenia …..........................................**

**Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY URZĄDZENIA | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Pompa infuzyjna strzykawkowa |  |  |
| 1. | **ZASTOSOWANIE** ▪ Infuzje dożylne i dotętnicze ▪ Żywienie pozajelitowe i dojelitowe ▪ Podaż krwi i preparatów krwiopochodnych **ROZMIARY STRZYKAWEK** ▪ 2 - 60 ml ▪ Wszystkich głównych producentów ▪ Dodanie innych strzykawek na życzenie klienta **WLEW INFUZJI** 0,01 – 2000 ml/h ▪ 0,01 - 99,99 ml/h z przyrostem 0,01 ml/h ▪ 100 - 999,9 ml/h z przyrostem 0,1 ml/h ▪ 1000 - 2000 ml/h z przyrostem 1 ml/h **OBJĘTOŚĆ INFUZJ**I, CZAS 0,1 - 20000 ml; 1 min - 200 godz. **DOKŁADNOŚĆ INFUZJI** ± 2% zgodnie z normą PN-EN 60601-2-24 BOLUS, BOLUS WSTĘPNY (DAWKA INDUKCYJNA) ▪ **Wlew**: 0,01 - 2000 ml/h ▪ Objętość: 0,1 - 60 ml P**ROGI ALARMÓW OKLUZJ**I 12 progów (75 - 900 mmHg) JEDNOSTKI ng, µg, mg, g, mL, L, µEq, mEq, Eq, mIU, IU, kIU, mIE, IE, kIE, mmol, mol, cal, kcal, J, kJ / --, kg, m˛ / min, h, 24h **TYPY INFUZJI** Ciągła, okresowa, profilowa, TPN ALARMY 3 poziomy alarmów, pre-alarmy, przypomnienia, ostrzeżenia **HISTORIA INFUZJI** Min. 2000 zapisów pełnych infuzji **ZASILANIE** 100 - 240 VAC; 12,4 - 15,5 VDC, maks. 1 A **AKUMULATOR** ▪ Ni-MH ▪ Czas pracy: 30 godz. @ 5 ml/h; ▪ Czas do naładowania: ≤ 5 godz; 3 godz. < 90% WYMIARY 364 x 115 x 165 (Szer. x Wys. x Gł.) **WAGA** 2,2 kg **KLASYFIKACJA** Klasa II, typ CF, odporność na defibrylację, IP22 STANDARDY BEZPIECZEŃSTWA PN-EN 60601–1, PN-EN 60601–1–2, PN-EN 60601–1-8, PN-EN 60601-2-24, PN-EN 1789, MDD93/42/EEC–IIb | TAK |  |
| 2. | Wbudowany zasilacz, uchwyt i obrotowa klema mocująca ▪ Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 3,2 +/-0,1cala ▪ Wysoki kontrast i rozdzielczość ekranu ▪ Klawiatura alfanumeryczna ▪ Automatyczna instalacja i rozpoznawanie strzykawki ▪ Szybki start infuzji ▪ Inteligentny algorytm unikania okluzji ▪ Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji ▪ Bolus manualny i automatyczny ▪ System wspierania podaży bolusa ▪ Wszystkie popularne jednostki infuzji ▪ Dodatkowe typy infuzji ▪ Możliwość wgrania biblioteki leków lub biblioteki etykiet ▪ Wyodrębniony ekran do żywienia dojelitowego ▪ Limity twarde lub miękkie miareczkowania ▪ Zaawansowany system alarmowy ▪ 2 poziomy ochrony dostępu zabezpieczone hasłem ▪ Tryb dzienny i nocny pracy pompy ▪ Automatyczny proces aktualizacji oprogramowania i konfiguracji pompy za pomocą MedimaNet bez przerywania infuzji ▪ Integracja ze szpitalnymi systemami informatycznymi PDMS/HIS za pomocą protokołu HL7 ▪ Polskojęzyczna wersja oprogramowania pompy | TAK |  |
| 3. | Biblioteka leków: ▪ Bezpieczna i gotowa do użycia lista procedur dozowania leków  ▪ Procedury dozowania leków i konfiguracja dla wybranego oddziału  (CCA)  ▪ Do 40 CCA, do 40 kategorii leków, do 5000 procedur dozowania leków  ▪ Do 10 koncentracji stałych i 1 zmiennej programowanej przez  użytkownika  ▪ Kategoria leku wyodrębniona kolorem na ekranie infuzji  ▪ Wartości domyślne oraz limity miękkie i twarde wybranych  parametrów  ▪ Dodatkowe poziomy ochrony zabezpieczone hasłem dla CCA  i procedur dozowania leku  ▪ 2 poziomy notatek doradczych  ▪ 3 poziomy intensywności alarmów dla wybranych procedur dozowania  ▪ Aktualizacja biblioteki leków bez przerywania infuzji | TAK |  |
|  | **Stacja dokujaca wraz ze statywem na min. 4 pompy dla Oddzialu Kardiologicznego i na min. 2 pompy dla Odziału Chirirgii Urazowo-Ortopedycznej** |  |  |
| 4. | Zasilanie 100 - 240 V AC, 15W +25 W dla każdej pompy | TAK |  |
| 5. | Wymiary w mm DS102/DS202/DS302: 205 x 345 x 250 (szer. /wys. /gł.) DS104/DS204/DS304: 205 x 580 x 250 DS106/DS206/DS306: 205 x 815 x 250 DS108/DS208/DS308: 205 x 1050 x 250 | TAK |  |
| 6. | Waga w kg DS102/DS202/DS302: 1,8 DS104/DS204/DS304: 3,0 DS106/DS206/DS306: 4,2 DS108/DS208/DS308: 5,4 | TAK |  |
| 7. | Mocowanie Do pionowych kolumn o średnicy 20-36 mm, wytrzymałość kolumny musi uwzględniać wagę zestawu. | TAK |  |
| 8. | Klasyfikacja Klasa ochrony I, IP22 | TAK |  |
| 9. | Zgodność PN-EN60601-1, PN-EN60601-1-2 MDD93/42/EEC-I (DS10x, DS20x) MDD93/42/EEC-IIb (DS30x) | TAK |  |
|  | **- Pompa infuzyjna objętościowa** |  |  |
| 10. | **ZASTOSOWANIE** ▪ Infuzje dożylne i dotętnicze ▪ Żywienie pozajelitowe i dojelitowe ▪ Podaż krwi i preparatów krwiopochodnych **WLEW INFUZJI** 0,1 – 1200 ml/h ▪ 0,1 - 99,99 ml/h z przyrostem 0,01 ml/h ▪ 100 - 999,9 ml/h z przyrostem 0,1 ml/h ▪ 1000 - 1200 ml/h z przyrostem 1 ml/h **OBJĘTOŚĆ INFUZJI**, CZAS 0,1 - 20000 ml; 1 min - 200 h **DOKŁADNOŚĆ INFUZJI** ± 5% zgodnie z normą PN-EN 60601-2-24 **BOLUS, BOLUS WSTĘPNY (DAWKA INDUKCYJNA)** ▪ Wlew: 0,1 - 1200 ml/h ▪ Objętość: 0,1 - 60 ml **PROGI ALARMÓW OKLUZJI** 12 progów (75 - 900 mmHg) **JEDNOSTKI INFUZJI** kJ, J, kcal, cal, mol, mmol, kIE, IE, mIE, kIU, IU, mIU, Eq, mEq, µEq, g, mg, µg, ng, mL, L/--, kg, m˛/ min, h, 24h **TYPY INFUZJI** Ciągła, okresowa, profilowa, **TPN ALARMY** 3 poziomy alarmów, pre-alarmy, przypomnienia, ostrzeżenia **HISTORIA INFUZJ**I Min. 2000 zapisów typowych infuzji **ZASILANIE** 100 - 240 VAC; 12,4 - 15,5 VDC, maks. 1 A **AKUMULATOR** ▪ Ni-MH ▪ Czas pracy: 15 h @ 25 ml/h ▪ Czas do pełnego naładowania: ≤ 5 h; 3 h ≤ 90% **WYMIARY** 287 x 115 x 161 (Szer. x Wys. x Gł.) WAGA 2,26 kg **KLASYFIKACJA** Klasa II, typ CF, odporność na defibrylację, IP22 NORMY BEZPIECZEŃSTWA PN-EN 60601–1, PN-EN 60601–1–2, PN-EN 60601– 1-8, PN-EN 60601-2-24, PN-EN 1789, MDD93/42/EEC–IIb | TAK |  |
| 11. | Wbudowany zasilacz, uchwyt i obrotowa klema mocująca ▪ Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 3,2 cala ▪ Wysoki kontrast i rozdzielczość ekranu ▪ Klawiatura alfanumeryczna ▪ Szybki i bezpieczny proces instalacji zestawu infuzyjnego ▪ Szybki start infuzji ▪ Inteligentny algorytm unikania okluzji ▪ Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji ▪ Bolus manualny i automatyczny ▪ System wspierania podaży bolusa ▪ Wszystkie popularne jednostki infuzji ▪ Dodatkowe typy infuzji ▪ Możliwość wgrania biblioteki leków lub biblioteki etykiet ▪ Wyodrębniony ekran do żywienia dojelitowego ▪ Limity twarde lub miękkie miareczkowania ▪ Zaawansowany system alarmowy ▪ 2 poziomy ochrony dostępu zabezpieczone hasłem ▪ Tryb dzienny i nocny pracy pompy ▪ Automatyczny proces aktualizacji oprogramowania i konfiguracji pompy za pomocą MedimaNet bez przerywania infuzji ▪ Integracja ze szpitalnymi systemami informatycznymi PDMS/HIS za pomocą protokołu HL7 ▪ Polskojęzyczna wersja oprogramowania pompy | TAK |  |
| 12. | Biblioteka leków : ▪ Bezpieczna i gotowa do użycia lista procedur dozowania leków  ▪ Procedury dozowania leków i konfiguracja dla wybranego oddziału (CCA)  ▪ Do 40 CCA, do 40 kategorii leków, do 5000 procedur dozowania leków  ▪ Do 10 koncentracji stałych i 1 zmiennej programowanej przez  użytkownika  ▪ Kategoria leku wyodrębniona kolorem na ekranie infuzji  ▪ Wartości domyślne oraz limity miękkie i twarde wybranych parametrów  ▪ Dodatkowe poziomy ochrony zabezpieczone hasłem dla CCA i procedur  dozowania leku  ▪ 2 poziomy notatek doradczych  ▪ 3 poziomy intensywności alarmów dla wybranych procedur dozowania  ▪ Aktualizacja biblioteki leków bez przerywania infuzji | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzętu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać**  **(**Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Załącznik nr 3 ( część 4)

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 4 –Zestaw Holterowski EKG dla Oddziału Kardiologicznego**

**Nazwa / Model …..................................................**

**Producent ….........................................................**

**Wytwórca / typ …...............................................**

**Kraj pochodzenia …..........................................**

**Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | **System Holtera EKG** |  |  |
|  | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów stanowiące jeden z modułów platformy kardiologicznej gromadzącej wyniki z holtera EKG i holtera ciśnieniowego z możliwością rozbudowy o moduł ekg spoczynkowego z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej, spirometrii i badań wysiłkowych. Na dzień składania oferty programowanie ma posiadać możliwość rozbudowy o moduł telekonsultacji badań. | TAK |  |
|  | Współpraca z rejestratorami 12-kanałowymi, 7-kanałowymi i 3 kanałowymi | TAK |  |
|  | Umożliwienie przeprowadzenie min. następujących analiz: - analiza HRV wraz z trendami HRV - analiza obniżenia i nachylenia odcinka ST - analiza QT i QTc  - analiza PQ - detekcja i zaawansowana analiza kardiostymulatorów | TAK |  |
|  | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń | TAK |  |
|  | Narzędzie graficzne do ręcznego rozdzielenia morfologii | TAK |  |
|  | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg i stronicowym | TAK |  |
|  | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta. | TAK |  |
|  | Menu programu i raporty w języku polskim | TAK |  |
|  | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu | TAK |  |
|  | Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych | TAK |  |
|  | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany ilości, rozmiaru i położenia wyświetlanych okien w programie | TAK |  |
|  | Tabela arytmii uporządkowana względem ważności. | TAK |  |
|  | Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami. Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami. | TAK |  |
|  | Trendy oraz podział czasowy rytmu podstawowego i wzorów arytmii. | TAK |  |
|  | Analiza fizycznej aktywności pacjenta przy pomocy czujnika w rejestratorze | TAK |  |
|  | Analiza czasowa statystyk aktywności pacjenta w podziale godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | TAK |  |
|  | Trend aktywności pacjenta | TAK |  |
|  | Moduł analizy odcinka PQ  Podgląd wartości granicznych PQ.  Analiza czasowa wartości PQ w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta.  Podział czasu na zdarzenia PQ i alarmy. | TAK |  |
|  | Obrazowanie zespołów QRS w formie Relief i Waterfall | TAK |  |
|  | Detekcja impulsów stymulatora. Rozróżnienie pomiędzy stymulację przedsionkową, komorową, dwujamową, pobudzeń zsumowanych i rzekomo zsumowanych. | TAK |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy impulsów stymulatora do najbliższego pobudzenia. Badanie ilości impulsów przedsionkowych i komorowych. Badanie czasu aktywacji komór po impulsie. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranymi odstępami i-R | TAK |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniem a impulsem stymulatora. Badanie bazowego rytmu stymulatora. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranymi odstępami R-i. | TAK |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy impulsami stymulatora. | TAK |  |
|  | Czas trwania zdarzeń PCM oraz alarmów w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność. | TAK |  |
|  | Trendy oraz podział czasu na zdarzenia PCM oraz alarmy. | TAK |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniami w analizie HRV | TAK |  |
|  | Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK |  |
|  | Trendy wartości HRV | TAK |  |
|  | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych ST | TAK |  |
|  | Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG. | TAK |  |
|  | Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK |  |
|  | Wykres oraz podział czasu na podstawowe wartości badania/zdarzenia. | TAK |  |
|  | Analiza czasowa wartości nachylenia ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK |  |
|  | Trendy i podział czasu nachylenia ST. | TAK |  |
|  | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych QT. | TAK |  |
|  | Interaktywny histogram odstępów QT. | TAK |  |
|  | Interaktywny histogram skorygowanych odstępów QTc. | TAK |  |
|  | Analiza czasowa wartości QT/QTc w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta. | TAK |  |
|  | Wykres wartości/zdarzeń QT/QTc. | TAK |  |
|  | Moduł analizy Poincare – zawierający wykresy Poincare | TAK |  |
|  | **Rejestrator holterowski ekg 12 kanałowy –2 szt** |  |  |
|  | Rejestrator 3, 7, 12-kanałowy (stosownie od ustawień i rozmieszczenia elektrod) | TAK |  |
|  | Zapis danych w trybie 3 i 7 kanałowym z 5 elektrod i 12-kanałowym z 10 elektrod | TAK |  |
|  | Rejestrowane odprowadzenia: - 3 odprowadzenia: mV1, mV3, mV5 - 7 odprowadzeń I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1 - 12 odprowadzeń: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6 | TAK |  |
|  | Klawiatura: Mikroprzełączniki | TAK |  |
|  | Sprawdzanie niepodłączonych odprowadzeni wizualizacja na ekranie urządzenia min. 2 metody wizualizacji | TAK |  |
|  | Czas zapisu : 12 godzin, 24 godziny, 48 godzin, 7 dni i nieograniczony | TAK |  |
|  | Długość rejestracji: 200 – 900 MB przez 24h (zależny od sygnału I liczby odprowadzeń) | TAK |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD, min. 2” o rozdzielczości min. 128x64 | TAK |  |
|  | Waga rejestratora maksymalnie – 110g | TAK |  |
|  | Maksymalne Wymiary rejestratora: 105 x 67 x 28 mm | TAK |  |
|  | Długość kabla pacjenta w zależności od odprowadzenia: 40-90 cm | TAK |  |
|  | Transmisja danych za pomocą USB, Karta SD | TAK |  |
|  | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 8 x 2000Hz | TAK |  |
|  | Rozdzielczości  przetwornika AD przy rejestracji 24 bity | TAK |  |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 40000Hz | TAK |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD do 2 GB | TAK |  |
|  | Detekcja pracy stymulatora | TAK |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania 10 s | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości (wyłączone filtry cyfrowe): 0,049 Hz – 220 Hz | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przetwornika AD przy rejestracji głosu: 10 bitów | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa: > 20 MΩ | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiej baterii: sygnał dźwiękowy i komunikat na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Współczynnik tłumienia CMR (z filtrem cyfrowym): > 100 dB (> 115 dB)-dla kabla 5 odprowadzeniowego | TAK |  |
|  | Możliwość włączenia/wyłączenia dźwięku klawiszy | TAK |  |
|  | Zasilanie za pomocą 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |
|  | Dodatkowe, wewnętrzne zasilanie do podtrzymywania zapisu w trakcie wymiany baterii/akumulatorów. | TAK |  |
|  | W zestawie z każdym rejestratorem futerał z paskiem, 4 przewody pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA | TAK |  |
|  | **Rejestrator holterowski EGK 3 kanałowy – 18 szt** |  |  |
|  | Rejestrator 3-kanałowy (stosownie od ustawień i rozmieszczenia elektrod) | TAK |  |
|  | Zapis danych w trybie 3 kanałowym z 5 elektrod | TAK |  |
|  | Rejestrowane odprowadzenia: - 3 odprowadzenia: mV1, mV3, mV5 | TAK |  |
|  | Klawiatura: Mikroprzełączniki | TAK |  |
|  | Sprawdzanie niepodłączonych odprowadzeni wizualizacja na ekranie urządzenia min. 2 metody wizualizacji | TAK |  |
|  | Czas zapisu : 12 godzin, 24 godziny, 48 godzin | TAK |  |
|  | Długość rejestracji: 200 – 900 MB przez 24h (zależny od sygnału I liczby odprowadzeń) | TAK |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD, min. 2” o rozdzielczości min. 128x64 | TAK |  |
|  | Waga rejestratora maksymalnie – 110g | TAK |  |
|  | Maksymalne Wymiary rejestratora: 105 x 67 x 28 mm | TAK |  |
|  | Długość kabla pacjenta w zależności od odprowadzenia: 40-90 cm | TAK |  |
|  | Transmisja danych za pomocą USB, Karta SD | TAK |  |
|  | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 8 x 2000Hz | TAK |  |
|  | Rozdzielczości  przetwornika AD przy rejestracji 24 bity | TAK |  |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 40000Hz | TAK |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD do 2 GB | TAK |  |
|  | Detekcja pracy stymulatora | TAK |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania 10 s | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości (wyłączone filtry cyfrowe): 0,049 Hz – 220 Hz | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przetwornika AD przy rejestracji głosu: 10 bitów | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa: > 20 MΩ | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiej baterii: sygnał dźwiękowy i komunikat na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Współczynnik tłumienia CMR (z filtrem cyfrowym): > 100 dB (> 115 dB)-dla kabla 5 odprowadzeniowego | TAK |  |
|  | Możliwość włączenia/wyłączenia dźwięku klawiszy | TAK |  |
|  | Zasilanie za pomocą 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |
|  | Dodatkowe, wewnętrzne zasilanie do podtrzymywania zapisu w trakcie wymiany baterii/akumulatorów. | TAK |  |
|  | W zestawie z każdym rejestratorem futerał z paskiem, 4 przewody pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA | TAK |  |
|  | **Komputer – stacja robocza 1 szt** |  |  |
|  | Pamięć Ram min 8 GB | TAK |  |
|  | Dysk Twardy HDD min 1 TB | TAK |  |
|  | Dysk Twardy SSD min 200 GB | TAK |  |
|  | Procesor min 2 rdzeniowy 2,2 GHz | TAK |  |
|  | Monitor min 23” | TAK |  |
|  | Drukarka z automatycznym drukiem dwustronnym | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzętu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 ( część 5)**

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 5 Rejestrator Holterowski ciśnienia dla Oddziału Kardiologicznego**

**Nazwa / Model …..................................................**

**Producent ….........................................................**

**Wytwórca / typ …...............................................**

**Kraj pochodzenia …..........................................**

**Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | **Rejestrator holterowski ciśnienia tętniczego krwi – 12 szt.** |  |  |
|  | Metoda pomiaru oscylometryczna | TAK |  |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | TAK |  |
|  | Czas ciągłego zapisu min. do 50 godz. | TAK, podać |  |
|  | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | TAK |  |
|  | Pomiar na żądanie | TAK |  |
|  | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | TAK |  |
|  | Przycisk informacji o pobraniu leku | TAK |  |
|  | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zastosowania różnych średnic rękawów min. 3 rodzaje | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | TAK |  |
|  | Wyświetlenie informacji o stanie naładowania baterii w trakcie uruchamiania rejestratora | TAK |  |
|  | Waga bez akumulatorów max.190g | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne rozmiary rejestratora: 100 x 70 x 30 mm | TAK, podać |  |
|  | W zestawie z każdym rejestratorem futerał z paskiem,  1 mankiet w rozmiarze M  1 mankiet w rozmiarze L | TAK, podać |  |
|  | W zestawie - ładowarka akumulatorów (min. 4 gniazda) | TAK |  |
|  | **System holtera ciśnienia 1 szt** | TAK  podać |  |
|  | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów stanowiące jeden z modułów platformy kardiologicznej gromadzącej wyniki z holtera EKG i holtera ciśnieniowego z możliwością rozbudowy o moduł EKG spoczynkowego z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej, spirometrii i badań wysiłkowych. | TAK |  |
|  | Możliwość podziału okresu badań na podokresy i ich programowanie | TAK |  |
|  | Możliwość utworzenia indywidualnych kont zabezpieczonych hasłem dla każdego z użytkowników. | TAK |  |
|  | Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów | TAK |  |
|  | Możliwość utworzenia konta z uprawnieniami administratora i użytkownika. | TAK |  |
|  | Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jak i dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu | TAK |  |
|  | Na dzień składania oferty oprogramowanie ma posiadać możliwość rozbudowy o moduł telekonsultacji badań, będący integralną częścią oprogramowania. | TAK |  |
|  | Menu i raporty w języku polskim | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia i edycji norm | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia automatycznego generowania raportów w formacie PDF po zamknięciu badania do dowolnej lokalizacji na dysku | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji i pełnej edycji raportu | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania minimum 600 pomiarów w trakcie jednego badania | TAK, podać |  |
|  | **Komputer – stacja robocza 1 szt** |  |  |
|  | Pamięć Ram min 8 GB | TAK |  |
|  | Dysk Twardy HDD min 1 TB | TAK |  |
|  | Dysk Twardy SSD min 200 GB | TAK |  |
|  | Procesor min 2 rdzeniowy 2,2 GHz | TAK |  |
|  | Monitor min 23” | TAK |  |
|  | Drukarka z automatycznym drukiem dwustronnym | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzętu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. jednego przeglądu w roku**)** |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 (część 6)**

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 6 system monitorowania funkcji życiowych dla oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis Parametrów | **Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE** | **Parametry oceniane** | **Parametry –potwierdzenie spełnienia wymogów /**  **Opis parametrów ocenianych** |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................** | | | | |
|  | **Kardiomonitory modułowe – 5 szt.** |  |  |  |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |  |
| 1 | Monitor pacjenta o budowie modułowej. Poszczególne moduły pomiarowe przenoszone między monitorami bez udziału serwisu | TAK |  |  |
| 2 | Zasilanie sieciowe dostosowane do 230V / 50 Hz. Wewnętrzny akumulator, wymienialny przez użytkownika, pozwalający na minimum 120 minut pracy w konfiguracji EKG,NIBP,SpO2 z wyświetlaniem danych na ekranie o przekątnej co najmniej 18”. | TAK |  |  |
| 3 | Monitor wyposażony w składany uchwyt do przenoszenia | TAK |  |  |
| 4 | Wyposażenie z złącza wejścia/wyjścia:  -wyjście sygnału do podłączenia ekranu kopiującego  -co najmniej 3 gniazda USB do podłączenia klawiatury, myszki komputerowej, skanera kodów paskowych,  -gniazdo RJ-45 do połączenia z siecią monitorowania.  -złącze wyjścia sygnału analogowego synchronizacji defibrylatora w module wieloparametrowym lub module transportowym |  |  |  |
| 5 | Możliwość rozbudowy monitora o pomiary:  - stopnia uśpienia BIS,  - EEG,  - saturacji ośrodkowej krwi żylnej (ScvO2),  - nieinwazyjnego rzutu minutowego metodą impedancji kardiograficznej,  - ciągłego inwazyjnego pomiaru rzutu minutowego,  - inwazyjnego pomiaru rzutu serca metodą Swan-Ganza,  - parametrów mechaniki oddechowej,  - wolumetrycznego CO2,  - parametrów metabolicznych RQ i EE,  - przewodnictwa nerwowo-mięśniowego NMT,  - oksymetrii tkankowej. | TAK | Możliwość rozbudowy o moduły pomiarowe EEG i aEEG:  TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt  Możliwość rozbudowy o pomiar wskaźnika nocycepcji/ analgezji (ANI):  TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 6 | Możliwość rozbudowy monitora o moduł interfejsowy do jednoczesnego podłączenia do 4 zewnętrznych urządzeń medycznych (respiratory, pompy infuzyjne, aparaty do znieczulania, monitory hemodynamiczne) | TAK |  |  |
| 7 | Możliwość rozbudowy o wbudowany komputer medyczny umożliwiający uruchamianie na ekranie monitora pacjenta zewnętrznych aplikacji klinicznych (jak np. PACS, LIS, HIS/CIS i EMR) | TAK |  |  |
| 8 | Stopień ochrony przed groźnym zalaniem wodą co najmniej IPX1 | TAK |  |  |
| 9 | Moduły kardiomonitora w tym moduły transportowe tego samego producenta co jednostka główna kardiomonitora. Zamawiający nie dopuszcza możliwości stosowanie komputerów oraz monitorów medycznych w celu wizualizacji mierzonych parametrów oraz obsługi funkcji modułu transportowego. | TAK |  |  |
|  | **EKRAN / OBSŁUGA** |  |  |  |
| 10 | Kolorowy pojedynczy, pojemnościowy ekran dotykowy w postaci płaskiego panelu LCD TFT o przekątnej minimum 18", rozdzielczości co najmniej 1920x1080 pikseli i dużym kącie widzenia (powyżej 170o). Min. 12 krzywych dynamicznych wyświetlanych jednocześnie na ekranie. Miejsca na moduły pomiarowe w jednej obudowie z ekranem. | TAK |  |  |
| 11 | Funkcja automatycznego dostosowania jasności ekranu do natężenia światła otoczenia | TAK |  |  |
| 12 | Obsługa wielodotykowa. Możliwość rozbudowy o obsługę przy pomocy pilota, | TAK |  |  |
| 13 | Ekran dotykowy z funkcją obsługi gestów | TAK |  |  |
| 14 | Fabrycznie skonfigurowane co najmniej trzy układy ekranu: normalny (krzywe dynamiczne i wartości parametrów), minitrendów (krótkie trendy, krzywe dynamiczne i wartości parametrów), duże odczyty. Szybkie przełączanie między ekranami, bez wchodzenia do menu, za pomocą gestów np. przesunięcie w lewo lub w prawo dwoma palcami po ekranie. |  | TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | **SYSTEM ALARMOWY** |  |  |  |
| 15 | Ustawianie granic alarmowych przez użytkownika oraz funkcja automatycznego ustawiania granic alarmowych na podstawie bieżących wartości parametrów. Ustawianie głośności alarmowania (co najmniej 9 poziomów do wyboru). Ustawianie wzorców sygnalizacji alarmowej (co najmniej 3 wzorce do wyboru). | TAK |  |  |
| 16 | Funkcja zawieszenia sygnalizacji alarmowej na czas wybrany przez użytkownika (do wyboru co najmniej wstrzymanie alarmów na 1, 2, 5 i 10 minut) oraz możliwość zawieszenia alarmów na stałe (zabezpieczone hasłem). | TAK |  |  |
| 17 | Monitor wyposażony w funkcję trybu resuscytacyjnego: zawieszenie działania alarmów fizjologicznych wszystkich parametrów. Wyświetlanie na ekranie informacji o aktywnym trybie resuscytacyjnym | TAK |  |  |
| 18 | Monitor wyposażony w funkcję wzywania pomocy - użytkownik znajdujący się przy danym monitorze może uruchomić sygnalizację dźwiękową i wizualną na innych monitorach lub centrali znajdujących się na tym samym oddziale. Na innym monitorach i centrali uruchomi się dźwiękowa sygnalizacja alarmowa oraz pojawi się okno informujące, z którego monitora wysyłany jest sygnał. | TAK |  |  |
| 19 | Funkcja resetowania alarmów technicznych powodująca ich usuwanie lub zamianę w komunikaty informacyjne lub ich wyciszenie z wyświetlaniem na ekranie oznaczonego komunikatu alarmu. | TAK |  |  |
| 20 | Funkcja alarmów łączonych np. uruchomienie sygnalizacji alarmowej przy jednoczesnym spełnieniu co najmniej dwóch warunków np. HR>100 B/Min oraz IBP-SYS<90 mmHg i RR>22 R/min przez określony czas np. 5 minut |  | TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | **ZAPAMIETYWANIE I PRZEGLĄD DANYCH** |  |  |  |
| 21 | Przynajmniej 120-godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów, w postaci tabel i wykresów z rozdzielczością przynajmniej 1 minuty | TAK |  |  |
| 22 | Zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (funkcja full disclosure) – pamięć co najmniej 24 godziny | TAK |  |  |
| 23 | Zapamiętywanie co najmniej 700 zdarzeń alarmowych (krzywe i odpowiadające im wartości parametrów) | TAK |  |  |
| 24 | Funkcja eksportu danych wypisanych pacjentów na pamięć USB z możliwością ich późniejszego przeglądu na komputerze osobistym przy pomocy dedykowanego oprogramowania | TAK |  |  |
|  | **PRACA W SIECI MONITOROWANIA / WYSYLANIE DANYCH** |  |  |  |
| 25 | Możliwość współpracy z opisanymi poniżej stacją centralnego nadzoru oraz monitorami kompaktowymi | TAK |  |  |
| 26 | Możliwość bezpośredniego wysyłania danych w standardzie HL7 (wartości parametrów, krzywe i alarmy) z monitora pacjenta bez pośrednictwa centrali lub innego urządzenia typu bramka. | TAK |  |  |
| 27 | Monitor przystosowany do współpracy z nadajnikiem telemetrycznym z możliwością przeglądania danych pomiarów z urządzenia telemetrycznego na ekranie monitora. |  | TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 28 | Funkcja monitorowania alarmów z innych kardiomonitorów podłączonych do tej samej sieci (co najmniej dwa jednocześnie) | TAK |  |  |
| 29 | Funkcja wyświetlania danych z innych kardiomonitorów podłączonych do tej samej sieci, w tym wartości z co najmniej 12 kardiomonitorów, a krzywych i wartości z jednego wybranego kardiomonitora | TAK |  |  |
| 30 | Informacje o pacjencie, ustawienia alarmów synchronizowane pomiędzy monitorem i centralą | TAK |  |  |
| 31 | Możliwość zdalnej aktualizacji oprogramowania poprzez stację centralnego nadzoru |  |  |  |
|  | **Monitor / Moduł Transportowy** |  |  |  |
| 32 | Monitor (moduł) transportowy z podglądem monitorowanych parametrów –  Monitorowanie co najmniej EKG, NIBP, SpO2, 2Temp, 2IBP – (opis poszczególnych parametrów poniżej) podczas transportu pacjenta, będący jednocześnie modułem pomiarowym monitora pacjenta po włożeniu do miejsca parkingowego jednostki głównej. Ekran monitora transportowego o przekątnej min. 5,5”. Ciężar monitora nie więcej niż 1,2 kg. Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym co najmniej 4 godziny. Własna wewnętrzna pamięć monitora transportowego pozwalająca na zapamiętywanie co najmniej 24 godzin trendów monitorowanych parametrów. Obsługa poprzez ekran dotykowy. Ochrona monitora przed wnikaniem ciał obcych nie mniejszych niż 1,0 mm oraz przed dostępem do części niebezpiecznych przez dotknięcie drutem; ochrona przed szkodliwym wpływem rozpryskiwanej wody – stopień ochrony co najmniej IP44. | TAK |  |  |
|  | **Mierzone Parametry** |  |  |  |
| 33 | EKG - pomiar częstości akcji serca. Zakres minimum 30-300/min. Ustawianie prędkości przesuwu krzywej EKG do wyboru co najmniej: 6.25; 12.5; 25; 50 mm/s. Ustawianie wzmocnienia krzywej EKG do wyboru co najmniej: x0.125; x0.25; 0.5; x1; x2; x4; auto.  Monitorowanie do 12 odprowadzeń jednocześnie.  W komplecie z monitorem: przewód EKG z kompletem 5 końcówek; przewód EKG z kompletem 10 końcówek.  Możliwość zastosowania układu 6 odprowadzeń EKG w celu wyprowadzenia zapisu EKG 12-odprowadzeniowego | TAK |  |  |
| 34 | Analiza arytmii – wykrywanie co najmniej 24 kategorie zaburzeń rytmu w tym VF, ASYS, BRADY, TACHY, AF. Wykorzystywanie do analizy EKG co najmniej 4 odprowadzeń EKG jednocześnie. Możliwość wyboru odprowadzeni do analizy przez użytkownika. | TAK |  |  |
| 35 | Analiza odcinka ST – jednoczesny pomiar odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach w zakresie co najmniej od -2,0 do +2,0 mV. Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami. Tryb alarmowania ST w oparciu wartości bezwzględne oraz względne w stosunku do linii odniesienia. W przypadku trybu alarmowania w oparciu o wartości bezwzględne możliwość ustawienia granic alarmowych dla pojedynczego ST oraz dla dwóch ST. | TAK |  |  |
| 36 | Analiza zmian odcinka QT oraz obliczanie wartości QTc wg. co najmniej 4 wzorów | TAK |  |  |
| 37 | RESP – pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną. Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 5 do 200 R/min. Możliwość wyboru odprowadzeni do monitorowania respiracji. Wybór prędkości przesuwu krzywych co najmniej 3; 6.25; 12,5; 25 mm/s. | TAK |  |  |
| 38 | Saturacja (SpO2). Zakres pomiarowy %SpO2 0-100%. Zakres pomiarowy częstości pulsu co najmniej 20-300 P/min. Jednoczesne wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości %saturacji, częstości pulsu i wskaźnika perfuzji. Alarm desaturacji. Wyświetlanie statystyk pomiaru SpO2 w postaci wykresów słupkowych. W komplecie z monitorem przewód interfejsowy oraz wielorazowy czujnik SpO2 typu klips na palec. | TAK |  |  |
| 39 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia (NIPC) metodą oscylometryczną. Zakres pomiarowy co najmniej od 10 do 290 mmHg. Pomiar ręczny, automatyczny, ciągły (powtarzające się pomiary w czasie 5 min). Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem co najmniej 1 – 480 minut. Wyświetlanie na ekranie wartości ustawionego interwału oraz czasu jaki pozostał do kolejnego pomiaru. Pomiar sekwencyjny z co najmniej 5 programowalnymi cyklami, z indywidualnym ustawianiem ich czasu trwania i odstępów pomiarowych dla każdego cyklu. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej. Możliwość ustawiania przez użytkownika formatu wyświetlanych danych np. ciśnienie skurczowe, rozkurczowe i średnie lub tylko średnie. Funkcja stazy. Funkcja wstępnego ustawiania ciśnienia pompowania mankietu. Pomiar częstości pulsu wraz z nieinwazyjnym ciśnieniem co najmniej w zakresie od 30 do 300 P/min. W komplecie z każdym monitorem przewód oraz po dwa mankiety w rozmiarach: małym, średnim i dużym. | TAK |  |  |
| 40 | Pomiar temperatury, dwa tory pomiarowe. Zakres pomiarowy co najmniej od 5 do 50oC. Wyświetlanie T1, T2 oraz różnicy między nimi. Wybór etykiety temperatury zgodnie z miejscem pomiaru z listy co najmniej 10 etykiet zapisanych w pamięci monitora. W komplecie z kardiomonitorem czujnik temperatury powierzchniowy oraz centralny. Możliwość rozbudowy monitora o co najmniej kolejne 4 tory pomiarowe temperatury. | TAK |  |  |
| 41 | Inwazyjny pomiar ciśnienia(IPC), dwa tory pomiarowe. Możliwość jednoczesnego wyświetlanie dwóch krzywych inwazyjnego ciśnienia ze wspólnym poziomem zero (nakładanie się krzywych). Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowych, rozkurczowych i średnich. Zakres pomiarowy inwazyjnego ciśnienia co najmniej od -50 do +350 mmHg. Możliwość ustawiania przez użytkownika formatu wyświetlanych danych np. ciśnienie skurczowe, rozkurczowe i średnie lub tylko średnie. Obliczanie wartości PPV. Funkcja pomiaru PAWP. Pomiar częstości pulsu wraz z inwazyjnym ciśnieniem co najmniej w zakresie od 30 do 300 P/min. Wybór etykiety inwazyjnego ciśnienia zgodnie z miejscem pomiaru z listy co najmniej 10 etykiet zapisanych w pamięci monitora. Automatyczny wybór zakres pomiarowego w zależności od wybranej etykiety oraz możliwość ręcznego wyboru zakresu pomiarowego. | TAK |  |  |
| 42 | Moduł pomiaru kapnografii w strumieniu bocznym (na 2 stanowiskach). Zakres pomiarowy stężenia CO2 co najmniej od 0 do 120 mmHg. Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 4 do 120 R/min. W komplecie z modułem 2 szt. akcesoriów do usuwania wilgoci z układu pomiarowego (pułapka wodna lub nafion w zależności od stosowanej technologii) oraz 5 szt. jednorazowych linii próbkujących. | TAK |  |  |
|  | **Inne Funkcje i Aplikacje Kliniczne** |  |  |  |
| 43 | Monitor wyposażony w funkcję obliczania punktacji do oceny poziomu świadomości wg. skali Glasgow (GCS). | TAK |  |  |
| 44 | Funkcja wyświetlania statystyki SpO2 w wybranymi przez użytkownika przedziale czasowym (od 0,5 do 24 godzin) z prezentacją % udziału zaprogramowanych przez użytkownika przedziałów wartości %SpO2 w badanym przedziale czasowym, z wyborem zakresu docelowego | TAK |  |  |
| 45 | Funkcja „oczekiwanie”, pozwalająca na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączania monitora, i na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania. | TAK |  |  |
| 46 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | TAK |  |  |
| 47 | Moduł pomiaru kapnografii w strumieniu bocznym (1 moduł kompatybilny z wszystkimi kardiomonitorami modułowymi). Zakres pomiarowy stężenia CO2 co najmniej od 0 do 120 mmHg. Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 4 do 120 R/min. W komplecie z modułem 2 szt. akcesoriów do usuwania wilgoci z układu pomiarowego (pułapka wodna lub nafion w zależności od stosowanej technologii) oraz 5 szt. jednorazowych linii próbkujących. | TAK |  |  |
| 48 | Moduł rzutu minutowego metodą termodulycyjną(1 moduł kompatybilny z wszystkimi kardiomonitorami modułowymi). W zestawie: Przewód połączeniowy do cewnika termodylucyjnego oraz czujnika temperatury płynu iniekcyjnego oraz czujnik temperatury płynu | TAK |  |  |
| 49 | Możliwość rozbudowy oferowanego monitora o funkcje wspomagania decyzji klinicznych: | TAK |  |  |
| 50 | 1.dotyczących układu sercowo-krążeniowo i oddechowego z przedstawieniem w formie animacji zmian parametrów związanych z obciążeniem wstępnym, pracą serca, wodą w płucach , obciążeniem następczym |  | TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | 2.związanych z diagnozą i prowadzeniem terapii sepsy (zgodnie z zaleceniami SSC (Surviving Sepsis Compaign) oraz Sepsis-3 (Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock) |  | TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | 3.związanych z analizą pracy stymulatora | TAK |  |  |
|  | 4.związanych z 24 godzinną analizą EKG | TAK |  |  |
|  | 5.protokół wczesnej oceny skali ostrzegania (EWS) | TAK |  |  |
|  | **Montaż** |  |  |  |
| 51 | Uchwyt na ścianę z półką do montażu monitora i koszykiem na akcesoria lub uchwyt mocowany na kolumnach medycznych posiadanych przez zamawiającego.  Do wyboru przez użytkownika na etapie instalacji | TAK |  |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................** | | | | |
|  | **Kardiomonitory – 19 szt** |  |  |  |
| 52 | Kolorowy pojedynczy ekran w postaci płaskiego panelu LCD TFT o przekątnej minimum 15", rozdzielczości co najmniej 1300x700 pikseli i dużym kącie widzenia (powyżej 160o). | TAK | Przekątna ekranu 15” - 0 pkt.  Przekątna ekranu>15” - 5 pkt. |  |
| 52 | Opisy i komunikaty ekranowe w języku polskim. Obsługa poprzez ekran dotykowy. | TAK |  |  |
| 53 | Ekran dotykowy z funkcją obsługi gestów | TAK |  |  |
| 54 | Min. 8 krzywych dynamicznych wyświetlanych jednocześnie na ekranie | TAK |  |  |
| 55 | Zasilanie sieciowe dostosowane do 230V / 50 Hz. Wewnętrzny akumulator, wymienialny przez użytkownika, pozwalający na minimum 100 minut pracy w konfiguracji EKG, NIBP, SpO2. | TAK |  |  |
| 56 | Cicha praca urządzenia – chłodzenie konwekcyjne bez stosowania wentylatorów | TAK |  |  |
| 57 | Wyposażenie w złącza wejścia/wyjścia: |  |  |  |
| 58 | 1.co najmniej 2 gniazda USB do podłączenia klawiatury, myszki komputerowej, skanera kodów paskowych, gniazdo do podłączenia ekranu kopiującego, | TAK |  |  |
| 59 | 2.gniazdo RJ-45 do połączenia z siecią monitorowania. | TAK |  |  |
|  | **MIERZONE PARAMETRY** |  |  |  |
| 60 | **EKG** - pomiar częstości akcji serca. Zakres minimum 30 - 300/min. Ustawianie prędkości przesuwu krzywej EKG do wyboru co najmniej: 6.25; 12.5; 25; 50 mm/s. Ustawianie wzmocnienia krzywej EKG do wyboru co najmniej: x0.125; x0.25; 0.5; x1; x2; x4; auto. | TAK |  |  |
| 61 | Monitorowanie do 7 odprowadzeń jednocześnie | TAK | Monitorowanie do 8 odprowadzeń jednocześnie:  TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 62 | W komplecie z monitorem przewód EKG z kompletem 5 końcówek | TAK |  |  |
| 63 | Analiza arytmii – wykrywanie co najmniej 23 kategorii zaburzeń rytmu w tym VF, ASYS, BRADY, TACHY, AF | TAK |  |  |
| 64 | Monitor wyposażony w funkcję analizującą jednocześnie sygnał ekg oraz sygnał krzywej pletyzmograficznej w celu uzyskania dokładniejszych wyników analizy arytmii i pomiarów częstości tętna | TAK |  |  |
| 65 | Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR, ST, QT i arytmii: statystyka dot. częstości akcji serca, statystyka zdarzeń arytmii, statystyka pomiarów QT/QTc, statystyka maksymalnych i minimalnych wartości odcinka ST dla poszczególnych odprowadzeń, statystyka dot. danych stymulatora. | TAK |  |  |
| 66 | Analiza odcinka ST – jednoczesny pomiar odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach w zakresie co najmniej od -2,0 do +2,0 mV | TAK |  |  |
| 67 | Analiza zmian odcinka QT oraz obliczanie wartości QTc wg. co najmniej czterech wzorów | TAK |  |  |
| 68 | Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych. | TAK |  |  |
| 69 | **RESP** – pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną. Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 5 do 200 R/min. Możliwość wyboru odprowadzeni do monitorowania respiracji. Wybór prędkości przesuwu krzywych co najmniej 3; 6.25; 12,5; 25; 50 mm/s. | TAK |  |  |
| 70 | Saturacja (**SpO2**). Zakres pomiarowy %SpO2 0-100%. Zakres pomiarowy częstości pulsu co najmniej 20-300 P/min. Jednoczesne wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości % saturacji, częstości pulsu i wskaźnika perfuzji. Alarm desaturacji. W komplecie z monitorem przewód interfejsowy oraz czujnik SpO2 na palec. | TAK |  |  |
| 71 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia (**NIPC**) metoda oscylometryczna. Zakres pomiarowy co najmniej od 10 do 290 mmHg. Pomiar ręczny, automatyczny i ciągły. Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem co najmniej 1–480 minut. Pomiar sekwencyjny składający się z co najmniej 4 faz, z indywidualnym ustawianiem czasu trwania oraz interwału dla każdej fazy. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej. Funkcja stazy. Funkcja wstępnego ustawiania ciśnienia pompowania mankietu. Pomiar częstości pulsu wraz z nieinwazyjnym ciśnieniem co najmniej w zakresie od 30 do 300 P/min. | TAK |  |  |
| 72 | W komplecie z monitorem przewód oraz po dwa mankiety w rozmiarach: małym, średnim i dużym. | TAK |  |  |
| 73 | **Pomiar temperatury**, dwa tory pomiarowe. Wyświetlanie **T1, T2** oraz różnicy między nimi. | TAK |  |  |
| 74 | W komplecie z monitorem czujniki temperatury dla dorosłych powierzchniowy i centralny. | TAK |  |  |
| 75 | Ustawianie granic alarmowych przez użytkownika oraz funkcja automatycznego ustawiania granic alarmowych na podstawie bieżących wartości parametrów. Ustawianie głośności alarmowania (co najmniej 5 poziomów do wyboru). Ustawianie wzorców sygnalizacji alarmowej (co najmniej 3 wzorce do wyboru). | TAK |  |  |
| 76 | Przynajmniej 120-godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów, w postaci tabel i wykresów z rozdzielczością od 1 minuty. | TAK |  |  |
| 77 | Zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (funkcja full dislosure) – pamięć co najmniej 12 godzin. | TAK |  |  |
| 78 | Zapamiętywanie co najmniej 1000 zdarzeń alarmowych (krzywe i odpowiadające im wartości parametrów). | TAK |  |  |
| 79 | Monitor wyposażony w funkcje obliczeń dawki (lekowych), hemodynamicznych, natlenienia, nerkowych i wentylacji. | TAK |  |  |
| 80 | Monitor wyposażony w funkcję wprowadzania danych i obliczania punktacji wczesnego ostrzegania EWS | TAK |  |  |
| 81 | Monitor wyposażony w funkcję oceny stanu świadomości wg. skali Glasgow (GCS) – wprowadzanie danych, wyświetlanie punktacji łącznej i podrzędnej oraz ustawianie odstępu czasowego w jakim mają być wprowadzane dane. | TAK |  |  |
| 82 | Monitor przystosowany do pracy w sieci | TAK |  |  |
|  | a)możliwość współpracy z opisaną poniżej stacją centralnego nadzoru oraz opisanymi powyżej monitorami modułowymi, | TAK |  |  |
|  | b)możliwość podłączenia do monitora, bez pośrednictwa centrali, sieciowej drukarki laserowej i wykonywania wydruków na standardowym papierze formatu A4: krzywych dynamicznych oraz trendów graficznych i tabelarycznych. | TAK |  |  |
| 83 | Funkcja „standby”, pozwalająca na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączania monitora, oraz na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania. | TAK |  |  |
| 84 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | TAK |  |  |
| 85 | Funkcja eliminacji fałszywych alarmów arytmii poprzez jednoczesną analizę i porównanie sygnałów EKG i SpO2 | TAK |  |  |
| 86 | Uchwyt na ścianę z półką do montażu monitora i koszykiem na akcesoria lub uchwyt mocowany na kolumnach medycznych posiadanych przez zamawiającego.  Do wyboru przez użytkownika na etapie instalacji | TAK |  |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................** | | | | |
|  | Kardiomonitory transportowe – 2 szt |  |  |  |
| 87 | Kolorowy pojedynczy ekran w postaci płaskiego panelu LCD TFT o przekątnej minimum 10", rozdzielczości co najmniej 1200x800 pikseli i dużym kącie widzenia (powyżej 160o). | TAK |  |  |
| 88 | Opisy i komunikaty ekranowe w języku polskim. Obsługa poprzez ekran dotykowy. | TAK |  |  |
| 89 | Ekran dotykowy z funkcją obsługi gestów | TAK |  |  |
|  | Min. 6 krzywych dynamicznych wyświetlanych jednocześnie na ekranie | TAK |  |  |
| 90 | Zasilanie sieciowe dostosowane do 230V / 50 Hz. Wewnętrzny akumulator, wymienialny przez użytkownika, pozwalający na minimum 100 minut pracy w konfiguracji EKG, NIBP, SpO2. | TAK |  |  |
| 91 | Cicha praca urządzenia – chłodzenie konwekcyjne bez stosowania wentylatorów | TAK |  |  |
| 92 | Wyposażenie w złącza wejścia/wyjścia: |  |  |  |
|  | 1.co najmniej 2 gniazda USB do podłączenia klawiatury, myszki komputerowej, skanera kodów paskowych, gniazdo do podłączenia ekranu kopiującego, | TAK |  |  |
|  | 2.gniazdo RJ-45 do połączenia z siecią monitorowania. | TAK |  |  |
|  | **MIERZONE PARAMETRY** |  |  |  |
| 93 | **EKG** - pomiar częstości akcji serca. Zakres minimum 30 - 300/min. Ustawianie prędkości przesuwu krzywej EKG do wyboru co najmniej: 6.25; 12.5; 25; 50 mm/s. Ustawianie wzmocnienia krzywej EKG do wyboru co najmniej: x0.125; x0.25; 0.5; x1; x2; x4; auto. | TAK |  |  |
| 94 | Monitorowanie do 7 odprowadzeń jednocześnie | TAK | Monitorowanie do 8 odprowadzeń jednocześnie:  TAK – 2 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 95 | W komplecie z monitorem przewód EKG z kompletem 5 końcówek | TAK |  |  |
| 96 | Analiza arytmii – wykrywanie co najmniej 23 kategorii zaburzeń rytmu w tym VF, ASYS, BRADY, TACHY, AF | TAK |  |  |
| 97 | Monitor wyposażony w funkcję analizującą jednocześnie sygnał ekg oraz sygnał krzywej pletyzmograficznej w celu uzyskania dokładniejszych wyników analizy arytmii i pomiarów częstości tętna | TAK |  |  |
| 98 | Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR, ST, QT i arytmii: statystyka dot. częstości akcji serca, statystyka zdarzeń arytmii, statystyka pomiarów QT/QTc, statystyka maksymalnych i minimalnych wartości odcinka ST dla poszczególnych odprowadzeń, statystyka dot. danych stymulatora. | TAK |  |  |
| 99 | Analiza odcinka ST – jednoczesny pomiar odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach w zakresie co najmniej od -2,0 do +2,0 mV | TAK |  |  |
| 100 | Analiza zmian odcinka QT oraz obliczanie wartości QTc wg. co najmniej czterech wzorów | TAK |  |  |
| 101 | Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych. | TAK |  |  |
| 102 | **RESP** – pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną. Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 5 do 200 R/min. Możliwość wyboru odprowadzeni do monitorowania respiracji. Wybór prędkości przesuwu krzywych co najmniej 3; 6.25; 12,5; 25; 50 mm/s. | TAK |  |  |
| 103 | Saturacja (**SpO2**). Zakres pomiarowy %SpO2 0-100%. Zakres pomiarowy częstości pulsu co najmniej 20-300 P/min. Jednoczesne wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości % saturacji, częstości pulsu i wskaźnika perfuzji. Alarm desaturacji. W komplecie z monitorem przewód interfejsowy oraz czujnik SpO2 na palec. | TAK |  |  |
| 104 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia (**NIPC**) metoda oscylometryczna. Zakres pomiarowy co najmniej od 10 do 290 mmHg. Pomiar ręczny, automatyczny i ciągły. Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem co najmniej 1–480 minut. Pomiar sekwencyjny składający się z co najmniej 4 faz, z indywidualnym ustawianiem czasu trwania oraz interwału dla każdej fazy. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej. Funkcja stazy. Funkcja wstępnego ustawiania ciśnienia pompowania mankietu. Pomiar częstości pulsu wraz z nieinwazyjnym ciśnieniem co najmniej w zakresie od 30 do 300 P/min. | TAK |  |  |
| 105 | W komplecie z monitorem przewód oraz po dwa mankiety w rozmiarach: małym, średnim i dużym. | TAK |  |  |
| 106 | **Pomiar temperatury**, dwa tory pomiarowe. Wyświetlanie **T1, T2** oraz różnicy między nimi. | TAK |  |  |
| 107 | W komplecie z monitorem czujniki temperatury dla dorosłych powierzchniowy i centralny. | TAK |  |  |
| 108 | Ustawianie granic alarmowych przez użytkownika oraz funkcja automatycznego ustawiania granic alarmowych na podstawie bieżących wartości parametrów. Ustawianie głośności alarmowania (co najmniej 5 poziomów do wyboru). Ustawianie wzorców sygnalizacji alarmowej (co najmniej 3 wzorce do wyboru). | TAK |  |  |
| 109 | Przynajmniej 120-godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów, w postaci tabel i wykresów z rozdzielczością od 1 minuty. | TAK |  |  |
| 110 | Zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (funkcja full dislosure) – pamięć co najmniej 12 godzin. | TAK |  |  |
| 111 | Zapamiętywanie co najmniej 1000 zdarzeń alarmowych (krzywe i odpowiadające im wartości parametrów). | TAK |  |  |
| 112 | Monitor wyposażony w funkcje obliczeń dawki (lekowych), hemodynamicznych, natlenienia, nerkowych i wentylacji. | TAK |  |  |
| 113 | Monitor wyposażony w funkcję wprowadzania danych i obliczania punktacji wczesnego ostrzegania EWS | TAK |  |  |
| 114 | Monitor wyposażony w funkcję oceny stanu świadomości wg. skali Glasgow (GCS) – wprowadzanie danych, wyświetlanie punktacji łącznej i podrzędnej oraz ustawianie odstępu czasowego w jakim mają być wprowadzane dane. | TAK |  |  |
| 115 | Monitor przystosowany do pracy w sieci | TAK |  |  |
|  | a)współpracy z opisaną poniżej stacją centralnego nadzoru oraz opisanymi powyżej monitorami modułowymi, | TAK |  |  |
|  | b)możliwość podłączenia do monitora, bez pośrednictwa centrali, sieciowej drukarki laserowej i wykonywania wydruków na standardowym papierze formatu A4: krzywych dynamicznych oraz trendów graficznych i tabelarycznych. | TAK |  |  |
| 116 | Funkcja „standby”, pozwalająca na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączania monitora, oraz na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania. | TAK |  |  |
| 117 | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | TAK |  |  |
| 118 | Funkcja eliminacji fałszywych alarmów arytmii poprzez jednoczesną analizę i porównanie sygnałów EKG i SpO2 | TAK |  |  |
| 119 | Statyw na co najmniej pięciu kółkach wyposażonych w hamulce z półką do montażu monitora i koszykiem na akcesoria | TAK |  |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................** | | | | |
|  | **Stanowisko centralnego nadzoru** |  |  |  |
| 120 | Stacja centralnego monitorowania umożliwiająca podłączenie do 64 stanowisk monitorowania bez konieczności rozbudowywania oprogramowania o dodatkowe opcje | TAK |  |  |
| 121 | Jednoczesny podgląd parametrów ze wszystkich podłączonych do centrali monitorów pacjenta z funkcją indywidualnej konfiguracji pól poszczególnych monitorów (ilość i układ krzywych oraz wartości parametrów) | TAK |  |  |
| 122 | Możliwość pełnego podglądu wybranego monitor pacjenta (wszystkie krzywe i wartości parametrów) | TAK |  |  |
| 123 | Zestaw akcesoriów sieciowych do podłączenia 31 opisanych powyżej monitorów pacjenta | TAK |  |  |
| 124 | Centrala zainstalowana na komputerze All-in-One z ekranem o przekątnej co najmniej 23”, połączonym z dodatkowym ekranem o przekątnej co najmniej 23” | TAK |  |  |
| 125 | Dodatkowo dostępna kopia obrazu centrali na dwóch ekranach każdy o przekątnej co najmniej 32”, do zainstalowania w miejscu wskazanym przez użytkownika w obrębie oddziału | TAK |  |  |
| 126 | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych łóżek, z identyfikacją alarmującego łóżka. Wyciszanie alarmów i uruchamianie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego z poziomu centrali. | TAK |  |  |
| 127 | Wyświetlanie alarmów technicznych w formie graficznej, ułatwiające szybką identyfikację problemu | TAK |  |  |
| 128 | Wyświetlanie na ekranie centrali analizy załamka ST w formie graficznej, pokazujący w czasie rzeczywistym odchylenie wartości ST od linii odniesienia. | TAK |  |  |
| 129 | Centrala wyposażona w funkcję obliczeń lekowych, hemodynamicznych, wentylacyjnych, nerkowych | TAK |  |  |
| 130 | Wpisywanie danych demograficznych pacjenta w centrali i w monitorach | TAK |  |  |
| 131 | Pamięć stanów krytycznych (alarmów i arytmii i innych zdarzeń, z zapisem odcinków krzywych dynamicznych i wartości liczbowych) - minimalna liczba zdarzeń: 3000/pacjenta | TAK |  |  |
| 132 | Pamięć ciągłego zapisu monitorowanych przebiegów falowych (EKG+inne) - z ostatnich min. 240 godzin | TAK |  |  |
| 133 | Trendy tabelaryczne: pamięć z ostatnich min. 240 godzin | TAK |  |  |
| 134 | Możliwość wyświetlenia na ekranie centrali danych z zewnętrznych urządzeń peryferyjnych (np. respiratory) podłączonych do monitora pacjenta. | TAK |  |  |
| 135 | Możliwość podglądu wybranego monitora pacjenta na dowolnym komputerze PC z oprogramowaniem Windows podłączonym do wspólnej sieci ze stacją centralnego monitorowania. Podgląd za pomocą dedykowanego oprogramowania producenta oprogramowania centrali. | TAK |  |  |
| 136 | Drukarka laserowa do wydruków trendów i raportów na standardowym papierze A4; wbudowane łącze do sieci Ethernet | TAK |  |  |
| 137 | Podtrzymanie zasilania elektrycznego każdego stanowiska monitorowania centralnego (UPS) min. 20 min. | TAK |  |  |
| 138 | Funkcja ustawiania trybu prywatnego z poziomu centrali indywidualnie w poszczególnych monitorów pacjenta | TAK |  |  |
| 139 | Funkcja ustawiania trybu prywatnego z poziomu centrali we wszystkich monitorach pacjenta jednocześnie | TAK |  |  |
| 140 | Funkcja zdalnego programowania układu krzywych i wartości parametrów na wybranym monitorze pacjenta | TAK |  |  |
| 141 | Funkcja ustawiania trybu nocnego z poziomu centrali indywidualnie w poszczególnych monitorów pacjenta | TAK |  |  |
| 142 | Funkcja ustawiania trybu nocnego z poziomu centrali we wszystkich monitorach pacjenta jednocześnie | TAK |  |  |
| 143 | Możliwość przyszłej integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi klasy HIS co najmniej w zakresie importowania danych ADT (przyjęcia i wypisy pacjentów) | TAK |  |  |
| 144 | Możliwość rozbudowy centrali o funkcję podglądu parametrów monitorowanych pacjentów na telefonach komórkowych oraz tabletach wyposażonych w system operacyjny Android lub iOS |  | TAK- 2 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
| **Nazwa / Model …..................................................**  **Producent ….........................................................**  **Wytwórca / typ …...............................................**  **Kraj pochodzenia …..........................................**  **Rok produkcji: (**nie wcześniej niż2022) **…..............................** | | | | |
|  | **Monitor funkcji życiowych** |  |  |  |
| 145 | Monitor fabrycznie nowy | TAK |  |  |
| 146 | Aparat przeznaczony do monitorowania nieinwazyjnego ciśnienia krwi, saturacji krwi, częstości pulsu oraz temperatury u dorosłych i dzieci. | TAK |  |  |
| 147 | Monitor umieszczony na stabilnym statywie jezdnym, z możliwością zablokowania wszystkich kół. Koszyk z przegródkami na akcesoria znajdujący się na statywie | TAK |  |  |
| 148 | Całkowita waga aparatu max. 3,5 kg | TAK |  |  |
| 149 | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 8 cali i rozdzielczości min. 1024 x 768 pikseli | TAK |  |  |
| 150 | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej sześciu parametrów | TAK |  |  |
| 151 | Praca minimum w dwóch trybach: pomiar punktowy, monitorowanie ciągłe | TAK |  |  |
| 152 | Zasilanie urządzenia sieciowe (100–240 V, AC 50–60 Hz) i z wbudowanego akumulatora | TAK |  |  |
| 153 | Akumulator litowo-jonowy o czasie ładowania do pełnej pojemności max. 4 godz., pozwalający na min. 450 minut pracy. | TAK |  |  |
| 154 | Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na ekranie | TAK |  |  |
| 155 | Chłodzenie konwekcyjne | TAK |  |  |
| 156 | Oprogramowanie w języku polskim. | TAK |  |  |
| 157 | Możliwość ustawienia domyślnego pomiaru ciśnienia krwi podczas inflacji lub deflacji mankietu | TAK |  |  |
| 158 | Pomiar ciśnienia krwi w trakcie inflacji mankietu. Czas określania ciśnienia tętniczego nie dłuższy niż 20 sek. | TAK |  |  |
| 159 | Pomiar ciśnienia krwi w trakcie deflacji mankietu. Czas określania ciśnienia tętniczego do 60 sekund. | TAK |  |  |
| 160 | Zakres pomiaru ciśnienia skurczowego: min. od 25 do 290 mmHg | TAK |  |  |
| 161 | Zakres pomiaru ciśnienia rozkurczowego: min. od 10 do 250 mmHg | TAK |  |  |
| 162 | Zakres pomiaru ciśnienia średniego: min. od 15 do 260 mmHg | TAK |  |  |
| 163 | Dokładność pomiaru zgodna ze standardem ANSI/AAMI SP10:2002 lub równoważnym. | TAK |  |  |
| 164 | Funkcja stazy żylnej | TAK |  |  |
| 166 | Pomiar SPO2 w zakresie min. 70 – 100% | TAK |  |  |
| 167 | Pomiar częstości tętna w zakresie min 20-300 ud/min. | TAK |  |  |
| 168 | Możliwość rozbudowy o pomiar częstości oddechów przy użyciu naplacowego czujnika saturacji w zakresie min. od 4 do 70 odd./min. | TAK |  |  |
| 169 | Wyświetlanie wartości liczbowej saturacji, krzywej pletyzmograficznej, wskaźnika perfuzji, częstości tętna | TAK |  |  |
| 170 | Pomiar temperatury za pomocą bezdotykowego termometru skroniowego w zakresie min. 33°C do 42°C, z dokładnością co najmniej 0,3°C | TAK |  |  |
| 171 | Pamięć do 5000 grup w trybie SPOT, do 240 godzin w trybie monitorowania ciągłego, do 200 zdarzeń (wliczając zdarzenia alarmowe) | TAK |  |  |
| 172 | Automatyczne nadpisywanie najstarszych rekordów po przepełnieniu pamięci aparatu | TAK |  |  |
| 173 | Możliwość ręcznego wpisywania do 50 dodatkowych parametrów | TAK |  |  |
| 174 | Trzy poziomy ważności alarmów, realizowane w zależności od stanu pacjenta (alarm wysokiego priorytetu, średniego priorytetu, niskiego priorytetu) | TAK |  |  |
| 175 | Możliwość wygenerowania indywidualnego kodu administratora/użytkownika do personalizacji parametrów przez użytkownika | TAK |  |  |
| 176 | Możliwość import danych do aparatu dotyczących konfiguracji i ustawień aparatu | TAK |  |  |
| 177 | Możliwość eksportu danych klinicznych pacjenta do zewnętrznego nośnika danych | TAK |  |  |
| 178 | Możliwość rozbudowy o przesyłanie danych do sieci informatycznej szpitala poprzez protokół HL7. | TAK |  |  |
| 179 | W zestawie z aparatem: - przewód połączeniowy do czujników SpO2; - czujnik SpO2 na palec w rozmiarze dla dorosłych; - rura połączeniowa do mankietów; - mankiet NIBP w rozmiarze dla dorosłych; - termometr bezdotykowy skroniowy | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać** (Zamawiający wymaga min. jednego przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 (część 7)**

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 7 Kardiomonitory dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** | |
| **1** | Monitor kompaktowy. Wyposażony w uchwyt do przenoszenia. Masa monitora max. 4 kg. | TAK |  | |
| **2** | Kolorowy pojedynczy ekran w postaci płaskiego panelu LCD TFT o przekątnej minimum 12", rozdzielczości co najmniej 1200x800 pikseli i dużym kącie widzenia (powyżej 160o). | TAK |  | |
| **3** | Kardiomonitor wyposażony w ekran o dużym kącie widzenia (powyżej 160o). | TAK/NIE |  | |
| **4** | Opisy i komunikaty ekranowe w języku polskim. Fabrycznie skonfigurowane co najmniej trzy układy ekranu. | TAK |  | |
| **5** | Obsługa poprzez ekran dotykowy z funkcją obsługi gestów. | TAK/NIE |  | |
| **6** | Min. 6 krzywych dynamicznych wyświetlanych jednocześnie na ekranie | TAK |  | |
| **7** | Zasilanie sieciowe dostosowane do 230V / 50 Hz. Wewnętrzny akumulator, wymienialny przez użytkownika, pozwalający na minimum 120 minut pracy w konfiguracji EKG, NIBP, SpO2. | TAK |  | |
| **8** | Cicha praca urządzenia – chłodzenie konwekcyjne bez stosowania wentylatorów | TAK |  | |
| **9** | Wyposażenie w złącza wejścia/wyjścia: wyjście do podłączenia ekranu kopiującego, co najmniej 2 gniazda USB do podłączenia klawiatury, myszki komputerowej, skanera kodów paskowych, gniazdo RJ-45 do połączenia z siecią monitorowania. | TAK |  | |
| **10** | **EKG** - pomiar częstości akcji serca. Zakres minimum 20 - 300/min. Ustawianie prędkości przesuwu krzywej EKG do wyboru co najmniej: 6.25; 12.5; 25; 50 mm/s. Ustawianie wzmocnienia krzywej EKG do wyboru co najmniej: x0.125; x0.25; 0.5; x1; x2; x4; auto. | TAK |  | |
| **11** | Monitorowanie do 7 odprowadzeń jednocześnie | TAK |  | |
| **12** | W komplecie z monitorem przewód EKG z kompletem 5 końcówek | TAK |  | |
| **13** | Analiza arytmii – wykrywanie co najmniej 24 kategorii zaburzeń rytmu w tym VF, ASYS, BRADY, TACHY, AF | TAK |  | |
| **14** | Funkcja eliminacji fałszywych alarmów arytmii poprzez jednoczesną analizę sygnałów EKG i SpO2 | TAK |  | |
| **15** | Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR, ST, QT i arytmii: statystyka dot. częstości akcji serca, statystyka zdarzeń arytmii, statystyka pomiarów QT/QTc, statystyka maksymalnych i minimalnych wartości odcinka ST dla poszczególnych odprowadzeń, statystyka dot. danych stymulatora. | TAK |  | |
| **16** | Analiza odcinka ST – jednoczesny pomiar odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach w zakresie co najmniej od -2,5 do +2,5 mV. Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami. Tryb alarmowania ST w oparciu wartości bezwzględne oraz względne w stosunku do linii odniesienia. W przypadku trybu alarmowania w oparciu o wartości bezwzględne możliwość ustawienia granic alarmowych dla pojedynczego ST oraz dla dwóch ST. | TAK |  | |
| **17** | Analiza zmian odcinka QT oraz obliczanie wartości QTc wg. co najmniej 4 wzorów obliczeniowych. | TAK |  | |
| **18** | **RESP** – pomiar częstości oddechu metodą impedancyjną. Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 5 do 200 R/min. Możliwość wyboru odprowadzeni do monitorowania respiracji. Wybór prędkości przesuwu krzywych co najmniej 3; 6.25; 12,5; 25; 50 mm/s. | TAK |  | |
| **19** | Saturacja (**SpO2**). Zakres pomiarowy %SpO2 0-100%. Zakres pomiarowy częstości pulsu co najmniej 20-300 P/min. Jednoczesne wyświetlanie krzywej pletzymograficznej oraz wartości % saturacji, częstości pulsu i wskaźnika perfuzji. Wyświetlanie statystyk pomiaru SpO2 w postaci wykresów słupkowych. Alarm desaturacji. W komplecie z monitorem przewód interfejsowy oraz czujnik SpO2 na palec. | TAK |  | |
| **20** | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia (**NIPC**) metoda oscylometryczna. Pomiar ręczny, automatyczny i ciągły (powtarzające się pomiary w czasie co najmniej 4 min). Zakres pomiaru ciśnienia skurczowego co najmniej od 30 do 290 mmHg. Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem co najmniej 1–480 minut. Pomiar sekwencyjny składający się z co najmniej 4 faz, z indywidualnym ustawianiem czasu trwania oraz interwału dla każdej fazy. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej. Funkcja stazy. Funkcja wstępnego ustawiania ciśnienia pompowania mankietu. Pomiar częstości pulsu wraz z nieinwazyjnym ciśnieniem co najmniej w zakresie od 30 do 300 P/min. | TAK |  | |
| **21** | Funkcja analizy NIBP z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach ciśnienia: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej za dnia, maksymalnej w nocy, minimalnej za dnia, minimalnej w nocy oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów). | TAK |  | |
| **22** | W komplecie z monitorem przewód i dwa mankiety dla dorosłych w dwóch rozmiarach. | TAK |  | |
| **23** | W komplecie z monitorem powierzchniowy czujnik temperatury dla dorosłych. | TAK |  | |
| **24** | Ustawianie granic alarmowych przez użytkownika oraz funkcja automatycznego ustawiania granic alarmowych na podstawie bieżących wartości parametrów. Ustawianie głośności alarmowania (co najmniej 10 poziomów do wyboru). Ustawianie wzorców sygnalizacji alarmowej (co najmniej 3 wzorce do wyboru). | TAK |  | |
| **25** | Przynajmniej 60-godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów, w postaci tabel i wykresów z rozdzielczością od 1 minuty. | TAK |  | |
| **26** | Zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym – pamięć co najmniej 24 godzin. | TAK |  | |
| **27** | Zapamiętywanie co najmniej 500 zdarzeń alarmowych. | TAK |  | |
| **28** | Monitor wyposażony w funkcję wprowadzania danych i obliczania punktacji wczesnego ostrzegania EWS | TAK/NIE |  | |
| **29** | Monitor wyposażony w funkcję oceny stanu świadomości wg. skali Glasgow (GCS) – wprowadzanie danych, wyświetlanie punktacji łącznej i podrzędnej oraz ustawianie odstępu czasowego w jakim mają być wprowadzane dane. | TAK/NIE |  | |
| **30** | Monitor przystosowany do pracy w sieci | TAK |  | |
| **31** | Możliwość współpracy ze stacją centralnego nadzoru | TAK |  | |
| **32** | Możliwość podłączenia do monitora, bez pośrednictwa centrali, sieciowej drukarki laserowej i wykonywania wydruków na standardowym papierze formatu A4: krzywych dynamicznych oraz trendów graficznych i tabelarycznych. | TAK |  | |
| **33** | Funkcja „standby”, pozwalająca na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączania monitora, oraz na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania. | TAK |  | |
| **34** | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | TAK |  | |
| **35** | Statyw na kółkach z półką do mocowania monitora | TAK |  | |
| **Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**  **Producent (podać): …………………………………………………………………………...**  **Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...** | | | | |
|  | **Stanowisko centralnego nadzoru – 1 sztuka** | | | |
| **1** | Stacja centralnego monitorowania umożliwiająca podłączenie min 20 stanowisk monitorowania bez konieczności rozbudowywania oprogramowania o dodatkowe opcje | TAK |  | |
| **2** | Jednoczesny podgląd parametrów ze wszystkich podłączonych do centrali monitorów pacjenta z funkcją indywidualnej konfiguracji pól poszczególnych monitorów (ilość i układ krzywych oraz wartości parametrów) | TAK |  | |
| **3** | Możliwość pełnego podglądu wybranego monitor pacjenta (wszystkie krzywe i wartości parametrów) | TAK |  | |
| **4** | Zestaw akcesoriów sieciowych do podłączenia 31 opisanych powyżej monitorów pacjenta | TAK |  | |
| **5** | Centrala zainstalowana na komputerze z ekranem o przekątnej co najmniej 23”, połączonym z dodatkowym ekranem o przekątnej co najmniej 23” | TAK |  | |
| **6** | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych łóżek, z identyfikacją alarmującego łóżka. Wyciszanie alarmów i uruchamianie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego z poziomu centrali. | TAK |  | |
| **7** | Wyświetlanie alarmów technicznych w formie graficznej, ułatwiające szybką identyfikację problemu | TAK |  | |
| **8** | Wyświetlanie na ekranie centrali analizy załamka ST w formie graficznej, pokazujący w czasie rzeczywistym odchylenie wartości ST od linii odniesienia. | TAK |  | |
| **9** | Wpisywanie danych demograficznych pacjenta w centrali i w monitorach | TAK |  | |
| **10** | Pamięć stanów krytycznych (alarmów i arytmii i innych zdarzeń, z zapisem odcinków krzywych dynamicznych i wartości liczbowych) - minimalna liczba zdarzeń: 3000/pacjenta | TAK |  | |
| **11** | Pamięć ciągłego zapisu monitorowanych przebiegów falowych (EKG+inne) - z ostatnich min. 240 godzin | TAK |  | |
| **12** | Trendy tabelaryczne: pamięć z ostatnich min. 200 godzin | TAK |  | |
| **13** | Możliwość wyświetlenia na ekranie centrali danych z zewnętrznych urządzeń peryferyjnych (np. respiratory) podłączonych do monitora pacjenta. | TAK |  | |
| **14** | Możliwość podglądu wybranego monitora pacjenta na dowolnym komputerze PC z oprogramowaniem Windows podłączonym do wspólnej sieci ze stacją centralnego monitorowania. Podgląd za pomocą dedykowanego oprogramowania producenta oprogramowania centrali. | TAK |  | |
| **15** | Drukarka laserowa do wydruków trendów i raportów na standardowym papierze A4; wbudowane łącze do sieci Ethernet | TAK |  | |
| **16** | Podtrzymanie zasilania elektrycznego każdego stanowiska monitorowania centralnego (UPS) min. 20 min. | TAK |  | |
| **17** | Funkcja ustawiania trybu prywatnego z poziomu centrali indywidualnie w poszczególnych monitorów pacjenta | TAK |  | |
| **18** | Funkcja ustawiania trybu nocnego z poziomu centrali indywidualnie w poszczególnych monitorów pacjenta | TAK |  | |
| **19** | Funkcja ustawiania trybu nocnego z poziomu centrali we wszystkich monitorach pacjenta jednocześnie | TAK |  | |
| **20** | Możliwość przyszłej integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi klasy HIS co najmniej w zakresie importowania danych ADT (przyjęcia i wypisy pacjentów) | TAK |  | |
| **21** | Możliwość rozbudowy centrali o funkcję podglądu parametrów monitorowanych pacjentów na telefonach komórkowych oraz tabletach wyposażonych w system operacyjny Android lub iOS | TAK/NIE |  | |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** | |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** | |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** | |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** | |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** | |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** | |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** | |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) | |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** | |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 ( część 8)**

**Wypełniony należy złożyć do oferty**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 8 Defibrylatory dla Oddziału Kardiologicznego** **i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Defibrylatory dla Oddziału Kardiologicznego**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis Parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Urządzenie przenośne o wadze maks. 6.9 kg (z łyżkami dla dzieci i dorosłych), wbudowany uchwyt do przenoszenia | TAK |  |
| 2 | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą przy zasilaniu bateryjnym oraz sieciowym 230VAC - min. klasa IP22 wg IEC529) | TAK |  |
| 3 | Automatyczny codzienny test gotowości nie wymagający włączania defibrylatora – na panelu czołowym wskaźnik / kontrolka informująca o stanie aparatu (sprawny / niesprawny) oraz automatyczny wydruk wyników autotestu. | TAK |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 230V 50 Hz | TAK |  |
| 5 | Zasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy:  - min. 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub  - min. 100 defibrylacji z maksymalną energiąZasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy:  - min. 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub  - min. 100 defibrylacji z maksymalną energiąZasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy:  - min. 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub  - min. 100 defibrylacji z maksymalną energiąZasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy:  - min. 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub  - min. 100 defibrylacji z maksymalną energią | TAK |  |
| 6 | Defibrylacja manualna, dwufazowy niskoenergetyczny, stałoczasowy impuls defibrylacyjny, regulacja energii w zakresie min. 1 - 200 J | TAK |  |
| 7 | Programowanie ustawień energii dla 1, 2 i 3 wyładowania w zakresie min. 1 – 200J (dotyczy pacjentów dorosłych i dzieci). | TAK |  |
| 8 | Automatyczna zmiana protokołu defibrylacji na pediatryczny (ograniczenie poziomów energii) po podłączeniu elektrod pediatrycznych | TAK |  |
| 9 | Tryb manualnej defibrylacji nadzorowanej – funkcja ręcznego uruchomienia analizy EKG w celu określenia zaleceń do defibrylacji, automatyczne ładowanie do ustawionej energii po wykryciu rytmu defibrylacyjnego | TAK |  |
| 10 | Kardiowersja elektryczna – synchronizacja z zapisem EKG z łyżek, elektrod, kabla EKG, znacznik synchronizacji widoczny nad załamkiem R elektrokardiogramu | TAK |  |
| 11 | Czas ładowania do energii maksymalnej poniżej 7 sekund | TAK |  |
| 12 | Minimum 19 dostępnych poziomów energii defibrylacji zewnętrznej | TAK |  |
| 13 | Łyżki defibrylacyjne dla dzieci i dorosłych zintegrowane. | TAK |  |
| 14 | Pełne sterowanie za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach  defibrylacyjnych (wybór poziomu energii, ładowanie, wyzwolenie wstrząsu, start/ stop wydruku)Pełne sterowanie za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach  defibrylacyjnych (wybór poziomu energii, ładowanie, wyzwolenie wstrząsu, start/ stop wydruku)Pełne sterowanie za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach  defibrylacyjnych (wybór poziomu energii, ładowanie, wyzwolenie wstrząsu, start/ stop wydruku) | TAK |  |
| 15 | Monitorowanie EKG z 3 lub 5 odprowadzeń | TAK |  |
| 16 | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 /min. | TAK |  |
| 17 | Wzmocnienie sygnału EKG w zakresie min. 0,5-3,0 cm/mV | TAK |  |
| 18 | Wykrywanie i wyświetlanie impulsów stymulatora implantowanego | TAK |  |
| 19 | Funkcja analizy arytmii u dzieci poniżej 8 roku życia, automatyczne  przełączenie na pediatryczny algorytm analizy EKG po podłączeniu elektrod pediatrycznych, zapewniający prawidłowe zalecenie wykonania lub niewykonania defibrylacji, Funkcja analizy arytmii u dzieci poniżej 8 roku życia, automatyczne  przełączenie na pediatryczny algorytm analizy EKG po podłączeniu elektrod pediatrycznych, zapewniający prawidłowe zalecenie wykonania lub niewykonania defibrylacji, Funkcja analizy arytmii u dzieci poniżej 8 roku życia, automatyczne  przełączenie na pediatryczny algorytm analizy EKG po podłączeniu elektrod pediatrycznych, zapewniający prawidłowe zalecenie wykonania lub niewykonania defibrylacji, | TAK |  |
| 20 | Funkcja monitorowania RKO, z informacją zwrotną w czasie rzeczywistym o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć, zgodnie z Wytycznymi Resuscytacji | TAK |  |
| 21 | Podczas resuscytacji z zastosowaniem elektrod dla dorosłych: pomiary  i wyświetlanie na ekranie w formie liczbowej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć oraz graficzny wskaźnik relaksacji klatki piersiowej Podczas resuscytacji z zastosowaniem elektrod dla dorosłych: pomiary  i wyświetlanie na ekranie w formie liczbowej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć oraz graficzny wskaźnik relaksacji klatki piersiowej Podczas resuscytacji z zastosowaniem elektrod dla dorosłych: pomiary  i wyświetlanie na ekranie w formie liczbowej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć oraz graficzny wskaźnik relaksacji klatki piersiowej | TAK |  |
| 22 | Podczas resuscytacji z zastosowaniem elektrod pediatrycznych: pomiary i wyświetlanie na ekranie w formie liczbowej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć oraz upływu czasu od ostatniego uciśnięcia | TAK |  |
| 23 | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej zgodnie z Wytycznymi Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej | TAK |  |
| 24 | Wyświetlanie na ekranie krzywej uciśnięć klatki piersiowej z wyraźnym znacznikiem zalecanej głębokości uciśnięć | TAK |  |
| 25 | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego  przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej i wstępną ocenę rytmu serca bez przerywania uciśnięćFiltr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego  przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej i wstępną ocenę rytmu serca bez przerywania uciśnięćFiltr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego  przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej i wstępną ocenę rytmu serca bez przerywania uciśnięć | TAK |  |
| 26 | Możliwość stymulacji dzieci i dorosłych w trybach asynchronicznym i „na żądanie” | TAK |  |
| 27 | Stałoprądowy, prostokątny impuls stymulacji o stałym czasie trwania 40 ms +/- 2 ms | TAK |  |
| 28 | Częstość stymulacji regulowana w zakresie min. 30-180 imp/min | TAK |  |
| 29 | Prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 0-140 mA | TAK |  |
| 30 | Ekran kolorowy LCD / TFT o przekątnej min. 6,5” | TAK |  |
| 31 | Prezentacja na ekranie min. 3 kanałów dynamicznych | TAK |  |
| 32 | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm | TAK |  |
| 33 | Pamięć wewnętrzna min. 350 zdarzeń z fragmentami zapisu EKG | TAK |  |
| 34 | Zapis w pamięci wewnętrznej wyników autotestów, z podaniem daty  i godziny testuZapis w pamięci wewnętrznej wyników autotestów, z podaniem daty  i godziny testu | TAK |  |
| 35 | Możliwość transferu danych/raportów do urządzenia zewnętrznego:  - przez zewnętrzną kartę pamięci lub  - WiFi  Możliwość transferu danych/raportów do urządzenia zewnętrznego:  - przez zewnętrzną kartę pamięci lub  - WiFi | TAK |  |
| 36 | Możliwość rozbudowy funkcjonalnej: moduł transmisji bezprzewodowej Wi-Fi bez ingerencji serwisu | TAK |  |
| 37 | Dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 38 | Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski, załączyć autoryzację producenta | TAK |  |
| 39 | Okres gwarancji 24 miesiące | TAK |  |
| 40 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 41 | Stojak na defibrylator na pięciu kółkach . zawierający jedna półkę , jeden koszyk na akcesoria ,uchwyt do prowadzenia | TAK |  |

**Defibrylator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
| **1** | Fabrycznie nowy, nieużywany, niedemonstracyjny, niepowystawowy, przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym | TAK |  |
| **2** | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji (tryb manualny oraz AED) | TAK |  |
| **3** | Masa defibrylatora wyposażonego w łyżki do defibrylacji zewnętrznej, akumulator, rejestrator – max. 8 kg | TAK |  |
| **4** | Aparat odporny na zalanie wodą - min. klasa IP44 | TAK |  |
| **5** | Defibrylator odporny na upadek z wysokości min. 60 cm | TAK |  |
| **6** | Temperatura pracy: min od 0 do +40ºC | TAK |  |
| **7** | Uchwyt na ramę łóżka | TAK |  |
| **8** | Opisy na urządzeniu, menu oraz komunikacja z użytkownikiem w języku polskim. | TAK |  |
| **9** | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie poniżej 4 godzin | TAK |  |
| **10** | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci | TAK |  |
| **11** | Wbudowany akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi, ze wskaźnikiem stopnia jego naładowania. | TAK |  |
| **12** | Czas pracy na akumulatorze min. 250 minut monitorowania | TAK |  |
| **13** | Możliwość wykonania min. 200 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach | TAK |  |
| **14** | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230V (zintegrowany zasilacz) | TAK |  |
| **15** | Programowanie automatycznie, codziennie wykonywanego testu bez włączenia defibrylatora przy zamontowanym akumulatorze, łyżkach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test). Możliwość ustawienia pełnej godziny wykonania testu w zakresie 1:00 – 24:00. | TAK |  |
| **16** | Wydruk testu potwierdzającego jego wykonanie. Na wydruku: data/godzina, numer seryjny aparatu, wynik testu. Dostępne archiwum przeprowadzonych testów z możliwością ponownego wydruku. | TAK |  |
| **17** | Łączność przewodowa (LAN) z centralą CMS.  Obsługa:  - standardu HL7  - protokołów: TCP/IP (IPv4 i IPv6)  - adresowania IP: dynamicznie i statycznie  - serwerów DNS  - ochrony danych | TAK |  |
| **18** | Przesyłane dane do CMS:   * Informacje o pacjencie * Informacje o urządzeniu * Informacje o konfiguracji * Krzywe * Parametry monitorowania * Alarmy i komunikaty z podpowiedziami * Data i godzina * Tryb pracy * Raportu EKG   Podsumowana testów użytkownika | TAK |  |
| **19** | Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową  Możliwość zarządzania danymi oraz ich przesyłania poprzez obsługę sieci bezprzewodowych WLAN min: 802.11 a/b/g/n (2,4 i 5 GB) | TAK |  |
| **20** | Możliwość rozbudowy o czujnik RKO – czujnik monitorowania uciśnięć z wyświetlaniem parametrów jakości RKO, w tym krzywej głębokości uciśnięć na ekranie urządzenia | TAK |  |
| **21** | Ekran kolorowy LCD typu TFT o przekątnej minimum 7’’ | TAK |  |
| **22** | Możliwość wyświetlania na ekranie 3 krzywych dynamicznych. | TAK |  |
| **23** | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej | TAK |  |
| **24** | Wbudowana drukarka/rejestrator termiczny | TAK |  |
| **25** | Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm | TAK |  |
| **26** | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych | TAK |  |
| **27** | Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG | TAK |  |
| **28** | Eksport zarchiwizowanych danych za pomocą pamięci typu Pendrive | TAK |  |
| **29** | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
| **30** | Możliwość wykonania kardiowersji. Synchronizacja z zapisem EKG z łyżek, elektrod, kabla EKG, znacznik synchronizacji widoczny nad załamkiem R elektrokardiogramu | TAK |  |
| **31** | Defibrylacja synchroniczna: maksymalny czas od chwili wykrycia fali R do chwili wyładowania impulsu defibrylacyjnego do 25 ms | TAK |  |
| **32** | Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J | TAK |  |
| **33** | Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji | TAK |  |
| **34** | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej. Dostępne min. 3 rozmiary łyżek: dla pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków. | TAK |  |
| **35** | Możliwość wykonania defibrylacji tylko przy zasilaniu z sieci elektrycznej (np. przy uszkodzonym akumulatorze). | TAK |  |
| **36** | Czas ładowania do energii 200J max. 3 sekund | TAK |  |
| **37** | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodnie z aktualnymi wytycznymi PRC/ERC/AHA | TAK |  |
| **38** | Możliwość aktualizacji protokołu AED | TAK |  |
| **39** | Energia defibrylacji w trybie AED dla dzieci i dorosłych w zakresie min. od 10 do 360J | TAK |  |
| **40** | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J | TAK |  |
| **41** | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych. W zestawie komplet elektrod radiotransparentnych dla dorosłych (o wadze min. 25 kg). | TAK |  |
| **42** | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej | TAK |  |
| **43** | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych | TAK |  |
| **44** | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii. | TAK |  |
| **45** | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta dostępny na łyżkach i na ekranie defibrylatora. | TAK |  |
| **46** | Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń | TAK |  |
| **47** | Analiza arytmii - algorytm uwzględniający wiek pacjenta | TAK |  |
| **48** | Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-300 B/min. | TAK |  |
| **49** | Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; auto | TAK |  |
| **50** | Wybór odprowadzeń z: elektrod ekg, łyżek defibrylacyjnych, jednorazowych elektrod do defibrylacji/stymulacji | TAK |  |
| **51** | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora - CF | TAK |  |
| **52** | Złącze - wejście synchronizujące sygnał ekg z zewnętrznego kardiomonitora dowolnego producenta | TAK |  |
| **53** | Pomiar respiracji metodą impedancyjną | TAK |  |
| **54** | Zakres pomiaru od min. 0-200 odd./min. z rozdzielczością 1 odd./min. | TAK |  |
| **55** | Czas alarmu bezdechu od min. 10-40 sek. | TAK |  |
| **56** | Wyświetlana krzywa respiracji na ekranie defibrylatora z możliwością wyłączenia | TAK |  |
| **57** | Tryby stymulacji: sztywny oraz na żądanie | TAK |  |
| **58** | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA | TAK |  |
| **59** | Zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp./min | TAK |  |
| **60** | Możliwość ustawienia czasu impulsu stymulacyjnego, do wyboru: 20 ms lub 40 ms. | TAK |  |
| **61** | Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów mierzonych | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 ( część 9)**

**Wypełniony należy złożyć do oferty**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 9 Zestaw do prób wysiłkowych z bieżnią dla Oddziału Kardiologicznego**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Parametr  wymagany | Parametr  oferowany |
| **SYSTEM WYSIŁKOWY** | | | |
|  | Oprogramowanie sterujące kompatybilne  z systemem Windows 10 Professional | TAK |  |
|  | Podgląd i rejestracja 12 kanałów EKG na ekranie min. 23” o wysokiej rozdzielczości 1920x1080 pikseli w czasie rzeczywistym. | TAK |  |
|  | Wykonywanie standardowych  12-odprowadzeniowych badań EKG spoczynkowych i wysiłkowych | TAK |  |
|  | Różne formaty wizualizacji i wydruku EKG, m.in.: 3, 6, 6+6 i 12 kanałów | TAK |  |
|  | Analiza EKG obejmująca położenie i nachylenie odcinka ST dla wszystkich odprowadzeń oraz ST/ HRmax | TAK |  |
|  | Wprowadzanie danych o pacjencie i badaniu z wykorzystaniem podręcznych wykazów, np.: leków, wskazań, powodów zakończenia testu, objawów | TAK |  |
|  | Automatyczne i ręczne ustawianie punktów pomiarowych dla analizy ST | TAK |  |
|  | Nazwa protokołu, fazy próby, czasu trwania próby i podokresów - wyświetlane podczas całego badania | TAK |  |
|  | Częstość rytmu serca, procentowa wartość ustalonego limitu tętna oraz wartość limitu - wyświetlana podczas całego badania. Możliwość wyboru kryterium określenia tętna maksymalnego, osobno dla kobiet i mężczyzn | TAK |  |
|  | Aktualna prędkość i nachylenie bieżni – wyświetlane podczas całego badania | TAK |  |
|  | Ciągła prezentacja wartości wykonanej pracy i obciążenia | TAK |  |
|  | Prezentacja bieżących zmian położenia ST w odprowadzeniu wybranym przez użytkownika lub w sposób automatyczny wg. kryterium maksymalnego uniesienia, obniżenia, maksymalnej zmiany ST lub indeksu ST/HRmax | TAK |  |
|  | Prezentacja poziomów ST we wszystkich odprowadzeniach w postaci dwukolorowego  wykresu słupkowego z oznaczeniem aktualnej wartości i wartości odniesienia, np. dla początku badania | TAK |  |
|  | Prezentacja uśrednionego QRST na zespole referencyjnym z numerycznym opisem parametrów ST dla 12 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Prezentacja trendów ST, HR, MET, BP w czasie badania z jednoczesnym podglądem bieżącego EKG | TAK |  |
|  | Prezentacja 12 median bieżących | TAK |  |
|  | Prezentacja na ekranie wartości zmierzonego ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądania na ekranie dotychczas zarejestrowanego badania w jego trakcie – okno historii zapisu EKG od początku testu | TAK |  |
|  | Wyznaczanie i prezentacja na ekranie wartości produktu podwójnego | TAK |  |
|  | Analiza arytmii z automatycznym zapisem fragmentu EKG w momencie wystąpienia incydentu | TAK |  |
|  | Możliwość drukowania i zapamiętywania dowolnych przykładów EKG w czasie trwania badania | TAK |  |
|  | Dodawanie i usuwanie przykładów EKG z opisem za pomocą okna historii zapisu EKG w czasie trwania badania | TAK |  |
|  | Filtry cyfrowe nie wprowadzające zniekształceń w obrębie odcinka ST | TAK |  |
|  | Cyfrowa korekcja pływania linii izoelektrycznej | TAK |  |
|  | Sterowanie przebiegiem badania, wydrukiem raportów, pracą bieżni | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji raportów końcowych | TAK |  |
|  | Wydruk raportów na drukarce laserowej w formacie A4 | TAK |  |
|  | Możliwość podglądu całego raportu na ekranie przed wydrukiem | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia systemu w drukarkę termiczną A4 do wydruków pojedynczych stron EKG i wydruków rytmu | TAK |  |
|  | Obsługa podstawowych protokołów sterujących: Bruce, modyf. Bruce, Naughton z możliwością zaprogramowania protokołów własnych, w tym protokołu typu RAMP | TAK |  |
|  | Możliwość ręcznego sterowania bieżnią oraz utrzymania i zmiany danego etapu | TAK |  |
|  | Współpraca z cykloergometrami i bieżniami różnych producentów | TAK |  |
|  | Możliwość wielokrotnego retrospektywnego przeglądania zapisanych badań i ponowienia analizy | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądania i drukowania zapamiętanych w trakcie badania przykładów EKG | TAK |  |
|  | Możliwość eksportu raportu końcowego w formacie PDF | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o automatyczny pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego w czasie badania | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o drukarkę termiczną A4 | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o export danych z badania (odstępy, amplitudy) do pliku tekstowego w celu późniejszej analizy | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o interfejs HL7 i DICOM do komunikacji z informatycznym systemem zarządzania danymi medycznymi | TAK |  |
|  | Możliwość integracji systemu z zestawem do ergospirometrii | TAK |  |
|  | Wózek medyczny wyposażony w koła z hamulcami zaciskowymi, z szufladą na akcesoria, przestrzenią na komputer i drukarkę oraz z systemem zawieszenia monitora | TAK |  |
|  | Transformator bezpieczeństwa do zestawu wysiłkowego | TAK |  |
| **MODUŁ AKWIZYCJI** | | | |
|  | Cyfrowy bezprzewodowy moduł akwizycji 12 kanałowego sygnału EKG, odporny na impuls defibrylatora | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy 2.400,96 – 2.482,56 MHz | TAK |  |
|  | Transmisja dwukierunkowa z przeskokiem częstotliwości | TAK |  |
|  | Powiązanie modułu akwizycji z wybranym urządzeniem metodą wywołania i odpowiedzi | TAK |  |
|  | Rozłączane kable pacjenta gwarantujące możliwość wymiany pojedynczych przewodów | TAK |  |
|  | Nadajnik wyposażony w przyciski funkcyjne do wydruków AUTO i rytmu | TAK |  |
|  | Wymiary nadajnika poniżej 115x110x30 mm | TAK |  |
|  | Waga nadajnika poniżej 200 g | TAK |  |
|  | Zasilanie nadajnika z pojedynczej baterii typu AA | TAK |  |
|  | Akwizycja sygnału EKG z częstotliwością próbkowania 40.000 próbek/sekundę/kanał | TAK |  |
|  | Rozdzielczość 1,875 µV LSB | TAK |  |
|  | Pasmo przenoszenia sygnału EKG 0,05-150 Hz | TAK |  |
| **BIEŻNIA** | | | |
|  | Zakres regulacji prędkości 0-20 km/h | TAK |  |
|  | Skok zmiany prędkości 0,1 km/h | TAK |  |
|  | Zakres kąta nachylenia 0-25% | TAK |  |
|  | Skok zmiany nachylenia co 0,5 % | TAK |  |
|  | Wbudowany czujnik grawitacyjny zapewniający za automatyczną kalibrację kąta nachylenia | TAK |  |
|  | Taśma antypoślizgowa i antystatyczna | TAK |  |
|  | Nośność bieżni min. 225 kg | TAK |  |
|  | Długość pasa ruchowego min. 150 m | TAK |  |
|  | Szerokość ruchowego pasa min. 50 cm | TAK |  |
|  | Odległość ruchomego pasa od podłoża maks. 17 cm | TAK |  |
|  | Bieżnia sterowana komputerowo przez port RS-232 lub USB | TAK |  |
|  | Możliwość zamocowania przycisku awaryjnego zatrzymania w dowolnym miejscu na poręczy bieżni | TAK |  |
|  | Linka bezpieczeństwa z magnesem | TAK |  |
|  | Poręcze boczne z możliwością przedłużenia do całej długości pasa | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia bieżni w konsolę sterującą z panelem dotykowym | TAK |  |
| **ERGOMETR** | | | |
|  | Elektromagnetyczny system hamowania | TAK |  |
|  | Konsola sterująca z ekranem dotykowym | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy o przekątnej min. 7” | TAK |  |
|  | Parametry wyświetlane na ekranie: prędkość obrotowa, obciążenie, dystans, moment obrotowy, moc, energia, czas | TAK |  |
|  | Sterowanie obciążeniem ręczne z konsoli lub zewnętrzne z komputera | TAK |  |
|  | Zakres regulacji obciążenia: 7-1000W | TAK |  |
|  | Tryby pracy:  - hiperboliczny (niezależny od prędkości obrotowej)  - liniowy (zależny linowo od prędkości obrotowej)  - ze stałym momentem obrotowym  - przy stałym rytmie HR (opcja) | TAK |  |
|  | Utrzymywanie stałego obciążenia w zakresie: 30 – 150 obr/min | TAK |  |
|  | Dokładność utrzymywania obciążenia:  - poniżej 100 W 3W,  - od 100 W-500 W 3%  - od 500 W - 1000 W 5% | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości siodełka w zakresie min. 30 cm | TAK |  |
|  | Regulacja kierownicy w zakresie 360° | TAK |  |
|  | Niska podstawa ergometru maks. 2 cm ułatwiająca zajęcie pozycji | TAK |  |
|  | Dopuszczalna waga pacjenta min. 180 kg | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia w dodatkową konsolę sterującą dla terapeuty | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia w moduł automatycznego pomiaru ciśnienia i saturacji | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia w elektryczną regulację wysokości siodełka | TAK |  |
|  | Wymiary ergometru maks. 110 x 50 x 120 cm | TAK |  |
|  | Waga ergometru min. 60 kg | TAK |  |
| **STANOWISKO KOMPUTEROWE – 1 kpl.** | | | |
|  | Komputer z procesorem min. Intel i5, pamięcią RAM min. 8 GB oraz systemem operacyjnym Windows 10 lub 11 Professional 64 bit | TAK |  |
|  | Monitor LED min. 23” | TAK |  |
|  | Drukarka laserowa monochromatyczna | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 ( część 10)**

Wypełniony należy złożyć do oferty

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 10 Myjka dezynfektor dla Oddziału Kardiologicznego, i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | ***Parametry oferowanego urządzenia***  ***PODAĆ/OPISAĆ*** |
| **1** | Fabrycznie nowe - (rok produkcji 2022 urządzenie przeznaczone do opróżniania, mycia, suszenia i dezynfekcji termicznej pojemników na odpady pochodzenia ludzkiego misek do mycia chorych i innych naczyń sanitarnych. | **TAK** |  |
| **2** | Urządzenie stojące na posadzce o budowie kompaktowej, trwałe o niskich kosztach eksploatacji. Konstrukcja, obudowa, drzwi oraz komora mycia wykonane z jednorodnej stali nierdzewnej PN EN 10088/1.4301 bez elementów z tworzywa sztucznego. | **TAK** |  |
| **3** | Drzwi uchylne, na przedniej ścianie urządzenia, otwierane i zamykane ręcznie bez oporów przy zamykaniu i otwieraniu. Ergonomiczny uchwyt do otwierania drzwi niewystający poza linię obudowy urządzenia. | **TAK** |  |
| **4** | Komora myjąca ze stali nierdzewnej bez spoin z nachyleniem sufitu tworząca razem z lejem odpływowym jeden głęboko tłoczony zbiornik | **TAK** |  |
| **5** | Wbudowana wytwornica pary. Dezynfekcja termiczna zgodnie z normą PN EN ISO 15883-3 | **TAK** |  |
| **6** | Możliwość ustawienia dezynfekcji termicznej na poziomie od A0 60 do A0 3000 | **TAK** |  |
| **7** | Temperatura dezynfekcji kontrolowana przez minimum dwa niezależne czujniki temperatury umieszczone na spodzie komory myjąco-dezynfekującej | **TAK** |  |
| **8** | Efektywny proces płukania, mycia i dezynfekcji przy zastosowaniu wyłącznie jednego środka odkamieniająco-nabłyszczającego. | **TAK** |  |
| **9** | Uchwyt standardowy na drzwiach komory umożliwiający umieszczenie: 1 basen z pokrywką i 1 kaczkę szpitalną lub 3 kaczki lub jedną miskę do mycia pacjentów o średnicy nie mniejszej niż 36 cm.  Możliwość szybkiej wymiany i stosowania uchwytów specjalistycznych | **TAK** |  |
| **10** | Automatyczne opróżnianie mytych i dezynfekowanych wyrobów po zamknięciu drzwi urządzenia | **TAK** |  |
| **11** | Skuteczność usuwania spor *Clostridium difficile* bez zastosowania środka sporobójczego. | **TAK** |  |
| **12** | System 12 dysz strumieniowych i rotacyjnych wykonanych z trwałego tworzywa sztucznego, odpornego na działanie środków chemicznych zapewniający dużą efektywność czyszczenia, niezależnie od zmian ciśnienia wody zasilającej w tym główna dysza rotacyjna. Nie dopuszcza się ramion obrotowych. | **TAK** |  |
| **13** | Wysokowydajna , energooszczędna pompa wody o zakresie od 60 do 100 litrów/min. o maksymalnej, mocy 0.5 - 0.6 kW | **TAK** |  |
| **14** | Komora myjąca wyposażona w uszczelkę z trwałego tworzywa sztucznego gwarantującą paroszczelność. Brak przecieków pary wodnej z urządzenia podczas procesu mycia, dezynfekcji termicznej oraz suszenia. | **TAK** |  |
| **15** | Orurowanie wykonane z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków nabłyszczająco-odkamieniających różnych producentów | **TAK** |  |
| **16** | Elektroniczne sterowanie pracą urządzenia z możliwością rejestracji wyników oraz przeprowadzenia walidacji procesu dezynfekcji termicznej potwierdzonej wydrukiem | **TAK** |  |
| **17** | Ergonomiczny ekran wyświetlający wartość A0 podczas procesu dezynfekcji oraz informacje niezbędne do obsługi i kontroli urządzenia w języku polskim. | **TAK** |  |
| **18** | Optyczne i akustyczne informacje o usterkach | **TAK** |  |
| **19** | Programy dla mniej i bardziej zabrudzonych przedmiotów, poddawanych procesowi mycia i dezynfekcji. Minimum 3 programy standardowe uruchamiane przyciskami membranowymi z panelu sterującego umieszczonego na frontowej ścianie urządzenia. Nie dopuszcza się przycisków tzw. łokciowych. | **TAK** |  |
| **20** | Możliwość programowania samodezynfekcji komory, dysz i przewodów wodnych. | **TAK** |  |
| **21** | Wymiary zewnętrzne (+/- 10%)   1. Szerokość : 460 mm. 2. Głębokość : 500 mm.   Wysokość : 1600 mm | **TAK** |  |
| **22** | Otwór pomiarowy w komorze myjąco-dezynfekującej umożliwiający dokonanie dodatkowego, niezależnego od systemu kontroli urządzenia pomiaru wskaźnika A0 w trakcie procesu dezynfekcji zgodnie z ISO PN EN 15 883-1 | **TAK** |  |
| **23** | Maksymalne zużycie wody na cykl:  program oszczędny do 13 litrów  program normalny do 21 litrów  program intensywny do 26 litrów | **TAK** |  |
| **24** | Maksymalny poziom wytwarzanego hałasu. 50 dB | **TAK** |  |
| **25** | Urządzenie wyposażone w opcję przechodzenia na „stan czuwania” umożliwiający zmniejszenie zużycia energii | **TAK** |  |
| **26** | Zasilanie z 1-fazowej sieci elektroenergetycznej 230V 50Hz, max pobór mocy 2.7 kW lub 3 – fazowej sieci elektroenrgetycznej 400V 50 Hz , max pobór mocy 4,7 kw | **TAK** |  |
| **27** | Podłączenie zimnej i ciepłej wody ½ cala. Izolacja od sieci wodociągowej zgodnie z europejską normą DIN/EN 1717 z przerwą powietrzną typu AA. | **TAK** |  |
| **28** | Podłączenie odpływu ścienne lub podłogowe 100 Ǿ | **TAK** |  |
| **29** | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z wymogami krajowymi | **TAK** |  |
| **30** | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa - ***Ustawa z dnia 7 kwiecień 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022r poz.974 ) ..)*** | **TAK** |  |
| **31** | Zgodność z normą PN EN ISO 15883-1 i PN EN ISO 15883-3 potwierdzona certyfikatem zewnętrznej instytucji. | **TAK** |  |
| **32** | Zagwarantowana dostępność serwisu, części zamiennych przez 15 lat od daty zainstalowania potwierdzona przez producenta. | **TAK** |  |
| **33** | Urządzenie wyposażone w automatyczne, mechaniczne schładzanie i suszenie naczyń strumieniem powietrza, tzn. po zakończonym cyklu pracy naczynia sanitarne poddawane temu procesowi mają być schłodzone, suche, bez skroplin wody na powierzchni i wewnątrz naczyń tj. suszenie ma być zgodne z definicją suszenia określoną normą PN EN ISO 15883-1. Nie dopuszcza się schładzania naczyń wodą. | **TAK** |  |
| **34** | System odprowadzający parę do kanalizacji wspomagany nadmuchem powietrza. Nie dopuszcza się aby para była uwalniana do otoczenia lub przestrzeni roboczej urządzenia | **TAK** |  |
| **35** | Możliwość stosowania środków do dezynfekcji kaczek i basenów minimum dwóch różnych producentów również w okresie gwarancyjnym | **TAK** |  |
| **36** | Liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy – 3 naprawy | **TAK** |  |
| **37** | Na zakończenie okresu gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatny przegląd techniczny sprzętu. O terminie przeprowadzenia przeglądu technicznego Wykonawca powiadomi Zamawiającego. Przeprowadzenie przeglądu technicznego sprzętu Wykonawca potwierdzi stosownym protokołem i przekaże protokół Zamawiającemu. | **TAK** |  |
| **38** | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | **TAK** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 (część 11)**

**Wypełniony należy złożyć do oferty**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 11 Ssak elektryczny dla Oddziału Kardiologicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE (wymagane i oceniane) - WALMED** | **Wymóg** | **Parametr oferowany (opisać)** |
| **I.** | **Informacje ogólne** |  |  |
|  | Rok produkcji min. 2022- urządzenie fabryczne nowe | TAK |  |
|  | Model/Typ/Producent | TAK |  |
| **II.** | **Opis parametrów** |  |  |
|  | Ssak przeznaczony do pracy ciągłej na podstawie jezdnej  z czterema kołach w tym dwa p  rzednie z blokadą | TAK |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230 V/50Hz | TAK |  |
|  | Wydajność ssaka min. 43 l/min | TAK |  |
|  | Podciśnienie max. 0-90 kPa z dokładnością ± 5% | TAK |  |
|  | Poziom hałasu max. 40 dB | TAK |  |
|  | Wymiary urządzenia ( szer. x wys. x głęb.) nie więcej niż 480x900x460 mm | TAK |  |
|  | Waga nie więcej niż 21 kg z kompletnym wyposażeniem | TAK |  |
|  | Obudowa wykonana z trwałego, odpornego na uszkodzenia, niepalnego materiału z ochroną przed promieniowaniem UV | TAK |  |
|  | Praca ssaka oparta na wbudowanej bezolejowej dwu membranowej pompie próżniowej, której czas nieprzerwalnej pracy min. 30 dni | TAK |  |
|  | Manometr ssaka opisany w podziałach oznaczonych kolorami ; mmHg, cmH₂O, bar, kPa | TAK |  |
|  | Min. trzystopniowe zabezpieczenie przeciwprzelewowe | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania jednorazowych worków na wydzielinę przystosowanych do zbiorników 2l wielorazowych z pokrywami wciskanymi w pojemnik | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania pojemników wielorazowych 4L x 4 szt. montowanych na szynie EURO podstawy jezdnej ssaka w sposób stabilny bez wsparcia serwisu | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy ssaka o dodatkowy uchwyt do zawieszenia drenu ssącego montowany na szynie EURO podstawy jezdnej | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy ssaka o włącznik nożny on/off | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy podstawy jezdnej ssaka o kosz na akcesoria (dreny jednorazowe, cewniki) montowany na tylnej części postawy bez wsparcia serwisu | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy ssaka o mechanizm przełączający wypełnienia butli 1/2 montowany na szynie EURO podstawy jezdnej bez wsparcia serwisu | TAK |  |
| 2. | **Wyposażenie:**  Zbiornik bezpieczeństwa szklany 0.2-0.3L – 1 szt  Przewód łączący zbiornik bezpieczeństwa ze zbiornikiem podstawowym szt. 1  2- litrowy zbiornik podstawowy, nietłukący( z poliwęglanu) z możliwością zastosowania pokrywy zakręcanej lub wciskanej, z zabezpieczeniem przed przelaniem szt. 1  Uchwyt zbiornika z uchwytem na przewód ssący szt. 1  Przewód ssący silikonowy z zaworem zatrzymującym ssanie dł.1,5 m szt. 1  Stojak jezdny ssaka szt. 1  Kabel zasilający min. 2m szt. 1 | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 ( część 12)**

**Wypełniony należy złożyć do oferty**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 12 Aparaty EKG dla Oddziału Kardiologicznego**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | ***Parametry oferowanego urządzenia***  ***PODAĆ/OPISAĆ*** |
| 1 | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG. | TAK |  |
| 2 | Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do wewnętrznej pamięci sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania, ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania. | TAK |  |
| 3 | Wydruk z pamięci wewnętrznej automatycznego badania EKG w grupach po 3 odprowadzenia. | TAK |  |
| 4 | Wydruk analizy i interpretacji automatycznego badania EKG. | TAK |  |
| 5 | Prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG. | TAK |  |
| 6 | Wydruk 1 lub 3 przebiegów EKG wybranej grupy. | TAK |  |
| 7 | Dołączenie imienia i nazwiska pacjenta do wydruku przebiegu EKG. | TAK |  |
| 8 | Wydruk w trybie 1 lub 3 przebiegów EKG. | TAK |  |
| 9 | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi. | TAK |  |
| 10 | Graficzne menu wyświetlane na ekranie umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury. | TAK |  |
| 11 | Automatyczna analiza i interpretacja (baza CSE) - wyniki interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta. | TAK |  |
| 12 | Pamięć ostatnich badań automatycznych z ustawialnym limitem od 5 do 1000. | TAK |  |
| 13 | Wykonanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej. | TAK |  |
| 14 | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu. | TAK |  |
| 15 | Automatyczna detekcja zespołów QRS. | TAK |  |
| 16 | Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu. | TAK |  |
| 17 | Filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz. | TAK |  |
| 18 | Filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz. | TAK |  |
| 19 | Filtr izolinii; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz. | TAK |  |
| 20 | Detekcja odpięcia elektrody niezależna dla każdej elektrody. | TAK |  |
| 21 | Wybór dowolnego kanału do detekcji częstości akcji serca. | TAK |  |
| 22 | Grubość wydruku linii krzywych EKG do wyboru: normalna lub pogrubiona. | TAK |  |
| 23 | Prezentacja krzywych w układzie standardowym lub Cabrera. | TAK |  |
| 24 | Menu w języku polskim, angielskim, francuskim, hiszpańskim, niemieckim, portugalskim i serbskim. | TAK |  |
| 25 | Zewnętrzny port komunikacyjny USB do podłączenia z komputerem PC w celu przesyłu sygnału EKG w czasie rzeczywistym. | TAK |  |
| 26 | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni. | TAK |  |
| 27 | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym. | TAK |  |
| 28 | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących na wydruku. | TAK |  |
| 29 | Badanie automatyczne z wydrukiem danych pacjenta i danych gabinetu. | TAK |  |
| 30 | Funkcje oszczędności energii akumulatora. | TAK |  |
| 31 | Wymiary (D x S x W): 220 x 153 x 55 mm. | TAK |  |
| 32 | Waga: < 0,8 kg. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać (** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………r. …................................……………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Załącznik nr 3( część 13)**

**Wypełniony należy złożyć do oferty**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 13 Łóżka szpitalne wraz z materacami i szafkami przyłóżkowymi dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
| **1** | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. | TAK |  |
| **2** | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 6 punktach, gwarantująca stabilność leża. | TAK PODAĆ |  |
| **3** | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 130 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. | TAK PODAĆ |  |
| **4** | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2120 mm, (± 30 mm)   Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi max 990 mm (wymiar leża 870x2000) | TAK PODAĆ |  |
| **5** | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | TAK PODAĆ |  |
| **6** | Zasilanie elektryczne 220/230 V | TAK |  |
| **7** | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu. | TAK |  |
| **8** | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie: 350 do 840 mm (± 30 mm) | TAK PODAĆ |  |
| **9** | Czas zmiany wysokości leża z pozycji minimalnej do maksymalnej max. 30 sekund. | TAK PODAĆ |  |
| **10** | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z możliwością blokady funkcji przez personel medyczny.  W celu bezpieczeństwa pacjenta funkcja Trendelenburga nie dostępna na pilocie przewodowym. | TAK |  |
| **11** | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym.  Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.  Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. | TAK |  |
| **12** | Leże wypełnione płytami z polipropylenu odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi. W leżu otwory do montażu pasów do unieruchomienia pacjenta. | TAK |  |
| **13** | Łóżko z możliwością przedłużenia leża min. 20cm | TAK PODAĆ |  |
| **14** | Szczyty łóżka w kształcie prostokąta zamkniętego z wyraźnie zaokrąglonymi krawędziami, wykonane z profilu stalowego, spłaszczonego ze stali węglowej, lakierowane proszkowo łatwo odejmowane, wypełnione wysokiej, jakości płytą HPL (o grubości min. 8 mm), odporną na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Górna część szczytu wyposażona w metalowy uchwyt ułatwiający transport stanowiący co najmniej 60% długości szczytu. | TAK PODAĆ |  |
| **15** | Barierka lakierowana proszkowo, wykonane z 3 profili stalowych owalnych o wysokości min. 40 mm i grubości min. 20mm składana wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku. Spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52  Barierka uzupełniająca wolną przestrzeń w nogach – **2kpl.** | TAK |  |
| **16** | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka | TAK |  |
| **17** | Możliwość zamontowania po jednej stronie łóżka uchwytów na worki urologiczne. | TAK |  |
| **18** | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące ściany i łóżko podczas przemieszczania łóżka. | TAK |  |
| **19** | Łóżko wyposażone w uchwyty materaca przy min. dwóch segmentach leża. | TAK |  |
| **20** | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. | TAK PODAĆ |  |
| **21** | Bezpieczne obciążenie min. 240 kg | TAK PODAĆ |  |
| **22** | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wysięgnika z uchwytem do ręki i wieszaka kroplówki (możliwość zamontowania wieszaka w czterech narożnikach leża) | TAK |  |
| **23** | Możliwość wyboru kolorów wypełnień sczytów min. 5 kolorów oraz kolorów ramy łóżka min. 2 kolory w tym kolor szary. | TAK PODAĆ |  |
| **24** | Elementy wyposażenia łóżek:  1)Materac przeznaczony dla Szpitali i innych placówek medycznych o wymiarach dopasowanych do leża łóżka. Materac wykonany zimnej pianki poliuretanowej o wysokości min.14 cm, gęstości min 40 kg/m3 i twardości min. 4.1 kPa (+/-10%). Materac wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny wyposażony w  zamek w kształcie litery „C”. z możliwością prania w temp do 950C, oraz suszenia w temp. do 1000. Zamek zabezpieczony przed wnikaniem płynów. Materac przystosowany do mycia w automatycznych stacjach mycia łóżek  2)Podwójna rama wyciągowa wyposażona w 2 uchwyty ręki, wieszak kroplówki, 3 rolki wyciągowe -  **5szt**  **Wyposażenie ramy wyciągowej – 5 kpl:**  Ciężarki miękki 0,5 ; 1 ; 2 ; 3 kg – 1szt  Esik metalowy – 20szt  Kamaszek skórzany do wyciągu – 1szt  Linka do podwieszeń 120cm – 6szt  Linka do podwieszeń 160cm – 4szt  Linka z bloczkami do ćwiczeń 350cm- 2szt  Linka do ćwiczeń 225cm – 1sztMankiet nadgarstkowo-kostkowy – 1szt  Pas do stabilizacji ud i kręgosłupa -1szt  Podwieszka dwustronna ze skóry – 4szt  Podwieszka pod miednice – 1szt  Podwieszka pod głowę – 1szt  Podwieszka ramienia – 2szt  Podwieszka udowa – 2szt  Podwieszka kolana – 1szt  Uchwyt metalowy na linkę – 1szt  1)Wysięgnik z uchwytem ręki z haczykami – **30kpl**  2)Uchwyt na środek dezynfekcyjny – **20 sztuk** | TAK |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Szafka przyłóżkowa z blatem bocznym – 20 sztuk** | | | |
| **2** | Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali pokrytej lakierem poliestrowo-epoksydowym. Blat szafki oraz czoła szuflad wykonane z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL (o grubości min. 6 mm). | TAK |  | |
| **3** | Tylna część blatu szafki wyposażona w aluminiowy reling posiadający tworzywowy haczyk na ręcznik oraz tworzywowy uchwyt na szklankę z możliwością demontażu oraz przesuwania na całej jego długości.  Boczne krawędzie blatu szafki zabezpieczone aluminiowymi listwami w kształcie litery „C”. | TAK |  | |
| **4** | Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami półka na prasę o wysokości min. 160 mm. – dostęp do półki od frontu szafki. | TAK PODAĆ |  | |
| **5** | Szuflada górna wyposażona w odejmowany tworzywowy(ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na 3 części. Wysokość szuflady min. 100 mm. Szuflada wysuwana spod górnego blatu szafki na prowadnicach rolkowych umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie. | TAK PODAĆ |  | |
| **6** | Szuflada dolna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na 2 części. Wysokość szuflady min. 330 mm. Szuflada wyposażona w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie.  Pod szufladą półka na pantofle pacjenta. Dostęp z przodu szafki. | TAK PODAĆ |  | |
| **7** | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość - 890 mm (± 40mm)  - szerokość szafki - 450 mm (± 40mm)  - szerokość szafki z zamontowanym, złożonym blatem bocznym - 550 mm (± 20mm)  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1150 mm (± 20mm)  - głębokość - 470 mm (± 20mm) | TAK PODAĆ |  | |
| **8** | Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty w kolorze stalowym. | TAK |  | |
| **9** | Szafka wyposażona w blat boczny z bezstopniową regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej.  Sprężyna gazowa osłonięta w aluminiowej, prostokątnej obudowie.  Mechanizm unoszenia oraz zwalniania blatu umieszczony w tworzywowej, ergonomicznej manetce umieszczonej na wysokości blatu głównego szafki, nie wymuszającej konieczności pochylania się celem rozłożenia lub uniesienia blatu bocznego.  Nie dopuszcza się dodatkowych wsporników blatu bocznego powodujących skupisko bakterii i zarazków. | TAK |  | |
| **10** | Regulacja blatu bocznego w zakresie: 750 - 1100 mm (± 20mm) | TAK PODAĆ |  | |
| **11** | Blat półki bocznej wykonany z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL (o grubości min. 6 mm), wspornik blatu osłonięty zaokrągloną osłoną wykonaną z aluminium, min. dwie krawędzie zabezpieczone aluminiowymi listwami w kształcie litery C. | TAK PODAĆ |  | |
| **12** | Blat Boczny z możliwością jego rozłożenia na każdej wysokości bez konieczności odsuwania szafki od łóżka oraz bez konieczności obrotu blatu o kąt 180°. Rozkładnie blatu bocznego rozpoczyna się poprzez odchylenie górnej krawędzi blatu na zewnątrz(górna krawędź wyposażona w tworzywowy uchwyt wystający poza obrys blatu) nie dopuszcza się rozwiązania odwrotnego polegającego na odchyleniu dolnej krawędzi blatu – wymuszającej konieczność pochylania się oraz odsuwania szafki od krawędzi łóżka. | TAK |  | |
| **13** | Łatwo odejmowany blat boczny z możliwością zamocowania z lewej lub prawej strony szafki (bez użycia narzędzi), blat z opcją pochyłu do czytania. | TAK |  | |
| **14** | Szafka wyposażona w 4 podwójne koła jezdne w tym min. 2 z blokadą, o śr. min. 50 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem. Blat boczny szafki wyposażony w dodatkowe 5 koło zapewniające większą stabilność podczas spożywania posiłków – piąte koło znajduje się centralnie pod obudową sprężyny gazowej. | TAK PODAĆ |  | |
| **15** | Konstrukcja szafki przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do użycia w szpitalach | TAK |  | |
| **16** | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatów z min. 5 kolorów oraz możliwość wyboru koloru ramy szafki w tym kolor szary. | TAK PODAĆ |  | |
| **17** | Deklaracja zgodności ze znakiem CE,  WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych,  Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | TAK |  | |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** | |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** | |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** | |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** | |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** | |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** | |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** | |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać(** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) | |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** | |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty **Załącznik nr 3 (część 14)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 14 Wyposażenie gabinetu zabiegowego dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** | |
| **1** | **STÓŁ ZABIEGOWY - 1 szt.** | | | |
|  | **Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**  **Producent (podać): …………………………………………………………………………...**  **Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...** | | | |
| **2** | Stół zabiegowy o elektrycznie regulowanej wysokości leża. | TAK |  | |
| **3** | Konstrukcja wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na stabilnej podstawie | TAK |  | |
| **4** | Leże min. 2 sekcyjne, tapicerowane wysokiej jakości materiałem łatwo zmywalnym, antybakteryjnym o właściwościach trudnopalnych. | TAK |  | |
| **5** | Konstrukcja oparta na ramie w kształcie podwójnej litery T, o profilu prostokątnym w kolorze białym. | TAK |  | |
| **6** | Sekcje skrajne podstawy o profilu kwadratowym o wymiarach 630 (+/- 10 mm) mm. | TAK, podać |  | |
| **7** | Sekcja środkowa podstawy o szerokości 590 (+/- 10 mm)mm. | TAK, podać |  | |
| **8** | System transportowy oparty na 4 kołach  o min. Ø 100 mm, każde z niezależnym hamulcem | TAK |  | |
| **9** | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem a konstrukcją typu podwójnego T umożliwiająca łatwy podjazd podnośnikiem dla pacjenta. | TAK |  | |
| **10** | Wymiary leża (dł. x szer.): 1860 x 630 mm ±30 mm | TAK, podać |  | |
| **11** | Regulacja wysokości: 460 - 910 mm ±50 mm zapewniające łatwe przełożenie pacjenta z wózka inwalidzkiego. | TAK, podać |  | |
| **12** | Regulacja sekcji pleców w stosunku do poziomu: min. -20°/ +85°, przy użyciu sprężyny gazowej | TAK, podać |  | |
| **13** | Regulacja sekcji nożnej w stosunku do poziomu: min. -20°/ +85°, przy użyciu sprężyny gazowej | TAK, podać |  | |
| **14** | Stół tapicerowany bezszwowo wysokiej jakości materiałem łatwo zmywalnym, antybakteryjnym o właściwościach trudnopalnych. | TAK |  | |
| **15** | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne oraz promieniowanie UV | TAK |  | |
| **16** | Nośność min. 260 kg | TAK, podać |  | |
| **17** | Uchwyt na jednorazowe prześcieradło | TAK |  | |
| **18** | Deklaracja zgodności oraz Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | TAK, załączyć |  | |
| **19** | Oryginalne materiały producenta/dystrybutora potwierdzające powyższe cechy wyrobu. | TAK, załączyć |  | |
| **1** | **Elektryczna piła do gipsu – 1 sztuka**  **Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**  **Producent (podać): …………………………………………………………………………...**  **Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...** | | | |
| **2** | Elektryczna piła do gipsu to piła oscylacyjna do zdejmowania opatrunków gipsowych naturalnych i syntetycznych. | TAK |  | |
| **4** | płynna regulacja od 6500 do 24000 oscylacji | TAK |  | |
| **5** | regulacja spoza obszaru obsługi ręcznej | TAK |  | |
| **6** | automatyczna kompensacja obciążenia dla całej amplitudy drgań | TAK |  | |
| **7** | najnowszy system elektroniczny z różnymi funkcjami ochrony i bezpieczeństwa | TAK |  | |
| **8** | Kabel 5 m z przyłączem UE, 230 V. | TAK |  | |
| **9** | specjalne umiejscowienie silnika, zabezpieczone przed pyłem gipsowym | TAK |  | |
| **10** | wzmocniony wał twornika | TAK |  | |
| **11** | Moc 500 Watt | TAK |  | |
| **12** | od 6500 do 24000 obrotów, regulowane stopniowo | TAK |  | |
| **13** | nieduży rozmiar, wymiar (D x SZ x W) 33cm x 6cm x 6cm) | TAK |  | |
| **14** | cicha praca silnika 52-77 dB(A) | TAK |  | |
| **15** | moc konstrukcyjna odporna na wysokie naprężenia i pracę non-stop | TAK |  | |
| **16** | wolna od wibracji |  |  | |
| **17** | niski koszt utrzymania | TAK |  | |
| **18** | podwójna ochrona izolacyjna, silnik klasy ochronności, medyczne przeznaczenie typ BF | TAK |  | |
| **19** | deklaracja zgodności CE | TAK |  | |
| **1** | **Klamra wyciągowa mała – 1 sztuka** | | | |
| **2** | Klamra wyciągowa do tymczasowego unieruchamiania złamań. | TAK |  | |
| **3** | Wykonane z stali nierdzewnej lub najwyższej jakości mosiądzu lub aluminium – niesterylna z możliwościa sterylizacji | TAK |  | |
| **4** | Klamra wyciagowa wymiary :  180 x 100 mm | TAK |  | |
| **1** | **Klamra wyciągowa duża - 1 sztuka** | | | |
| **2** | Klamra wyciągowa jest do tymczasowego unieruchamiania złamań wymagających szkieletu . | TAK |  | |
| **3** | Wykonane z stali nierdzewnej lub najwyższej jakości mosiądzu lub aluminium – niesterylne z możliwością sterylizacji | TAK |  | |
| **4** | Klamra wyciągowa wymiary :  270 x 160 mm | TAK |  | |
| **1** | **Szyna Brauna – 2 sztuki** | | | |
| **2** | Duża 80 cm x 30 cm x 19,5 ( +/-0,5 cm ) | TAK |  | |
| **3** | Platforma skośna pod udo pacjenta, aby kolano i stopa były umieszczone na płaskim wzniesieniu szyny.Wyżłobienie w materiale ułatwiające stabilne utrzymanie nogi pacjenta. | TAK |  | |
| **4** | Miękka pianka, posiadająca wiele zamkniętych pęcherzyków powietra. Dzięki temu podatna na odkształcenia , odwzorowując kształt ciała użytkownika poduszki | TAK |  | |
| **5** | Podstawa szyny wykonana ze specjalnego materiału antypoślizgowego, który zabezpiecza przed niechcianym przemieszczaniem się poduszki na materacu | TAK |  | |
| **6** | Podstawka z pianki wraz z pokrowcem tkaniny nieprzemakalnej przystosowany do prania | TAK |  | |
| **7** | Pokrowiec nieprzemakalny powlekający szynę posiadający właściwości antyalergiczne, zawierający środek bakteriostatyczny chroniący piankę przed kolonizacją bakterii i przenoszeniem roztoczy. | TAK |  | |
| **8** | Pokrowiec ograniczoną paroprzepuszczalnością i jest nienasiąkalny. Wykonany z PNSP-dzianiny poliestrowo- poliuretanowej o gramaturze ok.160-170 g/m2 i kurczliwości 4-5- % | TAK |  | |
| **9** | Maksymalna temparatura prania pokrowca 90°C, | TAK |  | |
| **10** | Możliwość dezynfekcji roztworami na bazie alkoholu etylowego do 70 % | TAK |  | |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** | |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** | |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** | |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** | |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** | |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** | |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** | |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty **Załącznik nr 3 (część 15)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 15 Zestaw do rehabilitacji dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
| **1** | Drabinka gimnastyczna 200 x 70, 80, 90 cm zestaw montażowy – 1 sztuka | | |
| **2** | Wymiary drabinki 200 cm x 90 cm | TAK |  |
| **3** | Drabinki są lakierowane wykonane z drewna bukowego I klasy, konstrukcja boczna wykonana z sosny | TAK |  |
| **4** | Skręcane na konfirmaty i okucia | TAK |  |
| **5** | Nacisk na jeden szczebelek to około min 150 kg | TAK |  |
| **6** | Drabinka montowana pojedynczo | TAK |  |
| **1** | Balkonik aluminiowy składany, 3-funkcyjny – 3 sztuki | | |
| **2** | Rama aluminiowa, wzmocniona | TAK |  |
| **3** | Szerokość: 52cm | TAK |  |
| **4** | Regulacja wysokości od 78 - 96 cm | TAK |  |
| **5** | Waga: 2,3kg | TAK |  |
| **6** | Maksymalne obciążenie:  od 113 kg do 136 kg | TAK |  |
| **7** | Składany za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
| **8** | Stabilna i wytrzymała konstrukcja | TAK |  |
| **9** | Koła przednie 5” (12cm) + dodatkowe nóżki do funkcji krocząco-stałej | TAK |  |
| **1** | Hantla winylowa 2kg - 2 sztuki | | |
| **2** | Materiał: żeliwo ,winyl, cement | TAK |  |
| **3** | Waga: 2 kg | TAK |  |
| **4** | Kolor: zielony | TAK |  |
| **5** | Długość min 18,5cm | TAK |  |
| **1** | Hantla winylowa 1kg– 2 sztuki | | |
| **2** | Kolor: niebieski lub do ustalenia | TAK |  |
| **3** | Materiał: metal, winyl, żeliwo | TAK |  |
| **4** | Waga: 1 kg | TAK |  |
| **5** | Długość 30 cm | TAK |  |
| **1** | Kula z pojedynczą regulacją wysokości uchylana obejma łokciowa - **4 sztuki** | | |
| **2** | Lekka, wytrzymała rama anodowana | TAK |  |
| **3** | Obejma wykonana z Polipropylenu | TAK |  |
| **4** | Antypoślizgowa, wzmocniona o rozmiarze Ø 20 | TAK |  |
| **5** | Wysokość całkowita kuli 78 cm – 130cm | TAK |  |
| **6** | Wysokość rękojeści 775 – 1075 mm | TAK |  |
| **7** | Waga netto 0,53 kg | TAK |  |
| **8** | Maksymalne obciążenie  120 kg-150 kg | TAK |  |
| **9** | Możliwość regulacji wysokości całej kuli | TAK |  |
| **10** | Uchwyt zamknięty regulowany, uniwersalny na prawe i lewe przedramię | TAK |  |
| **1** | Termos grawitacyjny do systemu chłodząco-uciskowego typu Cryo/Cuff Gravity Cooler - połączenie kompresji z terapią zimnem (Aircast Gravity Cooler) z Mankietem – 2 sztuki | | |
| **2** | **System terapii zimnem Cryo/Cuff składa się z: mankietu, termosu i węża** | TAK |  |
| **3** | Mankiet na kolano Cryo-Cuff Średni – 45-60 cm | TAK |  |
| **4** | Ucisk i chłodzenie | TAK |  |
| **5** | Łatwa obsługa | TAK |  |
| **6** | Użycie w połączeniu z kompresami Cryo/Cuff | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wózek inwalidzki specjalny ze stabilizacją głowy i pleców – 1 sztuka** | | |
| **1** | Maksymalna waga użytkownika min 120 kg | TAK |  |
| **2** | Długość całkowita z podnóżkiem min 1000 mm | TAK |  |
| **3** | Szerokość użytkowa siedziska od 440 mm do 450 mm | TAK |  |
| **4** | Szerokość całkowita od 640 mm do 660 mm | TAK |  |
| **5** | Waga całkowita max 16 kg | TAK |  |
| **6** | Zdolność pokonywania przeszkód max 60 mm | TAK |  |
| **7** | Kąt nachylenia siedziska max 5° | TAK |  |
| **8** | Głębokość użytkowa siedziska min 430 mm | TAK |  |
| **9** | Kąt nachylenia oparcia max 5° | TAK |  |
| **10** | Wysokość oparcia max 420 mm | TAK |  |
| **11** | Pozycja osi w poziomie (odchył) max 37 mm | TAK |  |
| **12** | Materiał stelaża – Aluminium | TAK |  |
| **13** | Materiał tapicerki - Nylon | TAK |  |
| **14** | Kolor tapicerki do uzgodnienia z zamawiającym | TAK |  |
|  | **Wózek inwalidzki aluminiowy ręczny – 2 sztuki** | | |
| **1** | Szerokość całkowita z podnóżkiem od 64 cm do 66 cm ( w zależności od szerokości siedziska ) | TAK |  |
| **2** | Długość całkowita max 15,2 cm | TAK |  |
| **3** | Wysokość oparcia od 40 cm do 42 cm | TAK |  |
| **4** | Materiał stelaża – aluminium | TAK |  |
| **5** | Materiał tapicerki - Nylon | TAK |  |
| **6** | Wytrzymałość obciążenia do 130 kg | TAK |  |
| **7** | Waga całkowita od 15kg do 17 kg | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Poręcz do nauki chodzenia** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
| 1 | Materiał : sklejka, stal, drewno | TAK |  |
| 2 | Długość poręczy: 300 cm | TAK |  |
| 3 | Długość toru: 290 cm | TAK |  |
| 4 | Regulacja wysokości: 63-104 cm | TAK |  |
| 5 | Regulacja rozstawu poręczy: 32-125 cm | TAK |  |
| 6 | Regulacja przeszkód na wysokości: od 4 cm do 33 cm | TAK |  |
| 7 | Waga: 62 kg | TAK |  |
| **8** | Szerokość bieżni 60 cm | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  ………………………… |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzetu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK(** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać** |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**Wypełniony należy złożyć do oferty Załącznik nr 3 ( część 16)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 16 Artromot dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Pełna nazwa urządzenia, typ, model (podać): ……………………………………**

**Producent (podać): …………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji** nie wcześniej niż 2022**: podać): …………………………………………...**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** | |
| **1** | Waga obciążenia min. 20kg | TAK |  | |
| **2** | Waga max. obciązenia 135kg | TAK |  | |
| **3** | Długość szyny 120-220 cm | TAK |  | |
| **4** | Wyprost stawu biodrowego 0° | TAK |  | |
| **5** | Zgięcie stawu biodrowego 115° | TAK |  | |
| **6** | Wyprost stawu kolanowego -10° | TAK |  | |
| **7** | Zgięcie stawu kolanowego max 123° | TAK |  | |
| **8** | Zgięcie podeszwowe stawu skokowego 40° lub bez ograniczeń | TAK |  | |
| **9** | Zgięcie grzbietowe stawu skokowego 25 ° lub bez ograniczeń | TAK |  | |
| **10** | Czas terapii regulowany do max. 59 minut | TAK |  | |
| **11** | Długość całej kończyny dolnej w zakresie 56-110 cm | TAK |  | |
| **12** | Długość kości piszczelowej w zakresie 25 do 57 cm | TAK |  | |
| **13** | Długość kości udowej w zakresie 32 do 55 cm | TAK |  | |
| **14** | Prędkość regulowana | TAK |  | |
| **15** | Odwracanie podstawki na stopy | TAK |  | |
| **16** | Regulacja podparcia stóp | TAK |  | |
| **17** | Regulacja podparcia na boki | TAK |  | |
| **18** | Wykorzystanie dla lewej/prawej nogi bez konieczności zmian | TAK |  | |
| **19** | Pilot zdalnego sterowania z kolorowym ekranem dotykowym | TAK |  | |
| **20** | Kontrola prędkości zgięcia/wyprostu | TAK |  | |
| **21** | Oryginalny wózek producenta | TAK |  | |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** | |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** | |  |
| **3** | Wykonawca musi podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny na urządzenia. | **TAK** | | Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu gwarancyjnego  ……………………………..  Proszę wskazać dane teleadresowe serwisu pogwarancyjnego  …………………………….. |
| **4** | Szkolenie z obsługi urządzeń w siedzibie Zamawiającego Szkolenie zostanie potwierdzone protokołem oraz imiennymi certyfikatami potwierdzającymi możliwość obsługi sprzętu . | **2 godziny – 0 pkt**  **3 godzin– 5 pkt**  **4 godzin – 10 pkt** | |  |
| **5** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** | |  |
| **6** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** | |  |
| **7** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** | |  |
| **8** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** | |  |
| **9** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać(** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) | |  |
| **10** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** | |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Wypełniony należy złożyć do oferty **Załącznik nr 3 ( część 17)**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………

………………………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Część nr 17 Stół do masażu dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Parametry Wymagane** | **Parametry oferowanego urządzenia**  **PODAĆ/OPISAĆ** | |
| **1** | Długość leżanki: od 189 do194 cm | TAK |  | |
| **2** | Długości segmentów blatu (od lewej): 67 / 127 cm | TAK |  | |
| **3** | Szerokość leżanki: od 67 - 70 cm | TAK |  | |
| **4** | Wysokość leżanki: 63 - 83 cm | TAK |  | |
| **5** | Regulacja kąta odchylenia zagłówka: 0 - 55 stopni | TAK |  | |
| **6** | Waga: od 32 kg do 34 kg | TAK |  | |
| **7** | Wytrzymałość dynamiczna: 350 kg | TAK |  | |
| **8** | Wytrzymałość statyczna:  1400 kg | TAK |  | |
| **9** | Kolor tapicerki do uzgodnienia z zamawiającym | TAK |  | |
| **10** | Surowiec użyty do wykonania: drewno bukowe | TAK |  | |
| **Ogólne warunki dostawy oferowanego sprzętu medycznego** | | | | |
| **1** | Dostępność części zamiennych przez minimum 10 lat. | **TAK** | |  |
| **2** | Gwarancja minimum 24 miesiące – maksimum 60 miesięcy liczona od daty podpisania protokołu odbioru. | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 25 pkt**  **48 miesięcy – 50 pkt**  **60 miesięcy – 75 pkt** | |  |
| **3** | Wykonawca jest zobowiązany do pierwszego uruchomienia sprzętu | **TAK** | |  |
| **4** | Czas naprawy w siedzibie Zamawiającego od 1 do 3 dni robocze | **1- dzień roboczy – 20 pkt**  **2 dni robocze – 10 pkt**  **3 dni robocze – 0 pkt** | |  |
| **5** | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | **48 godz. – 0 pkt**  **24 godz. – 5 pkt** | |  |
| **6** | W przypadku braku możliwości naprawy w terminie 3 dni roboczych Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy tego samego typu na cały okres naprawy | **TAK** | |  |
| **7** | Ilość przeglądów technicznych oferowana w cenie zakupu urządzenia w okresie gwarancji, częstotliwość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego. | **Podać(** Zamawiający wymaga min. 1 przeglądu w roku) | |  |
| **8** | Okres ważności przeglądów technicznych | **Podać** | |  |

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

Załącznik nr 10 (Wzór umowy)

**UMOWA nr SP…………..(część…)**

W dniu......................... roku w Stalowej Woli pomiędzy:

**Powiatem Stalowowolskim**, ul. Podleśna 15, 37 – 450 Stalowa Wola, NIP: 865 256 54 94 reprezentowanym przez **Zarząd Powiatu**, w imieniu którego działają:

1. ………………….. - Starosta

2. ………………….. - Wicestarosta

zwanym w treści umowy **Zamawiającym**

a

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

w imieniu, którego działają:

1..........................................................................

2..........................................................................

zwanym w treści umowy **Wykonawcą**

zgodnie z wynikiem przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych zawarto umowę o następującej treści:

**§1 Postanowienia ogólne**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest dostawa wyposażenia do SP ZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli realizowanego zgodnie z projektem pn.**„Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli” w zakresie części………….pn……………..**
2. Zamówienie jestdofinansowywane z Programu Rządowego Fundusz Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych. Regulamin naboru wniosków o dofinansowanie edycja Nr 3 w ramach Rządowego Funduszu Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych oraz uchwała nr 84/2021 Rady Ministrów z 1 lipca 2021 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Funduszu Polski Ład: Programu Inwestycji Strategicznych dostępne są na stronie internetowej https://www.bgk.pl/polski-lad/edycja-trzecia-pgr/.
3. Zakup wyposażenia dlaOddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli w ramach Części …………….pn……… Szczegółowy opis zawiera specyfikacja istotnych warunków zamówienia oraz oferta Wykonawcy stanowiące załączniki do niniejszej umowy.
4. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia wyposażenia do SP ZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola, zwanego dalej w treści umowy „Szpitalem”, zamontowania\*, uruchomienia\*, przetestowania\* i przeszkolenia pracowników\*Szpitala.
5. Wykonawca oświadcza, iż Przedmiot umowy jest fabrycznie nowy, wyprodukowany w **……….**roku, nie ma wad prawnych, nie jest obciążony prawami osób trzech i nie jest

przedmiotem postępowania i zabezpieczenia.

1. Prawo własności dostarczonego przedmiotu zamówienia przechodzi na Zamawiającego z chwilą podpisania protokołu odbioru.
2. Wykonawca oświadcza, że przedmiot umowy jest dopuszczony do obrotu i używania na terenie Polski oraz posiada deklarację zgodności CE, która to deklaracja oraz dokument potwierdzający rejestrację wyrobu zostaną dołączone wraz z dostawą przedmiotu umowy (jeżeli dotyczy).

**§ 2 Cena**

1. Cena brutto umowy wynosi ................................................zł (słownie złotych: ........................................................) tj. ………………………….netto w tym należny podatek VAT w wysokości ………………zł, według stawki…..
2. Cena umowy jest ostateczna i nie podlega żadnym zmianom za wyjątkiem odpowiednich postanowień niniejszej umowy oraz powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
3. Cena o której mowa w ust. 1 jest rozumiana jako dostawa wyposażenia do SP ZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli i obejmuje wartość, koszty pakowania i wymaganego znakowania dla potrzeb transportu, wszelkie koszty transportu do SP ZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, koszty ubezpieczenia do dnia przekazania do eksploatacji, koszty załadunku i rozładunku, zainstalowanie, uruchomienie, przetestowanie i przeszkolenie personelu oraz przekazanie do użytkowania protokołem potwierdzającym odbiór wyposażenia, wszelkie koszty opłat pośrednich, koszty ew. licencji na oprogramowanie, koszty przeszkolenia personelu w zakresie prawidłowej eksploatacji sprzętu, koszty ewentualnej odprawy celnej, cła i podatku VAT, koszty napraw i przeglądów wynikających z zapisów umowy.
4. Wynagrodzenie, o którym mowa powyżej obejmuje również wszelkie koszty związane z realizacją Umowy, w tym ryzyko Wykonawcy z tytułu oszacowania wszelkich kosztów związanych z realizacją Umowy, a także oddziaływania innych czynników mających lub mogących mieć wpływ na koszty oraz wszelkie koszty niezbędne do prawidłowego funkcjonowania sprzętu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji.
5. Ceny i nazwy na fakturze powinny odpowiadać cenom i nazwom ujętym w Załączniku nr ……………..

**§ 3 Warunki płatności**

1. Wynagrodzenie Wykonawcy płatne będzie:
   * 1. ze środków wkładu własnego Zamawiającego w formie zaliczki w wysokości 2 % wynagrodzenia określonego w§ 2 ust.1, płatnej w terminie 14 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury zaliczkowej, zgodnie z zapisami wstępnej promesy dotyczącej dofinansowania inwestycji z Programu Rządowego Funduszu Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych NR Edycja3PGR/2021/624/PolskiLad. Zamawiający udzieli zaliczki na poczet wykonania zamówienia w wysokości i na zasadach, o których mowa w § 4 umowy;
     2. ze środków wkładu własnego Zamawiającego (różnica pomiędzy wartością umowy, a  dofinansowaniem z Programu Rządowy Funduszu Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych pomniejszona o wypłaconą zaliczkę) i/lub środków dofinansowania inwestycji z Programu Rządowego Funduszu Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych zgodnie z zapisami wstępnej promesy dotyczącej dofinansowania inwestycji z Programu Rządowego Fundusz Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych NR Edycja3PGR/2021/624/PolskiLad w wysokości pozostałej do zapłaty kwoty wynagrodzenia/kwoty Promesy, po zakończeniu realizacji przedmiotu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić finansowanie przedmiotu umowy w części niepokrytej udziałem własnym Zamawiającego, na czas poprzedzający wypłaty z Promesy na zasadach określonych w ust. 1 pkt. 2.
3. Zapłata wynagrodzenia Wykonawcy w całości nastąpi po wykonaniu przedmiotu umowy w terminie nie dłuższym niż 35 dni od dnia odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego.
4. Ustalone wynagrodzenie stanowić będzie wynagrodzenie ostateczne i niezmienne. Wynagrodzenie ryczałtowe o którym mowa w ust. 1 obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym ryzyko Wykonawcy z tytułu oszacowania wszelkich kosztów związanych z realizacją przedmiotu umowy, a także oddziaływania innych czynników mających lub mogących mieć wpływ na koszty.
5. Nieuwzględnienie przez Wykonawcę jakichkolwiek prac na etapie przygotowania oferty przetargowej nie może stanowić roszczeń w stosunku do Zamawiającego zarówno w trakcie realizacji niniejszej umowy, jak też po wykonaniu przedmiotu umowy.
6. Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego przenieść na osobę trzecią wierzytelności wynikającej z niniejszej umowy.
7. Wynagrodzenie płatne będzie - z zastrzeżeniem potrąceń lub zatrzymań dokonanych przez Zamawiającego, przewidzianych Umową lub przepisami prawa - w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury wraz z towarzyszącymi jej następującymi dokumentami:
   1. zaakceptowanym pisemnie przez Zamawiającego protokołem odbioru Przedmiotu Umowy,
8. Strony postanawiają, że rozliczenie Wykonawcy za wykonane roboty nastąpi fakturą zaliczkową i fakturą końcową, wystawioną po odbiorze przedmiotu zamówienia.
9. Podstawę do wystawienia faktury końcowej stanowić będzie Protokół odbioru końcowego przedmiotu umowy potwierdzony przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego.
10. W fakturze wystawionej Zamawiającemu przez Wykonawcę należy jako odbiorcę i płatnika podać: Powiat Stalowowolski, ul. Podleśna 15, 37 – 450 Stalowa Wola, NIP 865-256-54-94.
11. Wynagrodzenie płatne będzie na rachunek Wykonawcy podany na fakturze. Za dzień zapłaty uważany będzie dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
12. Wykonawca oświadcza, że figuruje w wykazie podmiotów (tzw. biała lista), o którym mowa w art. 96b ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług.
13. Wykonawca oświadcza, że posiada konto rozliczeniowe do stosowania mechanizmu podzielonej płatności, zawarte w wykazie o którym mowa w pkt. 12; nr konta ……….

……………………………………………………………………………

1. Wykonawca zobowiązuje się do poinformowania Zamawiającego, w formie pisemnej, o każdej zmianie rachunku, o którym mowa w pkt. 13 w terminie 5 dni od dnia zmiany, pod rygorem wstrzymania płatności przez Zamawiającego.
2. Zamawiający nie wyraża zgody na otrzymywanie faktur ustrukturyzowanych przy użyciu Krajowego Systemu e- Faktur (KSeF).

**§ 4**

**Zaliczka na poczet wykonania zamówienia**

1. Zamawiający po zawarciu umowy przewiduje udzielenie zaliczki na podstawie art. 442 ust. 1 Ustawy Pzp.
2. Zamawiający udzieli Wykonawcy zaliczki na poczet realizacji zamówienia w wysokości 2 % wynagrodzenia umownego brutto o którym mowa w § 2 ust. 1, tj. ………... zł.
3. Warunkiem otrzymania zaliczki jest złożenie przez Wykonawcę, w terminie do 7 dni od podpisania umowy:
   1. zabezpieczenia zaliczki w jednej lub kilku formach przewidzianych w art. 442 ust. 3 pkt 1 do pkt 4 Ustawy, w wysokości wskazanej w ust. 2,
   2. faktury zaliczkowej, wystawionej na: Nabywca i Odbiorca: Powiat Stalowowolski, ul. Podleśna 15, 37 – 450 Stalowa Wola, NIP 865-256-54-94, w wysokości wskazanej w ust. 2.
4. Zamawiający wypłaci zaliczkę w terminie do 14 dni po dostarczeniu Zamawiającemu dokumentów, o których mowa w ust. 3.
5. Treść zabezpieczenia zaliczki powinna zawierać:
   1. wskazanie stron, których zabezpieczenie dotyczy, w przypadku podmiotów występujących wspólnie (konsorcjum) zabezpieczenie będzie obejmować wszystkich członków konsorcjum;
   2. wskazanie nazwy zamówienia, dla którego zabezpieczenie zostało ustanowione, tj. ,, Modernizacja-wyposażenie Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli” – część …….
   3. wskazanie wysokości zabezpieczenia, równej wysokości zaliczki, o której mowa w ust. 2;
   4. określenie okresu ważności zabezpieczenia, który rozpoczyna się z dniem wniesienia zabezpieczenia, a kończy wraz z upływem 14 dni od terminu wykonania zamówienia wskazanego w § 2 ust. 1 pkt 2 umowy;
   5. roszczenie Zamawiającego o zwrot zaliczki, w przypadku, gdy jej zwrotu nie dokonał Wykonawca.

Treść zabezpieczenia zaliczki musi zostać zaakceptowana przez Zamawiającego przed udzieleniem zaliczki.

1. W trakcie realizacji umowy Wykonawca może dokonać, z zachowaniem ciągłości zabezpieczenia, zmiany formy zabezpieczenia zaliczki na jedną lub kilka form, o których mowa w art. 442 ust. 3 pkt 1 do pkt 4 Ustawy.
2. Zamawiający zwolni zabezpieczenie zaliczki w terminie do 7 dni licząc od dnia jej rozliczenia.
3. Rozliczenie udzielonej przez Zamawiającego zaliczki ustala się w sposób następujący:
   1. w przypadku wykonania zamówienia i uznania przez Zamawiającego za należycie wykonane – za dzień rozliczenia zaliczki przyjmuje się dzień sporządzenia protokołu odbioru przedmiotu umowy, o którym mowa w § 5.
   2. w przypadku odstąpienia od umowy lub rozwiązania umowy przez Zamawiającego z przyczyn, o których mowa w § 7 i § 8 rozliczenie zaliczki przez Wykonawcę powinno nastąpić w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o odstąpieniu lub rozwiązaniu umowy na podstawie wykonanych dostaw. Wartość dostaw objętych odbiorem częściowym ustalona zostanie w oparciu o ceny wskazane w formularzach cenowych.
4. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający, na pisemny wniosek Wykonawcy, może dopuścić rozliczenie zaliczki w innym uzgodnionym przez Strony terminie.
5. W przypadku, gdy Wykonawca nie rozliczy się z udzielonej zaliczki w terminie, z zastrzeżeniem ust. 9, Zamawiający niezwłocznie wezwie pisemnie Wykonawcę do rozliczenia lub zwrotu wypłaconej zaliczki w terminie 7 dni od daty wezwania.
6. W przypadku braku rozliczenia lub zwrotu zaliczki w terminie wskazanym w ust. 10, Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy oraz do wykorzystania zabezpieczenia zaliczki, pod rygorem zapłaty kar umownych, o których mowa w § 7 ust.4 umowy.

**§5 Warunki dostawy**

1. Wykonawca oświadcza, iż dostarczy na własny koszt i ryzyko do siedziby SP ZZOZ Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola przedmiot umowy **w terminie do 12 tygodni od daty podpisania umowy. UWAGA: ze względu na wymagania Rządowego Fundusz Polski Ład, Zamawiający wymaga aby dostawa przedmiotu umowy odbyła się w terminie ostatnich 7 dni roboczych ustalonego terminu dostawy,** oraz wskazany powyżej sprzęt rozpakuje, zamontuje i uruchomi**.** W terminie, o którym mowa w zdaniu pierwszym Wykonawca przeszkoli personel Zamawiającego z  obsługi sprzętu lub ustali na piśmie termin przeprowadzenia szkolenia, oraz wyda instrukcje obsługi w języku polskim, paszporty techniczne deklaracje zgodności , certyfikaty CE oraz karty gwarancyjne. Odbiór i wydanie Przedmiotu umowy zostaną potwierdzone protokołem odbioru.
2. Przed dokonaniem odbioru Przedmiotu umowy Zamawiający sprawdzi jego stan techniczny, zgodność z zamówieniem oraz z warunkami dostawy.
3. Osobami upoważnionymi do podpisania protokołu potwierdzającego odbiór sprzętu po stronie Zamawiającego są: **………………………………………………………………...........................................**

4. Wykonawca dostarczy Zamawiającemu najpóźniej do dnia odbioru przedmiotu umowy (jeżeli dotyczy):

4.1. Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej

4.2. Karty gwarancyjne;

4.3. Wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski;

4.4. Niezbędną dokumentację techniczną sprzętu;

4.5. Dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie Polski, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

5. Dostarczenie niekompletnego sprzętu niezgodnego z załącznikami do umowy, sprzętu złej jakości lub brak dokumentacji wykazanej w ust. 4 jest podstawą do odmowy odbioru i wystawienia protokołu odmowy odbioru sprzętu wraz ze wskazaniem wykazu niedostarczonego sprzętu lub dokumentacji.

6. W trakcie obowiązywania umowy, w przypadku zakończenia produkcji sprzętu będącego przedmiotem umowy lub jego modyfikacji, na wniosek Wykonawcy, Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany na inny o tych samych bądź lepszych parametrach, po cenie jednostkowej nie wyższej niż określona w niniejszej umowie. Zmiana sprzętu może nastąpić po uprzedniej, pisemnej akceptacji Zamawiającego.

**§ 6 Warunki gwarancji**

1. Wykonawca udziela .......... miesięcznej gwarancji na przedmiot umowy, która biegnie od daty podpisania przez Zamawiającego protokołu potwierdzającego odbiór przedmiotu umowy. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do naprawy sprzętu na własny koszt lub wymiany na nowy.
2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenia powstałe w czasie eksploatacji, jeśli są one spowodowane nie stosowaniem się do dostarczonej instrukcji obsługi sprzętu.
3. Podczas trwania gwarancji Wykonawca umożliwi normalną, zgodną z warunkami technicznymi pracę dostarczonego sprzętu naprawiając go w ciągu maks. **…..** dni roboczych, licząc od dnia zgłoszenia niesprawności przez Zamawiającego. W przypadku

konieczności wydłużenia okresu naprawy ponad w/w terminy, Wykonawca zobowiązany jest do udostępnienia SP ZZOZ Powiatowemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Stalowej Woli (w jego siedzibie) innego sprzętu tego samego typu do czasu zakończenia naprawy (lub podzespołu) celem zapewnienia ciągłości wykonywanych świadczeń. Sytuacja ta, nie powoduje naliczania kar umownych.

1. Czas trwania naprawy gwarancyjnej niezależnie od przyczyn, powoduje przedłużenie okresu gwarancji o całkowity okres niesprawności sprzętu będącego przedmiotem umowy z zastrzeżeniem ust. 7.
2. Zgłoszenie niesprawności może być dokonywane w formie telefonicznej nr telefonu…………, faxem nr faksu ……….. lub mailowo poprzez adres …………………………………………., czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki wynosi………….godzin.
3. Jeżeli w wykonaniu swoich obowiązków z tytułu gwarancji Wykonawca dostarczył Zamawiającemu zamiast sprzętu wadliwego sprzęt wolny od wad, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia sprzętu wolnego od wad lub zwrócenia sprzętu naprawionego. Jeżeli Wykonawca wymienił część sprzętu (podzespół, moduł itp.), przepis powyższy stosuje się odpowiednio do części wymienionej.
4. Uprawnienia z tytułu gwarancji nie uchybiają uprawnieniom przysługującym Zamawiającemu z tytułu rękojmi za wady, do których odpowiednie zastosowanie znajdują przepisy Kodeksu Cywilnego.
5. Celem wykonania usług serwisowych, personel Wykonawcy uzyska niczym nieograniczony dostęp do sprzętu, który stanowi przedmiot umowy.
6. Wszelkie wymagane lub zalecane przed producenta sprzętu przeglądy serwisowe wraz z dojazdem do siedziby Zamawiającego i wymianą części w okresie gwarancyjnym, Wykonawca wykona w ramach ceny określonej w §2. Przeprowadzenie przeglądu serwisowego sprzętu Wykonawca potwierdzi stosownym protokołem i przekaże protokół Zamawiającemu.
7. Wykonanie przeglądu serwisowego lub naprawy w okresie gwarancyjnym poza siedzibą Zamawiającego może nastąpić wyłącznie za zgodą Zamawiającego.
8. Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i podzespołów oferowanych urządzeń medycznych w okresie min. 10 lat od dnia zakupu przedmiotu umowy.
9. Wykonawca zapewnia częstotliwość wykonywania przeglądów określoną przez producenta, tj. …………… przegląd/ przeglądy na rok. ( Zamawiający dopuszcza modyfikację zapisu poprzez określenie szczegółowe częstotliwości wymaganych przeglądów dla poszczególnych sprzętów dostarczanych przez Wykonawcę) zgodnie z treścią złożonej oferty.
10. O planowanym terminie wykonania przeglądu Wykonawca powiadomi Zamawiającego na co najmniej **4** tygodnie przed końcem ważności przeglądu sprzętu.
11. Na zakończenie okresu gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatny przegląd techniczny sprzętu. O terminie przeprowadzenia przeglądu technicznego Wykonawca powiadomi Zamawiającego. Przeprowadzenie przeglądu technicznego sprzętu Wykonawca potwierdzi stosownym protokołem i przekaże protokół Zamawiającemu.
12. W razie odrzucenia reklamacji przez Wykonawcę, Zamawiający może wystąpić o przeprowadzenie ekspertyzy przez rzeczoznawcę.
13. Jeżeli reklamacja Zamawiającego okaże się uzasadniona, koszty związane z przeprowadzeniem ekspertyzy ponosi Wykonawca.
14. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami niniejszej umowy a kartą gwarancyjną dołączoną przez Wykonawcę, pierwszeństwo mają zapisy niniejszego paragrafu.

18. Serwis gwarancyjny świadczy: ......................................................................

*(Nawa firmy, adres, nr tel., e-mail).*

**§ 7 Kary umowne**

1. W przypadku, gdy Wykonawca zwleka z dostarczeniem przedmiotu umowy poza termin określony w § 5 ust. 1, Zamawiający ma prawo żądać kary umownej w wysokości 0,3% wartości wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 2 ust.1, za każdy dzień zwłoki w dostawie. Łącznie kara umowna z tego tytułu nie może przekroczyć 20 % wynagrodzenia brutto.
2. Za zwłokę w naprawie sprzętu w okresie gwarancji poza termin określony w § 6 Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości **0,2%** ceny brutto wskazanej w §2 ust.1 umowy nie mniej niż **100,00 zł** za każdy dzień zwłoki w naprawie, jednak nie więcej niż 10% wartości brutto o której mowa w § 2 ust.1 umowy, kary umowne będą dotyczyły dni roboczych od pn-pt. (z wyłączeniem dni wolnych od pracy).
3. Za zwłokę w wykonaniu przeglądów sprzętu w okresie gwarancji, o których mowa w § 6 Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości **0,2%** ceny brutto wskazanej w §2 ust.1 nie mniej **niż 100,00 zł** za każdy dzień zwłoki w wykonaniu przeglądu, jednak nie więcej niż 10% wartości brutto o której mowa w § 2 ust.1 umowy.
4. W przypadku odstąpienia przez Zamawiającego od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w **wysokości 10%** ceny brutto niezrealizowanej części umowy, o której mowa w § 2 ust. 1.
5. W przypadku odstąpienia Zamawiającego od umowy z jego winy, Zamawiający zapłaci Wykonawcy karę umowną w wysokości **10%** ceny brutto umowy, o której mowa w § 2 ust. 1.
6. W przypadku odstąpienia Wykonawcy od umowy z przyczyn leżących po jego stronie, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości **10%** brutto niezrealizowanej części ceny umowy, o której mowa w § 2 ust. 1.
7. Odstąpienie od umowy przez Zamawiającego bądź przez Wykonawcę, nie powoduje wygaśnięcia obowiązku Wykonawcy, do zapłaty ewentualnych kar umownych powstałych i obliczonych zgodnie z regulacją § 7 ust.1,2,3 umowy.
8. W przypadku, gdy szkoda powstała przewyższa ustanowioną karę umowną, Zamawiający ma prawo żądać odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
9. Zamawiający zapłaci Wykonawcy za opóźnienie w zapłacie faktur odsetki w wysokości

ustawowej za każdy dzień opóźnienia.

1. Strony zachowują bez ograniczeń prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

Kary umowne będą potrącane z faktury Wykonawcy w oparciu o notę księgową wystawioną przez Zamawiającego, a w przypadku braku możliwości potrącenia, będą płatne przelewem na konto bankowe Zamawiającego wskazane w nocie księgowej w terminie 7 dni od daty otrzymania.

Kary będą potrącane automatycznie bez uzyskiwania zgody Wykonawcy.

**§ 8 Odstąpienie od umowy**

1. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od niniejszej umowy:

1) w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o zaistnieniu istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić podstawowemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu. W takim wypadku Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

2) jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:

a) dokonano zmiany umowy z naruszeniem art. 454 i art. 455 ustawy Pzp,

b) wykonawca w chwili zawarcia umowy podlegał wykluczeniu na podstawie art. 108 ustawy Pzp.,

c) Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej stwierdził, w ramach procedury przewidzianej w [art. 258](https://sip.lex.pl/#/document/17099384?unitId=art(258)&cm=DOCUMENT) Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, że Rzeczpospolita Polska uchybiła zobowiązaniom, które ciążą na niej na mocy Traktatów, [dyrektywy](https://sip.lex.pl/#/document/68413979?cm=DOCUMENT) 2014/24/UE, [dyrektywy](https://sip.lex.pl/#/document/68413980?cm=DOCUMENT) 2014/25/UE i [dyrektywy](https://sip.lex.pl/#/document/67894791?cm=DOCUMENT) 2009/81/WE, z uwagi na to, że Zamawiający udzielił zamówienia z naruszeniem prawa Unii Europejskiej.

d) Wykonawca przystąpił do likwidacji swojej firmy, z wyjątkiem likwidacji przeprowadzonej w celu przekształcenia

e) został wydany nakaz zajęcia majątku Wykonawcy lub Wykonawca ogłosił zrzeczenie się swojego majątku na rzecz wierzycieli,

3) w przypadku braku rozliczenia lub zwrotu zaliczki zgodnie z postanowieniami § 4 umowy, w terminie 7 dni od upływu terminu wskazanego przez Zamawiającego na dokonanie rozliczenia lub zwrotu zaliczki w wezwaniu, o którym mowa w § 4 ust. 10 umowy

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 lit. a, Zamawiający odstępuje od umowy w części, której zmiana dotyczy.

3.  W przypadkach, o których mowa w ust. 1, wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

4. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.

**§ 9 Zmiany umowy**

1. Zmiana nudniejszej umowy wymaga formy pisemnej , pod rygorem nieważności i może nastąpić w poniższych sytuacjach:

1) aktualizacji rozwiązań ze względu na postęp techniczny lub technologiczny (np. wycofanie z obrotu), zmiana nie może spowodować zmiany ceny ani obniżenia parametrów technicznych, jakościowych i innych wynikających z oferty na podstawie, której był dokonany wybór Wykonawcy;

2) konieczności zmiany terminu realizacji umowy z przyczyn niezawinionych przez Strony, zmiana nie może powodować zmiany ceny wynikającej z oferty Wykonawcy. Ewentualna zmiana może nastąpić po uprzednim uzyskaniu zgody Zamawiającego.

3) zmiany obowiązujących przepisów , jeżeli konieczne będzie dostosowanie treści umowy do aktualnego stanu prawnego;

4)zmiany sposobu rozliczenia umowy lub dokonywania płatności na rzecz Wykonawcy, na skutek zmian warunków dofinansowania zadania w szczególności wynikających ze zmian wytycznych Programu Rządowego Polski Ład: Program Inwestycji Strategicznych .

**§ 10 Postanowienia dotyczące elektromobilności**

Wykonawca oświadcza, iż od dnia 1 stycznia 2022r. udział pojazdów elektrycznych lub pojazdów napędzanych gazem ziemnym we flocie użytkowanych pojazdów przy wykonywaniu zamówienia będzie wynosił co najmniej 10% , zgodnie z art. 68 ust.3 ustawy z dnia 11 stycznia 2018r. o elektromobilności i paliwach alternatywnych i ewentualnych jej zmianach. W przypadku zmiany ustawy w zakresie terminu zapewnienia udziału pojazdów elektrycznych lub pojazdów napędzanych gazem ziemnym, wymagania w zakresie elektro mobilności określone w umowie stosuje się z uwzględnieniem zmian.

Wykonawca, po podpisaniu umowy, najpóźniej w dniu rozpoczęcia realizacji Umowy zobowiązany jest przedstawić Zamawiającemu wykaz floty pojazdów wykorzystywanych przy wykonywaniu zamówienia - ilość, nr rejestracyjny pojazdów, ze wskazaniem udziału pojazdów elektrycznych lub pojazdów napędzanych gazem ziemnym.

Brak pisemnego oświadczenia w wyznaczonym terminie może zostać potraktowany przez Zamawiającego jako niespełnienie wymogu ustawy o elektro mobilności i paliwach alternatywnych.

**§ 11 Postanowienia końcowe**

1. Zmiany niniejszej umowy wymagają zgody obu stron wyrażonej w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych.
3. W przypadku powstania sporu związanego z zawarciem , z obowiązywaniem, z wykładnią lub wykonaniem niniejszej Umowy o roszczenia cywilnoprawne w sprawach, w których zawarcie ugody jest dopuszczalne, Strony w pierwszej kolejności poddają ewentualny spór mediacjom lub innemu polubownemu rozwiązaniu sporu przed Sądem Polubownym przy Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej, wybranym mediatorem lub osobą prowadzącą inne polubowne rozwiązania sporu.
4. Spory mogące wyniknąć na tle niniejszej umowy, strony poddają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy rzeczowo i miejscowo dla siedziby Zamawiającego.
5. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.

**Załączniki**

*Oferta* Wykonawcy *z dnia……..wraz z załącznikami*

*SIWZ IMP.272.2.21.2022*

**ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA**

1. \* niepotrzebne skreślić

   Rozporządzenie parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (OGÓLNE ROZPORZĄDZENIE O OCHRONIE DANYCH) ( Dz. Urz. UE L119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosowanie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie) [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:

   obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;

   osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub

   osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

   w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-4)