

[pieczęćka firmowa]

OŚWIADCZENIE

O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na
dostawę mebli medycznych na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej
Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie

nr sprawy PN – 102/15/DJ , działając w imieniu i na rzecz firmy :

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

oświadczam/y, iż firma, którą reprezentuję:

- 1) posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie
- 3) dysponuje odpowiedni potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
- 4) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej realizację zamówienia

....., dnia2015 r.

.....

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

**niewłaściwe skreślić*

[pieczęć firmowa]

OŚWIADCZENIE

O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na
**Dostawę mebli medycznych na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej
Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie**

nr sprawy PN – 102/15/DJ , działając w imieniu i na rzecz firmy :

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

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

....., dnia2015 r.

.....

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

[pieczęćka firmowa]

OŚWIADCZENIE

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

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

Dostawę mebli medycznych na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej

Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie

nr sprawy PN –102 /15/DJ , oświadczam/y, że:

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

....., dnia2015 r.

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

*- **niepotrzebne skreślić**

OFERTA

My, niżej podpisani,, działając w imieniu i na rzecz (nazwa i adres Wykonawcy)

Tel.: Fax: E-mail:

NIP: Regon: województwo:

wpisanej do:

- Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy pod nr KRS,
- lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na dostawę **mebli medycznych na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie, nr sprawy PN-102/15/DJ, w zakresie:**

Pakiet nr 1*

Łóżka szpitalne z materacem - 3 szt.

Szafka przyłóżkowa - 3 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.1**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy

Pakiet nr 2*

Wózek reanimacyjny - 4 szt.

Asystor (wózek) zabiegowy, 5 szufladowy, wielofunkcyjny, mobilny - 2 szt.

Wózek zabiegowy, dwublatowy z 1 szufladą, mobilny - 6 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.2**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 3*

Wózek anestezjologiczny - 6 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.3**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 4*

Wózek do transportu narzędzi wraz z kuwetami, mobilny - 2 szt.

Wózek do przewożenia czystej i brudnej bielizny - 1 szt.

Stół do instrumentów chirurgicznych z hydrauliczną regulacją wysokości, typu "MAYO" - 3 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.4**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 5*

Fotel urologiczno - ginekologiczny automat z miską odpływową (podłączenie do kanalizacji) - 1 szt.

Fotel ginekologiczny z podnóżkiem - 1 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.5**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 6*

Stół wielofunkcyjny zabiegowy z podestem jednostopniowym i podłokietnikami do wklucia z regulacją wysokości i kąta nachylenia - 2 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.6**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 7*

Stół do wykonywania EKG (leżanka)z podnóżkiem - 1 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.7**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 8*

Wózek do przewożenia chorych wraz z koszem na butle tlenową, barierkami bocznymi, wieszakiem do kroplówek i materacem - 1 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.8**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 9*

Wózek do przewożenia chorych leżących mobilny, trzysegmentowy - 4 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.9**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

Pakiet nr 10*

Wózek siedzący do transportu pacjentów, składany - 5 szt.

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z tą dokumentacją i wypełnionym formularzem techniczno-cenowym (**zał.5.10**) za cenę: PLN netto (słownie złotych netto:

..... PLN brutto (słownie złotych brutto:

Oferujemy termin dostawy do tygodni od daty zawarcia umowy.

Oferujemy okres gwarancji miesięcy.

****należy wypełnić oferowany pakiet/pakiety, pozostałe przekreślić.***

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w SIWZ.
2. Oferujemy termin płatności dni (min. 60 dni) od daty dostarczenia towaru i faktury do Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że akceptujemy projekt umowy. Jednocześnie zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty podpisać umowę bez zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że oferowany przez nas asortyment jest zgodny z przedmiotem zamówienia szczegółowo opisanym w SIWZ, a dostawy wykonamy z należytą starannością, zgodnie z przedmiotem zamówienia szczegółowo opisanym w SIWZ.
5. Oświadczamy, że cena ofertowa zawiera wszystkie koszty związane z zakupem i dostawą oraz montażem i instalacją urządzeń w siedzibie Zamawiającego.
6. Informujemy, że zamierzamy* / nie zamierzamy* powierzyć części zamówienia podwykonawcom (jeżeli TAK, należy wskazać w ofercie części zamówienia, których wykonanie zostanie powierzone podwykonawcom) [*niepotrzebne skreślić]:
 - 1)
 - 2)
7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
9. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym:
.....tel.faks:e-mail:

Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

- 1) str.
- 2) str.
- 3) str.
- 4) str.
- 5) str.
- 6) str.

....., dnia
(miejscowość i data) (pieczęć i podpis)

Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy

Centrum Onkologii - Instytutem im. Marii Skłodowskiej – Curie z siedzibą 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000144803, NIP 525-000-80-57, Regon 000288366, zwanym dalej „Zamawiającym”, w imieniu którego działają:

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Warzocha - Dyrektor

a

.....

wpisanym do:

- Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS,
- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w dniu, NIP, Regon zwanym dalej „Wykonawcą”, w imieniu którego działają:

1.

2.

Wykonawcą wybranym w trybie art. 10 ust. 1 i art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. 907 z późn. zm.), **w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę mebli medycznych na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie., numer sprawy Pn-102/15/DJ**

§ 1

Przedmiotem umowy jest zakup i dostawa do Zamawiającego w Warszawie, ul. W.K. Roentgena 5, mebli medycznych na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie, wg pakietu zamówienia nr:....., zwanych dalej „towarem”, którego rodzaj, ilość oraz cenę brutto określa załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

§ 2

1. Wykonawca oświadcza, że towar będący przedmiotem umowy jest nowy, dobrej jakości, dopuszczony został do obrotu i do używania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107 poz. 679 z późn. zm).

2. Strony uzgadniają, że w zakres przedmiotu niniejszej umowy wchodzi również montaż i uruchomienie fabrycznie nowych mebli medycznych na potrzeby gabinetów zabiegowych Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie oraz przeszkolenie personelu w zakresie obsługi mebli medycznych.
3. Dostawa dla pakietu/ów nr nastąpi jednorazowo, nie później niż do (max. 6 tygodni) od dnia zawarcia umowy.
4. Wykonawca uzgodni z Zamawiającym szczegółowe terminy dostawy, montażu i uruchomienia towaru stanowiącego przedmiot umowy oraz szkolenia personelu Zamawiającego.

§ 3

1. Odbiór towaru nastąpi u Zamawiającego, w Przychodni Diagnostycznej Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie przy ul. W.K. Roentgena 5 na podstawie protokołu odbioru. Wykonawcę reprezentuje przy odbiorze Kierowca / Konwojent, a Zamawiającego upoważniony pracownik.
2. Po dostawie, montażu i uruchomieniu przedmiotu umowy oraz podpisaniu protokołu odbioru Wykonawca dostarczy fakturę VAT.

§ 4

1. Za zakupiony towar Zamawiający zapłaci Wykonawcy sumę cen jednostkowych określonych w załączniku nr 1 do umowy. Łączna wartość towaru wynosi:
brutto: PLN
(słownie:).
2. Koszt dostawy, montażu, uruchomienia i przeszkolenia personelu jest wliczony w cenę towaru.
3. Zapłata za dostarczony towar nastąpi przelewem w terminie (min. 60) dni od daty dostarczenia faktury i podpisanego bez zastrzeżeń protokołu odbioru, na konto Wykonawcy wskazane w fakturze.
4. Za datę zapłaty strony przyjmują datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego

§ 5

GWARANCJA

1. Wykonawca gwarantuje należyłą jakość dostarczonego towaru i zapewnia, że towar stanowiący przedmiot umowy jest nowy, posiada wymagane certyfikaty, został wprowadzony do obrotu i do używania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107 poz. 679 z późn. zm.).
2. Wykonawca dostarczy Zamawiającemu wraz z towarem następujące dokumenty:
 - a) kartę gwarancyjną w języku polskim,
 - b) paszport techniczny dot. pakietu nr 1, 4 poz.3, 5, 6, 9,
 - c) instrukcję obsługi w języku polskim kompatybilną z wymogami w dotyczącymi mycia i dezynfekcji i dekontaminacji określonymi w załączniku nr 1 do umowy,
 - d) wykaz autoryzowanych podmiotów serwisowych na terenie Polski, dot. pakietów: 5,6,9.
 - e) listę dostawców części zamiennych, dot. pakietów: 5,6,9.

f) kopię dokumentów w języku polskim dopuszczających przedmiot dostawy do obrotu i do używania wydanych przez podmioty upoważnione do wydawania.

3. Przeglądy gwarancyjne i konserwacje towaru zgodne z kartą gwarancyjną i instrukcją obsługi dokonywane będą na koszt Wykonawcy, w terminach uzgodnionych z Użytkownikiem towaru, zgodnie z zaleceniami producenta.
4. Wykonawca udziela pełnej gwarancji na dostarczony przedmiot umowy dla pakietu nr na **okres miesięcy** od dnia podpisania protokołu odbioru, o którym mowa w § 1.
5. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do bezpłatnego usuwania usterek i wad, jakie wystąpią w działaniu towaru, których przyczyną są wady tkwiące w dostarczonym towarze.
6. Wykonawca zobowiązuje się do usunięcia usterek i wad towaru w terminie **do ... godzin/dni roboczych** (odpowiednio dla pakietu) od czasu ich zgłoszenia, a w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy w terminie do **dni roboczych** (odpowiednio dla pakietu) od daty zgłoszenia.
7. W przypadku poważniejszej awarii towaru, Wykonawca dostarczy towar zastępczy do czasu zakończenia naprawy, **dotyczy pakietu nr 5,6 i 9.**
8. W przypadku niedostarczenia urządzenia zastępczego i/lub przekroczenia czasu naprawy aparatury Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty kary umownej, o której mowa w § 7 ust. 1 niniejszej umowy.
9. Potwierdzeniem wykonania naprawy gwarancyjnej będzie wpis do paszportu technicznego i karta pracy serwisu, podpisane przez upoważnionego przedstawiciela Przychodni Diagnostycznej i Kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej Zamawiającego.
10. Okres gwarancji ulega przedłużeniu o udokumentowany czas nie działania lub wadliwego działania towaru.
11. O każdym wypadku wadliwej pracy towaru Zamawiający zawiadomi Wykonawcę niezwłocznie za pośrednictwem faksu/ e-mail
12. Do zgłaszania Wykonawcy wady towaru Zamawiający upoważnia:
 - Kierownika Przychodni Diagnostycznej lub pracownika wyznaczonego przez Kierownika
 - Kierownika Działu Gospodarki Aparaturowej lub pracownika wyznaczonego przez Kierownika
13. W przypadku złożenia przez Zamawiającego 3 (trzech) uzasadnionych reklamacji w okresie gwarancji, Wykonawca zobowiązany jest do wymiany podzespołu/modułu/elementu/części na nową a w przypadku braku możliwości wymiany podzespołu/modułu/elementu/części, do wymiany towaru na nowy.

§ 6

1. O stwierdzonych wadach ilościowych i jakościowych w dostarczonym towarze Zamawiający zawiadomi Wykonawcę niezwłocznie, to jest nie później niż w terminie 7 dni od daty ich stwierdzenia.
2. Wykonawca jest zobowiązany do załatwienia reklamacji Zamawiającego w terminie 7 dni liczonych od daty otrzymania reklamacji. W przypadku dostawy towaru wadliwego Wykonawca wymieni ten towar na wolny od wad w powyżej określonym terminie.
3. Zamawiającemu przysługuje prawo odmowy przyjęcia towaru w przypadku:
 - 1/dostarczenia towaru niezgodnego z umową,
 - 2/dostarczenia towaru z opóźnieniem.

4. W przypadku wystąpienia osoby trzeciej przeciwko Zamawiającemu z tytułu wad prawnych do przedmiotu umowy, odpowiedzialność z tego tytułu ponosić będzie Wykonawca.

§ 7

1. W przypadku nie dostarczenia towaru w terminie określonym w umowie, o którym mowa w § 2 ust. 3, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,2 % wartości brutto towaru niedostarczonego w terminie za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia.
2. Kara w takiej samej wysokości przysługuje Zamawiającemu za każdy dzień opóźnienia w przypadku nieusunięcia wad i usterek w terminie określonym w §5 pkt. 6
3. W przypadku niedokonania wymiany towaru wadliwego na wolny od wad w terminie określonym w § 6 pkt. 2 Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,2% wartości brutto towaru nie wymienionego w terminie za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia w wymianie towaru.
1. W przypadku odstąpienia Zamawiającego od umowy z przyczyn za które odpowiada Wykonawca, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 20% wartości umowy brutto, niezależnie od kar, o których mowa w ust. 1 i 2 niniejszego paragrafu.
5. Zamawiający może dochodzić na zasadach ogólnych odszkodowania za szkodę, której wysokość przekracza zastrzeżone kary umowne.

§ 8

Zamawiający może odstąpić od umowy:

- 1) Na podstawie art. 145 ustawy Prawo Zamówień Publicznych, składając Wykonawcy odpowiednie oświadczenie na piśmie;
- 2) W przypadku nienależytego wykonywania lub niewykonania umowy przez Wykonawcę.

§ 9

1. W czasie obowiązywania umowy zmiana ceny następuje w przypadku:
 - 1) zmiany stawki podatku VAT w stopniu odpowiadającym tej zmianie, przy czym zmianie ulegnie wyłącznie cena brutto, cena netto pozostaje bez zmian,
 - 2) zmian cen urzędowych wprowadzonych rozporządzeniem właściwego Ministra, od daty wejścia w życie stosownych aktów prawnych, przy czym zmiana może dotyczyć wyłącznie obniżenia cen określonych w umowie
2. Zmiany mogą nastąpić w formie aneksu na wniosek strony, zawierający uzasadnienie proponowanej zmiany.

§ 10

1. Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa każdej ze Stron, uzyskane w związku z zawarciem niniejszej umowy oraz jej wykonywania stanowiąc będą informacje poufne Zamawiającego.
2. Strony zobowiązane są do nie ujawniania informacji poufnych jakiegokolwiek osobie trzeciej bez zgody drugiej Strony wyrażonej uprzednio na piśmie.
3. W przypadku ujawnienia takiej informacji poufnej wbrew postanowieniom ustępu poprzedzającego, Strona, która ujawniła informacje poufne ponosi odpowiedzialność

odszkodowawczą za szkodę wyrządzoną drugiej Stronie wskutek ujawnienia informacji poufnej.

§ 11

1. Wykonawca nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, w szczególności na podstawie umowy przelewu wierzytelności, umowy poręczenia, umowy zastawu ani żadnej innej podobnej umowy, wskutek której dochodzi do przeniesienia kwoty wierzytelności, przysługującej Wykonawcy, na osobę trzecią, w tym również do zarządzania i administrowania wierzytelnością.
2. Czynność prawna dokonana z naruszeniem ust. 2 jest nieważna.

§ 12

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie spory wynikłe z niniejszej umowy podlegać będą rozstrzygnięciu sądu właściwego miejscowo dla siedziby Zamawiającego.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.), ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2010 r., nr 107, poz. 679 z późn. zm.) i Kodeksu Cywilnego.
4. Umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załącznik nr 1 - formularz techniczno-cenowy - oferta Wykonawcy

Załącznik nr 2 - formularz ofertowy Wykonawcy

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

Załącznik nr 5.1 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 1

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Łóżko szpitalne z materacem	szt.	3					
2.	Szafka przyłóżkowa	szt.	3					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH (łóżko)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Szczyty łóżka tworzywowe z jednolitego odlewu bez miejsc klejenia/skręcania, 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 informacją: zablokowane/odblokowane.	Tak	
2.	Szczyt montowany do ramy leża za pomocą dwóch pojedynczych metalowych rurek zatopionych w wyprofilowanych otworach, które wsuwa się do tulei zlokalizowanych w narożnikach ramy łóżka. Nie dopuszcza się szczytów przykręcanych/montowanych do metalowej rury w kształcie litery C i U.	Tak	
3.	Barierki boczne metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leża nie powodujące poszerzenia łóżka, barierki składane poniżej poziomu materaca,	Tak	

	<p>mechanizm zwalniania barierki w jej górnej części, na ergonomicznej wysokości, składanie jedną ręką. Barierki boczne składające się z min trzech poprzeczek. Na jednej z poprzeczek elastyczna listwa ochronna. W celach bezpieczeństwa barierki odblokowywane w min dwóch ruchach.</p>		
4.	<p>Leże łóżka 4 – sekcyjne, w tym 3 ruchome. Leże wypełnienie panelami tworzywowymi. Panele gładkie, łatwo demontowalne, lekkie (maksymalna waga pojedynczego panelu poniżej 1kg) nadające się do dezynfekcji. W każdym ruchomym segmencie leża kilka pojedynczych paneli. Panele zabezpieczone przed przesuwaniem się i wypadnięciem poprzez system zatraskowy. Leże podparte w 8pkt, gwarantujące stabilność w każdym położeniu. Segmenty leża osadzone na dwóch wzdłużnych profilach stalowych, lakierowanych proszkowo, brak zewnętrznej ramy przy segmentach leża.</p>	Tak	
5.	<p>Koła metalowe o średnicy 125mm. Wewnętrzna część koła zabezpieczona tworzywowym spodkiem, koło montowane za pomocą metalowego uchwytu.</p>	Tak	
6.	<p>Koła blokowane indywidualnie, przyciskami umieszczonymi bezpośrednio przy kołach. Min 3 koła z blokadą jazdy i obrotu.</p>	Tak	
7.	<p>Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilota przewodowego dla pacjenta: regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, ud oraz wysokości, a także autokontur, podświetlane przyciski, pilot wyposażony w latarkę (1dioda LED), - Przewodowego panelu sterowania dla personelu: min. regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, 	Tak	

	ud oraz wysokości, funkcji przechyłów wzdłużnych, autokontur, pozycja antyszokowa, pozycja krzesła kardiologicznego i pozycja CPR. Panel z możliwością zawieszenia na szczycie od strony nóg oraz schowania w półce na pościel. Min. 3 oznaczone innymi kolorami strefy w panelu sterowania w celu bardziej intuicyjnej obsługi.		
8.	Długość zewnętrzna łóżka – 2230mm (+/- 50mm)	Tak, podać	
9.	Funkcja przedłużenia leża min 150mm	Tak, podać	
10.	Szerokość zewnętrzna łóżka – 945mm (+/-50mm)	Tak, Podać	
11.	Wymiary leża 2000mm x 900mm (+/- 20mm)	Tak, podać	
12.	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/. Nie dopuszcza się rozwiązań o wysokości minimalnej wyższej narażającej pacjenta na ryzyko upadków	Tak, podać	
13.	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° (+/-5°)	Tak, podać	
14.	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° (+/-5°)	Tak, podać	
15.	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	
16.	Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu lub w sytuacjach zaniku prądu. Diodowy wskaźnik stanu	Tak	

	naładowania akumulatora w panelu sterowania dla personelu.		
17.	Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków na pilocie dla pacjenta i z panelu sterowania dla personelu montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak	
18.	Funkcja autoregresji segmentu pleców oraz uda, niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min.9cm, w segmencie uda: min.5cm.	Tak, podać	
19.	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,	
20.	Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 15 – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak, podać	
21.	Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 15° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak, podać	
22.	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	
23.	Regulacja elektryczna do pozycji CPR, – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak	

24.	Regulacja elektryczna do pozycji antyszokowej – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak	
25.	Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (uruchamiane na panelu sterowniczym dla personelu) dla poszczególnych regulacji: - regulacji wysokości - regulacji części plecowej - regulacji części nożnej - przechyłu Trendelenburga i anty-Trendelenburga - pozycji krzesła kardiologicznego. Diodowe wskaźniki informujące o zablokowanych regulacjach w panelu dla personelu oraz w pilocie dla pacjenta.	Tak,	
26.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji. W przycisk aktywacji na panelu dla personelu i pilocie pacjenta.	Tak	
27.	Odłączenie wszelkich regulacji po 180 sekundach nieużywania regulacji, za wyjątkiem funkcji ratujących życie, np. CPR	Tak	
28.	Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie, np. CPR) funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze.	Tak	
29.	Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR,	Tak	
30.	Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na	Tak, podać	

	poziomie minimum 180 kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego. System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia.		
31.	System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polegający na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczenia dopuszczalnego obciążenia	Tak	
32.	Złącze wyrównania potencjału	Tak	
33.	Wyposażenie: - Materac piankowy w pokrowcu , paro przepuszczalnym dedykowany do oferowanego łóżka - barierki opisane powyżej, - półka na pościel, wysuwana na prowadnicach ślizgowych, - szafka przyłóżkowa o konstrukcji tworzywowej wraz z blatem z wypełnieniami z tworzywa. Szafka wyposażona w wysuwany spod blatu głównego blat do pisania, czytania lub postawienia kubka z piciem. Wysuwana szuflada i kontener z drzwiczkami z dwoma półkami na rzeczy pacjenta. Po bokach szafki haczyki i reling na ręcznik, chowane do boku szafki. Szafka na kółkach. Wymiary szafki : (wys. x szer. x gł.) 825x430x430 mm +/- 20 cm - szafka w kolorze łóżka - wieszak na kroplówki	Tak, podać	
34.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydrolu, rozpylanym w	TAK	

	pomieszczeniu.		
35.	Producent	TAK podać	
36.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK podać	Oferowany model/ Nazwa własna
INNE			
37.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	TAK (dokumenty załączyć)	
38.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Oferenta, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	TAK	
39.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – do 48 godzin od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 5 dni roboczych.	TAK	
40.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 34. -kartę gwarancyjną - paszport techniczny	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....

podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.2 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 2

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Wózek reanimacyjny	Szt.	4					
2.	Asystor (wózek)zabiegowy 5 szufladowy, wielofunkcyjny, mobilny	Szt.	2					
3.	Wózek zabiegowy dwublatowy z 1 szufladą, mobilny	Szt.	6					
Razem								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

(poz. 1 wózek reanimacyjny)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Konstrukcja wózka oparta na czterech kolumnach aluminiowych	TAK	
2.	Elementy wózka lakierowane farbami proszkowymi	TAK	
3.	Boki wykonane z aluminium	TAK	
4.	Uchwyty szuflad wykonane z ABS		
5.	Błat roboczy wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku OH18N9 zabezpieczony z 4 stron (zapobiegający wylewaniu się płynów)	TAK	
6.	3 uchwyty wykonane z pręta ze stali kwasoodpornej w gatunku OH18N9 zamocowane na blacie (po bokach i z tyłu wózka) - zabezpieczenie przy staczaniu się przedmiotów	TAK	

7.	Dodatkowy wysuwany blat z boku szafki (od węższej strony)	TAK	
8.	Podstawa wyposażona w odboje	TAK	
9.	5 szuflad z systemem cichego samo domykania, z czego jedna szuflada głębsza	TAK	
10.	Szuflady wyposażone w organizer z możliwością dowolnej konfiguracji	TAK	
11.	Maksymalna nośność szuflady 50 kg	TAK	
12.	Wyposażenie wózka: - płyta reanimacyjna - półka pod defibrylator - wieszak na kroplówki - przedłużacz elektryczny na 4 gniazda (do podłączania aparatury medycznej) - dwa kosze plastikowe (pojemność każdego z koszy min. 10l) - druciany koszyk na akcesoria - kosz na butlę z tlenem - pojemnik na cewniki	TAK	
13.	Szuflady zamykane zamkiem centralnym patentowym	TAK	
14.	Wymiary wózka: szerokość 650 mm (+/-20 mm) głębokość 475 mm (+/- 20 mm) wysokość 970 mm (+/- 20mm)	TAK, podać	
15.	Kolor do ustalenia	TAK	
16.	Cztery podwójne koła Ø 100 mm na oponkach gumowych, nie brudzących podłoża min. dwa z blokadą	TAK	
17.	Wszystkie elementy bezpieczne bez ostrych krawędzi	TAK	
18.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydroflu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
19.	Producent	TAK, podać	
20.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
21.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	TAK	
22.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po	TAK	

	uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym		
23.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 48 godzin czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 5 dni roboczych.	TAK	
24.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 18 -kartę gwarancyjną	TAK	

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

(poz. 2 Asystor (wózek) zabiegowy, 5 szufladowy, wielofunkcyjny, mobilny)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Obudowa płyta laminowana, okleina ABS	TAK	
2.	Wymiary: -szerokość 500 mm +/- 20 mm -wysokość: 835 mm +/- 20 mm -głębokość: 425 mm +/- 20 mm	TAK, podać	
3.	5 szuflad domykalnych samoczynnie wraz z organizerami na leki i sprzęt jednorazowy	TAK	
4.	Dolna szuflada o wysokości min. 230 mm	TAK, podać	
5	Błat roboczy zabezpieczony przed staczaniem się przedmiotów, odporny na zarysowania , wykonany z materiału odpornego na uszkodzenia	TAK	
6.	Koła z blokadą	TAK	
7.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiającymi mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem	TAK	

	Perhydrolu, rozpylanym w pomieszczeniu.		
8.	Kolor do ustalenia	TAK	
9.	Producent	TAK, podać	
10.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
11.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak, (załączyć dokument)	
12	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
13.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 48 godzin od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 5 dni roboczych.	TAK	
14.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 12 -kartę gwarancyjną	TAK	

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

(poz. 3 Wózek zabiegowy dwublatowy z 1 szufladą, mobilny)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Konstrukcja stelaża aluminiowa/stalowa lakierowana proszkowo lub ze stali kwasoodpornej	TAK, podać	
2.	Góra wózka - blat ze stali kwasoodpornej OH18N9 z wysuwaną szufladą, środek - blat w formie wyjmowanej tacy ze stali kwasoodpornej OH18N9, dół - półka koszowa. 1 x uchwyt do worka na odpady z pokrywą, 1 x koszyk na akcesoria 1x uchwyt do prowadzenia	TAK	

3.	Wymiary blatu roboczego: szer. 358 mm +/- 2 cm; długość 610 mm +/- 2 cm	TAK	
4.	Zespół jezdny: 4 kółka (2 koła z hamulcem)	TAK	
5.	Kolor do ustalenia	TAK	
6.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydrolu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
7.	Producent	TAK, podać	
8.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
9.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak, (załączyć dokument)	
10.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
11.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
12.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 6 -kartę gwarancyjną	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.3 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 3

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Wózek anestezjologiczny	Szt.	6					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

(poz. 1 Wózek anestezjologiczny)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Stelaż - profil aluminiowy lakierowany proszkowo	TAK	
2.	Błat ze stali lakierowanej proszkowo, z pogłębieniem, otoczony z 3 stron bandami	TAK	
3.	4xszuflady, 3xodcinki szyny instrumentalnej, 1xnadstawka 12 pojemników, 1x pojemnik na zużyte igły, 1xkosz na odpady, 1xkoszyk na akcesoria, 1x koszyk na cewniki	TAK	
4.	Uchwyt do prowadzenia wózka	TAK	
5.	Wymiary szafki: długość 60 cm, szer. 50 cm,+/- 2 cm, -wysokość od podłoża do blatu 100 cm +/-2 cm, -wysokość z nadstawką 170 cm (+/- 5 cm)	TAK, podać	
6.	Zespół jezdny: 4 kółka (2 koła z hamulcem)	TAK	
7.	Kolor do ustalenia	TAK	
8.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi	TAK	

	zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydrolu, rozpylanym w pomieszczeniu.		
9.	Producent	TAK, podać	
10.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
11.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	TAK, (załączyć dokument)	
12.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK, podać	
13.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
14.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 8 -kartę gwarancyjną	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....

podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.4 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 4

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1	Wózek do transportu narzędzi wraz z kuwetami, mobilny	Szt.	2					
2	Wózek do przewożenia brudnej i czystej bielizny	Szt.	1					
3	Stolik do instrumentów chirurgicznych z hydrauliczną regulacją wysokości, typu "MAYO"	Szt.	3					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

(poz. 1 Wózek do transportu narzędzi z kuwetami, mobilny)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Konstrukcja w całości wykonana ze stali kwasoodpornej 0H18N9	TAK	
2.	Wyposażony w dwa blaty (dolny i górny) zagłębione montowane na stałe. W górnym blacie umieszczone dwie wyjmowane kuwety min. w tym jedna z pokrywą wraz z uszczelkami	TAK	
3.	Wymiary kuwet: (dłg.xszerxgłęb.) -większa: 530x325x200 mm, +/- 20 mm -mniejsza 325x176x200 mm, (+/- 20 mm	TAK, podać	

4.	Dwa dodatkowe koszyki kompatybilne z kuwetami	TAK	
5.	Uchwyt do prowadzenia umieszczony przy krótszym boku	TAK	
6.	Wymiary wózka: długość: 750 mm +/- 20 mm szerokość: 380 mm +/- 20mm wysokość: 850 mm +/-20 mm	Tak, podać	
7.	Zespół jezdny: 4 kółka (2 koła z hamulcem)	TAK	
8.	Wózek wyposażony w odboje	TAK	
9.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydroflu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
10.	Producent	TAK, podać	
11.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
12.	Świadczenia dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	TAK, (załączyć dokument)	
13.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
14.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
15.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 9 -kartę gwarancyjną	TAK	

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

(poz. 2 Wózek do przewożenia czystej i brudnej bielizny, mobilny)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Wózek w całości wykonany ze stali kwasoodpornej OH18N9	TAK	
2.	Wyposażony w : - Szafkę z dwiema półkami w środku z możliwością regulacji zawieszenia, zamykana drzwiami z zamkiem -Błat wózka zabezpieczony z 3 stron przed zsuwaniem się przedmiotów -Uchwyt do prowadzenia wózka -z tyłu szafki 2 stelaże na worki foliowe 120L - stelaże z pokrywami podnoszone za pomocą pedału nożnego -uchwyt na worek wyposażony w nakładki uniemożliwiające zsuniecie się worka	TAK	
3.	Wymiary wózka: - długość: 1050 mm (+/- 120 mm) -szerokość: 580 mm (+/- 90 mm) - wysokość: 1080 mm (+/- 20 mm)	TAK	
4.	Zespół jezdny: 4 kółka (2 koła z hamulcem)	TAK	
5.	Dwa dodatkowe koszyki	TAK	
6.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydroflu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
7.	Producent	TAK, podać	
8.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
9.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	TAK, (załączyć dokument)	
10.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po	TAK	

	uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym		
11.	Czas usunięcia usterek i wad produktu –3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
12.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 6 -kartę gwarancyjną	TAK	

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

(poz. 3 Stolik do instrumentów chirurgicznych z hydrauliczną regulacją wysokości, typu "MAYO")

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Całość konstrukcji ze stali kwasoodpornej OH 18N9	TAK	
2.	Blat stolika zagłębiony z możliwością regulacji obrotu o 360° z blokadą położenia	TAK	
3.	Regulacja wysokości za pomocą podnośnika hydraulicznego w zakresie od 90 - do 135 cm +/- 3 cm	TAK	
4.	Możliwość regulacji wysokości stolika niezależnie od zablokowanej pozycji blatu	TAK	
5.	Wymiary blatu od 63 cm +/- 4cm do 47 cm +/- 6 cm	TAK, podać	
6.	Wszystkie elementy bezpieczne bez ostrych krawędzi	TAK	
7.	Podstawa jezdna w kształcie litery T lub Y trzy koła skrętne z blokadą	TAK, podać	
8.	Podstawa stolika umożliwiająca wjazd pod stół zabiegowy (z pakietu nr 6)	TAK	
9.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i	TAK	

	dekontaminację 6-12° roztworem Perhydroflu, rozpylanym w pomieszczeniu.		
10.	Producent	TAK, podać	
11.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
12.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	TAK, (załączyć dokument)	
13.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
14.	Czas usunięcia usterek i wad produktu –3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
15.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 9 -kartę gwarancyjną - paszport techniczny	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.5 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 5

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Fotel urologiczno-ginekologiczny, automat z miską odpływową (podłączenie do kanalizacji)	Szt.	1					
2.	Fotel ginekologiczny z podnóżkiem, automatyczny	Szt.	1					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH (Pozycja 1)

poz. 1. Fotel urologiczno-ginekologiczny

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
	Konstrukcja wykonana ze stali, pokryta powłoką ABS	TAK	
1.	Elektrycznie sterowana wysokość w zakresie - 55 - 95 cm (+/- 2 cm)	TAK, podać	
2.	Siedzisko regulowane silnikiem elektrycznym	TAK, podać	
3.	Położenie oparcia sterowane elektrycznie (gazowo)	TAK, podać	
4.	Elektryczny sterownik nożny z programowaniem pozycji	TAK	
5.	Minimalne obciążenie 175 kg	TAK, podać	
6.	Wymiary całkowite: -długość 180 cm (+/- 2 cm), - szerokość 63 cm (+/- 2 cm), - wysokość 55-95 cm (+/- 2 cm)	TAK, podać	
7.	Tapicerka bezszwowa, zmywalna, kolor do ustalenia	Tak, podać kolory	

8.	Zintegrowana rolka na papier podkładowy	TAK	
9.	Dwa podkolanniki	TAK	
10.	Wysuwana taca urologiczna pod siedziskiem min.6l	TAK	
11.	Montaż z podłączeniem do kanalizacji	TAK	
12.	Min. 1 zintegrowane gniazdo elektryczne w podstawie fotela	TAK	
13.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydroflu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
14.	Producent	TAK, podać	
15.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
16.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak, (załączyć dokument)	
17.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
18.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 48 godzin od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 5 dni roboczych.	TAK	
19.	W przypadku poważniejszej awarii produktu, Oferent gwarantuje produkt zastępczy na czas naprawy	TAK	
20.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 13 -kartę gwarancyjną - paszport techniczny	TAK	

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH (Pozycja 2)

poz. nr 2 Fotel ginekologiczny z podnóżkiem

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Elektrycznie sterowana wysokość siedziska w pozycji fotelowej w zakresie: 73 - 105 cm +/- 2 cm	TAK, podać	
2.	Położenie oparcia sterowane siłownikiem hydraulicznym	TAK	
3.	Sterownik nożny z programowaniem pozycji	TAK	
4.	Minimalne obciążenie 175 kg	TAK, podać	
5.	Wymiary całkowite: -długość 174 cm (+/- 2 cm); - szerokość 78 cm (+/- 2 cm); -wysokość - 73-105 cm (+/- 2 cm)	TAK, podać	
6.	Tapicerka bezszwowa, zmywalna, kolor do ustalenia	Tak, podać kolory	
7.	Pozycja Tlendelenburga i anty Tlendelenburga	TAK	
8.	Rolka papieru podkładowego umieszczona na uchwycie, listwy do mocowania wyposażenia na uchwycie i w siedzisku	Tak, podać	
9.	Wysuwana taca ginekologiczna pod siedziskiem min. 9l	TAK, podać	
10.	Podkolanniki z podręczkami i uchwyty wielopozycyjne	TAK	
11.	Podnóżek tapicerowany w kolorze fotela	TAK	
12.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydrolu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
13.	Producent	TAK, podać	
14.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
15.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	TAK, (załączyć dokument)	

16.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK, podać	
17.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 48 godzin od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 5 dni roboczych.	TAK	
18.	W przypadku poważniejszej awarii produktu, Oferent gwarantuje produkt zastępczy na czas naprawy	TAK	
19.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 12 -kartę gwarancyjną - paszport techniczny	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.6 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 6

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Stół wielofunkcyjny zabiegowy z podestem jednostopniowym i podłokietnikiem do wkłucia z regulacją wysokości i kąta nachylenia	Szt.	2					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH (Pozycja 1)

Stół zabiegowy wielofunkcyjny

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Konstrukcja stalowa malowana farbami epoksydowymi	TAK	
2.	Leże trzysegmentowe na kolumnach	TAK	
3.	Mechaniczna regulacja segmentu pleców 0-75°	TAK	
4.	3 elementowy zmywalny materac	TAK	
5.	Wymiary leża: 200 cm x 82 cm +/- 2 cm	TAK, podać	
6.	Elektryczna regulacja wysokości za pomocą pilota w zakresie 59 - 98 cm +/- 2 cm	TAK, podać	
7.	Uchwyt na pilota	Tak	
8.	Podstawa jezdna wyposażona w koła z blokadą	Tak	
9.	Funkcja Trendelburga i anty Trendelburga +/- 16°, (+/2°)	TAK	
10.	Obciążenie min 160 kg	TAK, podać	
11.	Podest stabilny jednostopniowy z materiału antypoślizgowego.	TAK	

12.	Kolor tapicerki do ustalenia	TAK	
13.	Podłokietnik pod rękę z miękką wyściółką, tapicerowany, na samodzielnej podstawie mobilny z możliwością regulacji wysokości i kąta nachylenia (regulacja z blokadą)	TAK	
14.	Konstrukcja stołu umożliwiająca wjazd stolika typu MAYO	TAK	
15.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydrolu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
16.	Producent	TAK, podać	
17.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
18.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak, (załączyć dokument)	
19.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
20.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 48 godzin od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 5 dni roboczych.	TAK	
21.	W przypadku poważniejszej awarii produktu, Oferent gwarantuje produkt zastępczy na czas naprawy	TAK	
22.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 15 -kartę gwarancyjną - paszport techniczny	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.7 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 7

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Stół do wykonywania EKG (leżanka) z podnóżkiem	Szt.	1					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH (Pozycja 1)

Stół do EKG (leżanka)

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Drewniany stelaż	TAK	
2.	Materac zmywalny	TAK	
3.	Wezgielowie regulowane	TAK	
	Wymiary: Długość: 190 cm -200 cm Szerokość: 70 cm – 80 cm	TAK, podać	
4.	Podajnik na ręcznik w rolce	TAK	
5.	Wysokość regulowana min. 55cm, max. 85 cm	TAK, podać	
6.	Półka pod leżem	TAK	
7.	Kolory do ustalenia	Tak, podać kolory stelaża i tapicerki	
8.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydrolu, rozpylanym w	TAK	

	pomieszczeniu.		
9.	Producent	TAK, podać	
10.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
11.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak, (załączyć dokument)	
12.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
13.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
14.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 8 -kartę gwarancyjną	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.8 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 8

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Wózek do przewożenia chorych wraz z koszem na butlę tlenową, barierkami bocznymi, wieszakiem do kroplówek i materacem	szt.	1					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Wózek do przewożenia chorych

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Konstrukcja stalowa, pokryta lakierem proszkowym, odporna na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne	TAK	
2.	Wymiary wózka w zakresach: 190-196 cm 60-66 cm	TAK, podać	
3.	Oparcie pleców regulowane za pomocą sprężyny gazowej	TAK	
4.	Leże wózka dwusegmentowe wypełnione tworzywem ABS	TAK	
5.	Wózek z regulacją wysokości leża realizowaną za pomocą mechanizmu śrubowego w zakresie min. 54cm-83cm	TAK, podać	
6.	Cztery koła jezdne o średnicy 150mm + piąte koło	TAK	
7.	Centralna blokada kół	TAK	
8.	Dopuszczalne obciążenie max. 170kg	TAK, podać	

9.	Plastikowa obudowa podłoża zasłaniająca inne elementy wózka	TAK	
10.	Barierki boczne z tworzywa ABS, opuszczane w dół	TAK	
11.	Materac z tkaniny paro przepuszczalnej, nieprzemakalnej z pasami umożliwiającymi przenoszenie pacjenta	TAK	
12.	Wieszak na kroplówki Kosz na butlę z tlenem	TAK	
13.	Kolor tapicerki do ustalenia	TAK	
14.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydroflu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
15.	Producent	TAK, podać	
16.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE			
17.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak, (załączyć dokument)	
18.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
19.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
20.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 14 -kartę gwarancyjną	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.9 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 9

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Wózek do przewożenia chorych leżących, mobilny, trzysegmentowy	szt.	4					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH (Pozycja 1)

Wózek do przewożenia chorych leżących, mobilny, trzysegmentowy

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Konstrukcja wykonana z profili stalowych, pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
2.	Leże trzysegmentowe przezierne dla promieni RTG	TAK	
3.	Regulacja oparcia pleców i ud dokonywana za pomocą sprężyn gazowych z blokadą	TAK	
4.	Pozycja Trendelenburga i anty T	TAK	
5.	Regulacja wysokości w zakresie 450mm-800mm +/- 20mm, za pomocą dźwigni nożnej	TAK, podać	
6.	Cztery podwójne koła jezdne z blokadą kierunkową	TAK	
7.	Materac wyposażony w uchwyty do przenoszenia pacjenta	TAK	
8.	Długość całkowita max. 2200 mm	TAK, podać	

9.	Szerokość całkowita max. 880 mm	TAK, podać	
10.	Wyposażone w składane barierki boczne, koszyk na butlę z tlenem, wieszak na kroplówkę, wieszak na rolkę papierową, krążki odbojowe, listwę aluminiową do mocowania wyposażenia dodatkowego	TAK	
11.	Kolor do ustalenia	TAK	
12.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydrolu, rozpylanym w pomieszczeniu.	TAK	
13.	Producent	TAK, podać	
14.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE:			
15.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak, (załączyć dokument)	
16.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
17.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 48 godzin od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 5 dni roboczych.	TAK	
18.	W przypadku poważniejszej awarii produktu, Oferent gwarantuje produkt zastępczy na czas naprawy	TAK	
19.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 12 -kartę gwarancyjną - paszport techniczny	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 5.10 do siwz PN-102/15/DJ

Zadanie nr: 10

LP.	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	j.m.	Liczba szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT PLN	Wartość brutto PLN
1.	Wózek inwalidzki z napędem ręcznym	szt.	5					
Razem:								

Wartość netto:.....PLN (słownie:.....PLN)

Wartość brutto:.....PLN (słownie:.....PLN)

ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH (Pozycja 1)

Wózek inwalidzki

Producent:.....Model:.....Rok produkcji:.....

LP.	Nazwa i opis parametru lub funkcji	Wartość lub zakres parametrów wymaganych	Wartość lub zakres parametrów oferowanych
1	2	3	4
1.	Rama stalowa, lakierowana proszkowo	TAK	
2.	Konstrukcja składana krzyżowo	TAK	
3.	Tapicerka zmywalna, łatwa w utrzymaniu higieny dezynfekowalna	TAK	
4.	Podnóżki zdejmowane i odchylane, długość regulowana	TAK	
5.	Zabezpieczający pas pod tydkami	TAK	
6.	Hamulec blokujący koła tylne dla osoby siedzącej	TAK	
7.	Elementy współpracujące ze sobą podczas składania i rozkładania wózka stalowe, chromowane	TAK	
8.	Koła tylne bezdętkowe rozmiar 24"	TAK	
	Koła przednie bezdętkowe rozmiar 200x45 mm	TAK	
9.	Szerokość siedziska 56 - 58 cm	TAK, podać	
10.	Dopuszczalne obciążenie max. 140 kg	TAK, podać	
11.	Oferowany produkt wykonany z materiałów umożliwiających mycie detergentami, dezynfekcję preparatami alkoholowymi zawierającymi min. 2 alkohole w tym etanol	TAK	

	min. 60g/100g płynu i dekontaminację 6-12° roztworem Perhydroflu, rozpylanym w pomieszczeniu.		
12.	Producent	TAK, podać	
13.	Oferowany model/ Nazwa własna	TAK, podać	
INNE:			
14.	Świadectwa dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski – zgodnie z aktualnymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych.	Tak (załączyć dokument)	
15.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje produktu w okresie objętym gwarancją, dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym	TAK	
16.	Czas usunięcia usterek i wad produktu – 3 dni od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 7 dni roboczych.	TAK	
17.	Wraz z produktem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi (kompatybilna z wymogami w dot. mycia i dezynfekcji i dekontaminacji wskazanymi w pkt. 11 -kartę gwarancyjną	TAK	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie 4 „Wartość lub zakres parametrów oferowanych”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....
podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy