

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2
Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie - Zdrój
Tel.: (032) 47 84 500 Faks: (032) 47 84 506
E-mail: szpital@wss2.pl
Strona internetowa: www.wss2.pl
Regon: 272790824 NIP: 633-10-45-778 KRS: 0000048508

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym
w trybie przetargu nieograniczonego na:

**Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju - powtórka**

Znak sprawy: BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia: 27.09.2016 r

Integralną część niniejszej SIWZ stanowią:

- Załącznik nr 1– Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych
- Załącznik nr 2– Formularz ofertowy
- Załącznik nr 3– Oświadczenie
- Załącznik nr 4– Wzór umowy
- Załącznik nr 5 – Oświadczenie dotyczące oferowanego asortymentu

Sporządziła: Dorota Czajka

Zatwierdziła pod względem formalnym: Monika Kokot
Jastrzębie - Zdrój, dnia 27.09.2016 r.

Zatwierdziła:

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2
w Jastrzębiu - Zdroju
Grażyna Kuczera

Zamawiający oczekuje, że Wykonawcy zapoznają się dokładnie z treścią niniejszej SIWZ.
Wykonawca ponosi ryzyko niedostarczenia wszystkich wymaganych informacji i dokumentów,
oraz przedłożenia oferty nie odpowiadającej wymaganiom określonym przez Zamawiającego

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2
Adres: Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój
Numer telefonu: (032) 47 84 500
Numer faksu: (032) 47 84 506
Adres e-mail: szpital@wss2.pl
Strona internetowa: www.wss2.pl

2. TRYB UDZIENIA ZAMÓWIENIA

- 2.1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 39 i nast. ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych zwanej dalej „ustawą PZP”.
- 2.2. W zakresie nieuregulowanym niniejszą Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, zwaną dalej „SIWZ”, zastosowanie mają przepisy ustawy PZP.
- 2.3. Wartości zamówienia nie przekracza równowartości kwoty określonej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP.

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 3.1. Przedmiotem zamówienia jest **zakup, dostawa i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju - powtórka BZP.38.382-27.16**
- 3.2. Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych stanowi Załącznik nr 1 do SIWZ.
- 3.3. Przedmiot zamówienia został podzielony na 9 pakietów (części), tj.:
 - Pakiet 1 – Aparat EKG
 - Pakiet 2 – Pompy infuzyjne
 - Pakiet 3 – Defibrylator z kardiowersją (wersja podstawowa)
 - Pakiet 4 – Pompy infuzyjne ze stacją dokującą
 - Pakiet 5 – Stół operacyjny
 - Pakiet 6 – Lampa operacyjna
 - Pakiet 7 – Defibrylator z kardiowersją (wersja ze sytmulacją nieinwazyjną)
 - Pakiet 8 – Aparat RTG z ramieniem C
 - Pakiet 9 – Stymulator z zestawem endokawitarnym
- 3.4. Wykonawca zobowiązany jest zrealizować zamówienie na zasadach i warunkach opisanych we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 4 do SIWZ.
- 3.5. Wspólny Słownik Zamówień CPV:
 - 33100000-1 - Urządzenia medyczne
 - 33182100-0 - Defibrylatory
 - 33162000-3 – Urządzenie i przyrządy używane na salach operacyjnych
- 3.6. Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych na poszczególne pakiety.
- 3.7. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych w ramach ustalonego pakietu na poszczególne pozycje.
- 3.8. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.
- 3.9. Zamawiający nie przewiduje możliwości udzielenie zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 7.

4. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

- 4.1. Dla Pakietów 1 – 3 termin realizacji przedmiotu zamówienia: od dnia podpisania umowy do 25.10.2016 roku.
- 4.2. Dla Pakietów 4 – 9 termin realizacji przedmiotu zamówienia: od dnia podpisania umowy do 10.11.2016 roku.
- 4.3. Termin wykonania przedmiotu umowy w zakresie Pakietów 4 - 9 może ulec zmianie za

zgodą Zamawiającego ze względu na przedłużające się przedmiotowe postępowanie o udzielenie zamówienia, skutkujące podpisaniem niniejszej umowy po 15.10.2016 r. W takiej sytuacji termin wykonania przedmiotu umowy zostanie przesunięty o uzasadnioną okolicznościami ilość dni ustaloną przez strony umowy na pisemny wniosek Wykonawcy. Zamawiający z uwagi na dotacyjny charakter źródła finansowania może nie wyrazić zgody na powyższą zmianę.

5. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

5.1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

- 1) nie podlegają wykluczeniu;
- 2) spełniają warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

5.2. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:

- a) warunki, o których mowa w rozdz. 5. pkt. 1. ppkt. 1) niniejszej SIWZ zostaną spełnione jeżeli żaden z wykonawców wchodzących w skład zespołu wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o zamówienie nie będzie podlegał wykluczeniu
- b) warunki, o których mowa w rozdz. 5 pkt 1 ppkt 2 niniejszej SIWZ zostaną spełnione jeżeli co najmniej jeden z Wykonawców wchodzących w skład zespołu Wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o zamówienie posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności.

6. PODSTAWY WYKLUCZENIA, O KTÓRYCH MOWA W ART. 24 UST. 5 USTAWY PZP

Zamawiający nie przewiduje wykluczenia Wykonawcy w przypadkach, o których mowa w art. 24 ust 5. ustawy PZP.

7. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA

7.1. Do oferty każdy wykonawca musi dołączyć aktualne na dzień składania ofert **oświadczenie w zakresie wskazanym w załączniku nr 3 do SIWZ**. Informacje zawarte w oświadczeniu będą stanowić wstępne potwierdzenie, że wykonawca nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.

7.2. W celu potwierdzenia że oferowana dostawa odpowiada określony wymaganiom Zamawiający zgodnie z art.26 ust.2 wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyższej oceniona do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 5 dni terminie aktualnych na dzień złożenia następujących oświadczeń lub dokumentów:

- a) Oświadczenie, że oferowany asortyment posiada dokumenty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP – **według załącznika nr 5**.
- b) Karty katalogowe (prospekty) z opisem produktów, w których został zaznaczony oferowany przedmiot zamówienia (pozycja z numerami katalogowymi)

7.3. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców oświadczenie o którym mowa w rozdz. 7. pkt. 7.1. niniejszej SIWZ składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Oświadczenie te ma potwierdzać spełnianie warunków udziału w postępowaniu, brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu, brak podstaw wykluczenia.

7.4. Na żądanie zamawiającego, wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu zamieszcza informacje o podwykonawcach w oświadczeniu, o którym mowa w rozdz. 7. pkt. 7.1. niniejszej SIWZ.

- 7.5. Zamawiający przed udzieleniem zamówienia może wezwać wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 5 dni terminie aktualnych na dzień złożenia oświadczeń lub dokumentów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów jakich może zadać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126) a mianowicie:
- odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia.
- 7.5 a) Wykonawca nie jest obowiązany do złożenia oświadczeń lub dokumentów potwierdzających brak podstaw do wykluczenia oraz spełnianie warunków udziału w postępowaniu, jeżeli zamawiający posiada oświadczenia lub dokumenty dotyczące tego wykonawcy lub 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352). **W takiej sytuacji wykonawca zobligowany jest do wskazania Zamawiającemu sygnatury postępowania, w którym wymagane dokumenty lub oświadczenia się znajdują.**
- 7.6. **Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 3 ustawy PZP, a także w rozdz. 12 ppkt. 12.7. niniejszej SIWZ, przekaze zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP. Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.**
- 7.7. W zakresie nie uregulowanym SIWZ, zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów jakich może zadać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126).
- 7.8. Jeżeli wykonawca niełoży oświadczenia, o którym mowa w rozdz. 7. pkt. 7.1. niniejszej SIWZ, oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy PZP, lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez zamawiającego wątpliwości, zamawiający wezwie do ich złożenia, uzupełnienia, poprawienia w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia oferta wykonawcy podlegałaby odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.

8. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIENIOWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI

- 8.1. Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje Zamawiający oraz Wykonawcy mogą przekazywać pisemnie, faksem lub drogą elektroniczną.
- 8.2. W korespondencji kierowanej do Zamawiającego Wykonawca winien posługiwać się numerem sprawy określonym w SIWZ.
- 8.3. Zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje przekazywane przez Wykonawcę pisemnie winny być składane na adres podane w rozdz. 1. niniejszego SIWZ.
- 8.4. Zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje przekazywane przez Wykonawcę drogą elektroniczną winny być kierowane na adres: zp@wss2.pl, a faksem na nr (032) 47 84 549.
- 8.5. Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia, wnioski oraz informacje przekazane za pomocą faksu lub w formie elektronicznej wymagają na żądanie każdej ze stron, niezwłocznego potwierdzenia faktu ich otrzymania.
- 8.6. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ.
- 8.7. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynie do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa terminu składania ofert (tj. 21.09.2016 r.), Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynie po upływie terminu, o którym mowa powyżej, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Zamawiający zamieści wyjaśnienia na stronie internetowej, na której udostępniono SIWZ.
- 8.8. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w rozdz. 8. pkt. 8.7. niniejszej SIWZ.
- 8.9. W przypadku rozbieżności pomiędzy treścią niniejszej SIWZ, a treścią udzielonych odpowiedzi, jako obowiązującą należy przyjąć treść pisma zawierającego późniejsze oświadczenie Zamawiającego.
- 8.10. Zamawiający nie przewiduje zwołania zebrania Wykonawców.
- 8.11. Osobą uprawnioną przez Zamawiającego do porozumiewania się z Wykonawcami jest:
Monika Kokot - Specjalista d/s Zamówień Publicznych
Tel.: (032) 47 84 561
Dorota Czajka – Referent d/s Zamówień Publicznych
Tel.: (032) 47 84 548
Kontakt możliwy w godzinach od 8:00 do 13:00
- 8.12. Jednocześnie Zamawiający informuje, że przepisy ustawy PZP nie pozwalają na jakikolwiek inny kontakt - zarówno z Zamawiającym jak i osobami uprawnionymi do porozumiewania się z Wykonawcami - niż wskazany w niniejszym rozdziale SIWZ. Oznacza to, że Zamawiający nie będzie reagował na inne formy kontaktowania się z nim, w szczególności na kontakt telefoniczny lub/i osobisty w swojej siedzibie.

9. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM

W niniejszym postępowaniu wadium nie obowiązuje.

10. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

- 10.1. Wykonawca będzie związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert. (art. 85 ust. 5 ustawy PZP).
- 10.2. Wykonawca może przedłużyć termin związania ofertą, na czas niezbędny do zawarcia umowy, samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego, z tym, że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres nie

- dłuższy jednak niż 60 dni.
- 10.3. Odmowa wyrażenia zgody na przedłużenie terminu związania ofertą nie powoduje utraty wadium.
- 10.4. Przedłużenie terminu związania ofertą jest dopuszczalne tylko z jednoczesnym przedłużeniem okresu ważności wadium albo, jeżeli nie jest to możliwe, z wniesieniem nowego wadium na przedłużony okres związania ofertą. Jeżeli przedłużenie terminu związania ofertą dokonywane jest po wyborze oferty najkorzystniejszej, obowiązek wniesienia nowego wadium lub jego przedłużenia dotyczy jedynie Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza.

11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

- 11.1. Oferta musi zawierać następujące oświadczenia i dokumenty:
- 1) wypełniony Formularz ofertowy sporządzony z wykorzystaniem wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SIWZ, zawierający w szczególności: wskazanie oferowanego przedmiotu zamówienia, łączną cenę ofertową brutto, zobowiązanie dotyczące terminu realizacji zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności, oświadczenie o okresie związania ofertą oraz o akceptacji wszystkich postanowień SIWZ i wzoru umowy bez zastrzeżeń, a także informację którą część zamówienia Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy;
 - 2) oświadczenia wymienione w rozdziale 7. ppkt. 7.1. – 7.5. niniejszej SIWZ;
 - 3) Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych (Załącznik nr 1 do SIWZ)
 - 4) **pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu, z którego wynika zakres, podpisane przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy (jeżeli Wykonawca jest reprezentowany przez pełnomocnika lub jeżeli istnieje ustawowy obowiązek ustanowienia pełnomocnika). UWAGA: Pełnomocnictwo powinno być przedstawione w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę udzielającą pełnomocnictwa lub kopii poświadczonej notarialnie**
- 11.2. Oferta musi być napisana w języku polskim, na maszynie do pisania, komputerze lub inną trwałą i czytelną techniką oraz podpisana przez osobę(y) upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy na zewnątrz i zaciągania zobowiązań w wysokości odpowiadającej cenie oferty.
- 11.3. W przypadku podpisania oferty oraz poświadczenia za zgodność z oryginałem kopii dokumentów przez osobę niewymienioną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Wykonawcy, należy do oferty dołączyć stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie.
- 11.4. Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.
- 11.5. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę, zawierającą jedną, jednoznacznie opisaną propozycję. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez danego Wykonawcę.
- 11.6. Treść złożonej oferty musi odpowiadać treści SIWZ.
- 11.7. Wykonawca poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 11.8. Zaleca się, aby każda zapisana strona oferty była ponumerowana kolejnymi numerami, a cała oferta wraz z załącznikami była w trwały sposób ze sobą połączona (np. zbindowana, zszyta uniemożliwiając jej samoistną dekompletację), oraz zawierała spis treści.
- 11.9. Poprawki lub zmiany (również przy użyciu korektora) w ofercie, powinny być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
- 11.10. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, w siedzibie Zamawiającego i oznakować w następujący sposób:

Oferta na: „Zakup, dostawa i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju - powtórka BZP.38.382-27.16 - Pakiet

nr.....”

Otworzyć na jawnym otwarciu ofert w [dniu 03.10. 2016 r. godz. 09:30”](#)

i opatrzyć nazwą i dokładnym adresem Wykonawcy.

- 11.11. Zamawiający informuje, iż zgodnie z art. 8 w zw. z art. 96 ust. 3 ustawy PZP oferty składane w postępowaniu o zamówienie publiczne są jawne i podlegają udostępnieniu od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.), jeśli Wykonawca w terminie składania ofert zastrzegł, że nie mogą one być udostępniane i jednocześnie wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
- 11.12. Zamawiający zaleca, aby informacje zastrzeżone, jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez Wykonawcę złożone w oddzielnej wewnętrznej kopercie z oznakowaniem „tajemnica przedsiębiorstwa”, lub spięte (zszyte) oddzielnie od pozostałych, jawnych elementów oferty. Brak jednoznacznego wskazania, które informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oznaczać będzie, że wszelkie oświadczenia i zaświadczenia składane w trakcie niniejszego postępowania są jawne bez zastrzeżeń.
- 11.13. Zastrzeżenie informacji, które nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji będzie traktowane, jako bezskuteczne i skutkować będzie zgodnie z uchwałą SN z 20 października 2005 (sygn. III CZP 74/05) ich odtajnieniem.
- 11.14. Zamawiający informuje, że w przypadku kiedy wykonawca otrzyma od niego wezwanie w trybie art. 90 ustawy PZP, a złożone przez niego wyjaśnienia i/lub dowody stanowiąc będą tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji Wykonawcy będzie przysługiwało prawo zastrzeżenia ich jako tajemnica przedsiębiorstwa. Przedmiotowe zastrzeżenie zamawiający uzna za skuteczne wyłącznie w sytuacji kiedy Wykonawca oprócz samego zastrzeżenia, jednocześnie wykaże, iż dane informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
- 11.15. Wykonawca może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonej oferty pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne zawiadomienie o wprowadzeniu zmian przed terminem składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone wg takich samych zasad, jak składana oferta tj. w kopercie odpowiednio oznakowanej napisem „ZMIANA”. Koperty oznaczone „ZMIANA” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Wykonawcy, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian, zostaną dołączone do oferty.
- 11.16. Wykonawca ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak wprowadzanie zmian i poprawek z napisem na kopercie „WYCOFANIE”. Koperty oznakowane w ten sposób będą otwierane w pierwszej kolejności po potwierdzeniu poprawności postępowania Wykonawcy oraz zgodności ze złożonymi ofertami. Koperty ofert wycofywanych nie będą otwierane.
- 11.17. Do przeliczenia na PLN wartości wskazanej w dokumentach złożonych na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu, wyrażonej w walutach innych niż PLN, Zamawiający przyjmie średni kurs publikowany przez Narodowy Bank Polski z dnia wszczęcia postępowania.
- 11.18. Oferta, której treść nie będzie odpowiadać treści SIWZ, z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 3 ustawy PZP zostanie odrzucona (art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy PZP). Wszelkie niejasności i obiekcje dotyczące treści zapisów w SIWZ należy zatem wyjaśnić z Zamawiającym przed terminem składania ofert w trybie przewidzianym w rozdziale 8. niniejszej SIWZ. Przepisy ustawy PZP nie przewidują negocjacji warunków udzielenia zamówienia, w tym zapisów projektu umowy, po terminie otwarcia ofert.

12. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

- 12.1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego w sekretariacie WSS Nr 2, w pokoju nr A1, na I piętrze, do **dnia 03.10.2016 r.**, do godziny 09:00 i zaadresować zgodnie z opisem przedstawionym w rozdziale 11. SIWZ.
- 12.2. Decydujące znaczenie dla oceny zachowania terminu składania ofert ma data i godzina wpływu oferty do Zamawiającego, a nie data jej wysłania przesyłką pocztową czy kurierską.
- 12.3. Oferta złożona po terminie wskazanym w rozdz. 12. ppkt. 12.1. niniejszej SIWZ zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 7a ustawy PZP.
- 12.4. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego – w Sali konferencyjnej na I piętrze (A 21) w **dniu 03.10.2016 r.**, o godzinie 09:30.
- 12.5. Otwarcie ofert jest jawne.
- 12.6. Podczas otwarcia ofert Zamawiający odczyta informacje, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy PZP.
- 12.7. **Niezwłocznie po otwarciu ofert zamawiający zamieści na**
 - a) **stronie www.bip.wss2.com informacje dotyczące: kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;**
 - b) **firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie;**
 - c) **ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.**

13. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY

- 13.1. Wykonawca określa cenę realizacji zamówienia poprzez wskazanie w Formularzu ofertowym sporządzonym wg wzoru stanowiącego Załączniki nr 2 do SIWZ łącznej ceny ofertowej brutto za realizację przedmiotu zamówienia w podziale na zadania, o których mowa w rozdziale III niniejszej SIWZ.
- 13.2. Wartość brutto oferty należy obliczyć zgodnie z Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych (Załącznik nr 1 do SIWZ).
- 13.3. W Zestawieniu parametrów techniczno-użytkowych Wykonawca zobowiązany jest do:
 - podania pozycji asortymentowej wchodzącej w skład pakietu (w odpowiednim wierszu tabeli);
 - wyliczenia i podania wartości brutto w danej pozycji (wierszu tabeli),
 - wyliczenia i podania ceny brutto oferty danej pozycji (wiersza) tabeli i umieszczenie sumy w pozycji „Razem”.
- 13.4. Łączna cena ofertowa brutto musi uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy określonym w niniejszej SIWZ.
- 13.5. Ceny muszą być: podane i wyliczone w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku (zasada zaokrąglenia – poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić w górę).
- 13.6. Cena oferty winna być wyrażona w złotych polskich (PLN).
- 13.7. Jeżeli w postępowaniu złożona będzie oferta, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. W takim przypadku Wykonawca, składając ofertę, jest zobligowany poinformować zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

14. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM WAG TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU

OCENY OFERT

14.1. Zamawiający będzie oceniał oferty według następującego kryterium:

a) dla Pakietu nr 1, 2, 3, 4, 7, 9.

LP.	NAZWA KRYTERIUM	WAGA
1.	Cena (C)	60%
2.	Termin gwarancji (TG)	30%
3.	Koszt Cyklu Życia Produktu (KŻP)	5%
4.	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia (ŻU)	5%

b) dla Pakietu nr 5, 6, 8.

LP.	NAZWA KRYTERIUM	WAGA
1.	Cena (C)	60%
2.	Termin gwarancji (TG)	20%
3.	Koszt Cyklu Życia Produktu (KŻP)	5%
4.	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia (ŻU)	5%
5.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (MRS)	10%

14.2. Punkty przyznawane za podane w pkt. 14.1. a) kryteria będą liczone według następujących wzorów:

NUMER KRYTERIUM	NAZWA KRYTERIUM I WZÓR
1.	<p>CENA (C)</p> $\text{Wartość punktowa ceny} = \frac{C_{\min}}{C_{\text{bad}}} \times 100 \times 60\%$ <p>gdzie: C_{bad} - cena brutto podana w ofercie badanej C_{\min} - najniższa cena brutto spośród wszystkich ofert</p>
2.	<p>Termin gwarancji (TG)</p> $\text{Wartość punktowa TG} = \frac{TG_{\text{bad}}}{TG_{\max}} \times 100 \times 30\%$ <p>gdzie: TG_{bad} – termin gwarancji podana w ofercie badanej TG_{\max} - najdłuższy termin gwarancji spośród wszystkich ofert</p>
3.	<p>Koszt Cyklu Życia Produktu (KŻP)</p> $K\dot{Z}P_{\min}$

	<p>Wartość punktowa KŻP = $\frac{\text{KŻP}_{\text{bad}}}{\text{KŻP}_{\text{min}}} \times 100 \times 5\%$</p> <p>gdzie: KŻP_{min} - najniższy koszt cyklu życia produktu spośród wszystkich ofert KŻP_{bad} - koszt cyklu życia produktu oferty badanej</p>
4.	<p>Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia (ŻU)</p> <p>Wartość punktowa ŻU = $\frac{\text{ŻU}_{\text{bad}}}{\text{ŻU}_{\text{max}}} \times 100 \times 5\%$</p> <p>gdzie: ŻU_{max} - Najwyższa żywotność zaoferowanego urządzenia spośród wszystkich ofert ŻU_{bad} - Żywotność zaoferowanego urządzenia oferty badanej</p>

UWAGA:

1. Termin gwarancji należy podać w miesiącach w Formularzu ofertowym – załącznik nr 2 do SIWZ.

2. MINIMALNY wymagany przez Zamawiającego okres gwarancji na wykonany przedmiot zamówienia wynosi **24 miesiące**. W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego niż wymagany okres gwarancji lub nie podanie (wpisanie) gwarancji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, jako niezgodną z SIWZ.

3. MAKSYMALNY okres gwarancji na wykonany przedmiot zamówienia uwzględniony do oceny ofert wynosi **60 miesięcy**. Jeżeli Wykonawca zaoferuje okres gwarancji dłuższy niż **60 miesięcy** do oceny ofert zostanie przyjęty okres 60 miesięcy.

14.3. Punkty przyznawane za podane w pkt. 14.1. b) kryteria będą liczone według następujących wzorów:

NUMER KRYTERIUM	NAZWA KRYTERIUM I WZÓR
1.	<p>CENA (C)</p> <p>Wartość punktowa ceny = $\frac{C_{\text{min}}}{C_{\text{bad}}} \times 100 \times 60\%$</p> <p>gdzie: C_{bad} - cena brutto podana w ofercie badanej C_{min} - najniższa cena brutto spośród wszystkich ofert</p>
2.	<p>Termin gwarancji (TG)</p> <p>Wartość punktowa TG = $\frac{\text{TG}_{\text{bad}}}{\text{TG}_{\text{max}}} \times 100 \times 20\%$</p> <p>gdzie: TG_{bad} – termin gwarancji podana w ofercie badanej TG_{max} - najdłuższy termin gwarancji spośród wszystkich ofert</p>

3.	<p>Koszt Cyklu Życia Produktu (KŻP)</p> $\text{Wartość punktowa KŻP} = \frac{\text{KŻP}_{\min}}{\text{KŻP}_{\text{bad}}} \times 100 \times 5\%$ <p>gdzie: KŻP_{\min} - najniższy koszt cyklu życia produktu spośród wszystkich ofert KŻP_{bad} - koszt cyklu życia produktu oferty badanej</p>
4.	<p>Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia (ŻU)</p> $\text{Wartość punktowa ŻU} = \frac{\text{ŻU}_{\text{bad}}}{\text{ŻU}_{\max}} \times 100 \times 5\%$ <p>gdzie: ŻU_{\max} - Najwyższa żywotność zaoferowanego urządzenia spośród wszystkich ofert ŻU_{bad} - Żywotność zaoferowanego urządzenia oferty badanej</p>
5.	<p>Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (MRS)</p> $\text{Wartość punktowa MRS} = \frac{\text{MRS}_{\min}}{\text{MRS}_{\text{bad}}} \times 100 \times 10\%$ <p>gdzie: MRS_{\min} - najszybsza reakcja serwisu spośród wszystkich ofert MRS_{bad} - szybkość reakcji serwisu oferty badanej</p>

UWAGA:

1. Termin gwarancji należy podać w miesiącach w Formularzu ofertowym – załącznik nr 2 do SIWZ.

2. MINIMALNY wymagany przez Zamawiającego okres gwarancji na wykonany przedmiot zamówienia wynosi **24 miesiące**. W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego niż wymagany okresu gwarancji lub nie podanie (wpisanie) gwarancji, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, jako niezgodną z SIWZ.

3. MAKSYMALNY okres gwarancji na wykonany przedmiot zamówienia uwzględniony do oceny ofert wynosi **60 miesięcy**. Jeżeli Wykonawca zaoferuje okres gwarancji dłuższy niż **60 miesięcy** do oceny ofert zostanie przyjęty okres 60 miesięcy.

14.4. Punkty wyliczone w każdym z ww. kryteriów zostaną zsumowane. W ten sposób Zamawiający uzyska ocenę końcową K. Spośród ofert niepodlegających odrzuceniu Zamawiający wybierze ofertę o najwyższej wartości oceny końcowej K. Wynik przedstawiony zostanie w punktach. Obliczenia będą prowadzone z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

$$\text{Dla Pakietów 1, 2, 3, 4, 7, 9} \quad K = C + TG + K\dot{Z}P + ZU$$

$$\text{Dla Pakietów 5, 6, 8} \quad K = C + TG + K\dot{Z}P + ZU + MRS$$

14.5. Maksymalna liczba punktów, możliwych do uzyskania przez Wykonawcę, będąca sumą wszystkich kryteriów wynosi 100.

14.6. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która otrzyma największą liczbę

punktów K obliczonych wg wzorów opisanych w pkt 14.1. Oceny dokonywać będą członkowie komisji przetargowej.

14.7. W toku dokonywania badania i oceny ofert Zamawiający może żądać udzielenia przez Wykonawcę wyjaśnień treści złożonej przez niego oferty.

14.8. Zamawiający poprawi omyłki w ofercie zgodnie z art. 87 ust. 2 Ustawy PZP.

14.9. Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli wystąpią okoliczności wskazane w art. 89 ust. 1 Ustawy PZP.

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

15.5. W celu podpisania umowy z wybranym Wykonawcą, Zamawiający prześle umowę do Wykonawcy drogą elektroniczną, a Wykonawca odeśle dwa jednobrzmiące egzemplarze podpisanej przez siebie umowy wraz z załącznikami w wersji papierowej na adres Zamawiającego. Następnie Zamawiający podpisze umowę i odeśle jeden z egzemplarzy na adres Wykonawcy lub Zamawiający zaprosi Wykonawcę do podpisania przedmiotowej umowy w siedzibie Zamawiającego.

15.6. W przypadku wyboru oferty złożonej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy przedstawienia umowy regulującej współpracę tych Wykonawców. Umowa taka winna określać strony umowy, cel działania, sposób współdziałania, zakres prac przewidzianych do wykonania każdemu z nich, solidarną odpowiedzialność za wykonanie zamówienia, oznaczenie czasu trwania konsorcjum (obejmującego okres realizacji przedmiotu zamówienia, gwarancji i rękojmi), wykluczenie możliwości wypowiedzenia umowy konsorcjum przez któregokolwiek z jego członków do czasu wykonania zamówienia.

15.7. Zawarcie umowy nastąpi wg wzoru Zamawiającego.

15.8. Postanowienia ustalone we wzorze umowy nie podlegają negocjacjom.

15.9. W przypadku, gdy Wykonawca, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający będzie mógł wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzenia ich ponownego badania i oceny chyba, że zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy PZP.

16. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY

Zamawiający nie wymaga zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

17. PODWYKONAWCY

Zamawiający, zgodnie z art. 36a i art. 36b Ustawy PZP, żąda wskazania przez Wykonawcę w ofercie części zamówienia, której wykonanie powierzy podwykonawcom. Stosowną deklarację do wypełnienia przez Wykonawcę zawarto w Formularzu oferty.

18. ISTOTNE DLA STORN POSTANOWIENIA, KTÓRE ZOSTANĄ WPROWADZONE DO TREŚCIE ZAWIERANEJ UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO, OGÓLNE WARUNKI UMOWY ALBO WZÓR UMOWY, JEŻELI ZAMAWIAJĄCY WYMAGA OD WYKONAWCY, ABY ZAWARŁ Z NIM UMOWĘ W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO NA TAKICH WARUNKACH

Wzór umowy, stanowi Załącznik nr 4 do SIWZ.

19. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ

19.5. Każdemu Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku

naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy PZP przysługują środki ochrony prawnej przewidziane w dziale VI ustawy PZP jak dla postępowań poniżej kwoty określonej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP.
19.6. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz SIWZ przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 ustawy PZP.

Zatwierdzono przez Komisję przetargową pod względem merytorycznym w [dniu 27.09.2016 r.](#)

Komisja przetargowa:

Przewodniczący
Monika Kokot

.....

Sekretarz:
Dorota Czajka

.....

Członek
Agnieszka Wiktor

.....

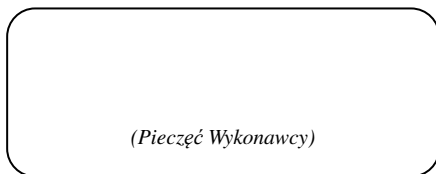
Członek
Eugeniusz Klapuch

.....

Zatwierdziła:

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu – Zdroju dnia [27.09. 2016 r.](#)

.....



ZAŁĄCZNIK NR 1

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 1 - Aparat EKG

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Aparat EKG	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
RAZEM:						

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

1. PAKIET 1: Aparat EKG

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	2016	TAK, podać	
2.	Aparat EKG 3, 6-cio, 12-to kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań		TAK	
3.	Tryb pracy	a. automatyczny b. ręczny	TAK, podać	
4.	Automatyczne wykrywanie załamek P, QRS, T oraz pomiar amplitud wszystkich załamek		TAK	
5.	Pomiar interwałów R-R, P-Q, Q-T oraz czasów trwania P i QRS		TAK	
6.	Pomiar poziomu i nachylenia odcinka ST		TAK	
7.	Ciągły pomiar HR		TAK	
8.	Obliczenie HR		TAK	
9.	Obliczenie osi elektrycznych załamek P, QRS, T		TAK	
10.	Wykrywanie implantowanego kardiostymulatora serca		TAK	
11.	Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń		TAK	
12.	Kolorowy wyświetlacz LCD min. 7", umożliwiający jednoczesne wyświetlenie 12 krzywych EKG		TAK	
13.	Aparat wyposażony w klawiaturę alfanumeryczną, funkcyjną oraz panel dotykowy		TAK	
14.	Pamięć wewnętrzna do przechowywania , z możliwością archiwizacji na zewnętrznym nośniku	Min. 1000 zapisów EKG	TAK, podać	
15.	Aparat wyposażony w porty USB	Min. 3	TAK, podać	
16.	Możliwość przesłania wyników badań bezpośrednio z aparatu na dowolny adres email lub inny aparat EKG		TAK	
17.	Komunikacja z siecią LAN/Internet bezprzewodowo (WIFI) oraz przewodowo (ETHERNET)		TAK	
18.	Odbiór zleceń w standardzie HL7 na wykonywanie badań EKG, a po wykonaniu zleczonego badania, wysyłanie zaakceptowanego badania do systemu zlecającego		TAK	

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
19.	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych		TAK	
20.	Cyfrowa filtracja zakłóceń mięśniowych		TAK	
21.	Cyfrowa filtracja linii izoelektrycznej		TAK	
22.	Drukarka wbudowana w aparat		TAK	
23.	Wydruk na papierze o szerokości	Min. 112 mm	TAK, podać	
24.	Prędkość zapisu	Min. 5; 10; 25; 50 mm/s	TAK, podać	
25.	Czułość wydruku	Min. 2,5; 5; 10; 20 mm/mV	TAK, podać	
26.	Możliwość wydruku bezpośrednio z aparatu na drukarce zewnętrznej, na papierze formatu A4		TAK	
27.	Sygnalizacja odłączonych odprowadzeń		TAK	
28.	Sygnalizacja poziomu naładowania akumulatora		TAK	
29.	Komunikacja w języku polskim		TAK	
II.	Dodatkowo:			
1.	Kabel pacjenta	2 sztuki	TAK, podać	
2.	Elektrody kończynowe	4 sztuki	TAK, podać	
3.	Elektrody przedsercowe przyssawkowe	6 sztuk	TAK, podać	
4.	Rolka papieru dostarczona wraz z aparatem	2 rolki	TAK, podać	
5.	Drukarka laserowa monochromatyczna A4		TAK	
6.	Wózek do aparatu z możliwością blokady kół, wyposażony w minimum jeden pojemnik na akcesoria oraz półkę na drukarkę zewnętrzną A4		TAK	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	

4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	

2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawić do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	<p>Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu.</p> <p>W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymalnie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni.</p> <p style="text-align: center;">A</p>		<p>TAK, podać całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1 r/g, 2 zł za km itp.)</p> zł brutto
2.	<p>Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]*</p> <p style="text-align: center;">B</p>		TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	<p>Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia</p> <p style="text-align: center;">C</p>		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia
3a	<p>Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 2h dziennie</p> <p style="text-align: center;">D</p>		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)

4.	<p>Całkowity roczny koszt materiałów eksploatacyjnych według gramatury i zużycia Zamawiającego (papier) proszę podać koszt</p> <p style="text-align: center;">E</p>		TAK, podać i wyliczyć według wzoru	<p>a) Koszt żelu do aparatu zł brutto o pojemności 1 l x 1 l na rok = zł brutto</p> <p>nazwa, producent, nr katalogowy</p> <p>b) Koszt papieru zł brutto x 14 rolek na rok = zł brutto</p> <p>nazwa, producent, nr katalogowy</p> <p>Całkowity roczny koszt materiałów eksploatacyjnych według gramatury i zużycia Zamawiającego: zł brutto</p>
VI	<p>Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia</p>			
1.	<p>Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia – przy założeniu pracy aparatu 2h dziennie</p> <p style="text-align: center;">F</p>		TAK, podać	<p>Maksymalna ilość możliwych do wykonania badań w okresie „żywności” urządzenia(h)</p>

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times F) + (E \times D) \text{ ***}$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

*(Pieczęć Wykonawcy)*ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 2 – Pompy infuzyjne

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Pompy infuzyjne	3 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

1. PAKIET 2 - Pompy infuzyjne

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Strzykawka mocowana automatyzowanie (od przodu)		TAK	
3.	Możliwość prowadzenie znieczulania zewnątrzoponowego		TAK	
4.	Możliwość współpracy ze stacją dokującą		TAK	
6.	Zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub wbudowanego zasilacza wewnętrznego		TAK, podać	
7.	Masa pompy	Max 2,5 kg	TAK, podać	
8.	Odsączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych albo uchwyt do przenoszenia i mocowania do rur pionowych i poziomych zintegrowany z pompą,		TAK, podać	
9.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na	Min. 9 poziomach	TAK, podać	
10.	Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnieniu strzykawki podczas wymiany		TAK	
11.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji		TAK	
12.	Różne tryby infuzji: - Wzrost – Utrzymanie – Spadek - Programowanie na min. 12 cykli o różnych parametrach, - Podaż okresowa z przerwami, - Dawka w czasie, - Kalkulacja prędkości dawki,		TAK, podać	
13.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem masy ciała lub też nie w odniesieniu do czasu		TAK	
14.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości:	5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów	TAK, podać	
15.	Szybkość dozowania w zakresie	min od 01 – 999,9 ml/h	TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
16.	Szybkość dozowania Bolus-a	min. do 1800 ml/h	TAK, podać	

17.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne Oddziały		TAK	
18.	Leki, zawarte w Bibliotece Leków są powiązane z parametrami infuzji : - limity względne min-max - limity bezwzględne min-max - parametry standardowe		TAK	
19.	Możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji		TAK	
20.	Strzykawki montowane od czoła a nie od góry pompy		TAK	
21.	Bolus manualny i automatyczny		TAK	
22.	Programowanie parametrów podaży Bolus-a (objętość,dawka; czas lub szybkość podaży)		TAK	
23.	Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymania infuzji		TAK	
24.	Klawiatura numeryczna lub nawigacyjna do wprowadzania wartości parametrów infuzji		TAK	
25.	Menu w języku polskim		TAK	
26.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej – min. 2 pompy		TAK	
27.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/ stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet – złącze RJ45		TAK	
28.	Alarm otwartego uchwytu strzykawki, pompa uszkodzona, akumulator rozładowany, pusta strzykawka		TAK	
29.	Mocowanie pojedynczej pompy do statywów oraz stacji dokującej nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego		TAK	
II	Dodatkowo			
.				
1.	Statyw / Stojak do pomp infuzyjnych - 1 sztuka		TAK	
2.	Zasilacz do pomp - 3 sztuki (jeśli jest konieczny)		TAK/NIE	
3.	Uchwyty do pomp - 3 sztuki (jeśli jest konieczny)		TAK/NIE	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	

3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaofiarowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	

4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawione w tym rozdziale dane podstawić do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać Całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2.	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....
3a	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 10h dziennie D		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)
VI.	Żywotność (wydajność) zaofertowanego urządzenia		TAK, podać	
1.	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia przy założeniu 10h dziennie E		TAK, podać	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia w okresie jego „żywności”(h)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times E)$ ***

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

*(Pieczęć Wykonawcy)*ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 3 – Defibrylator z kardiowersją (wersja podstawowa)

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Defibrylator z kardiowersją	2 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

1. PAKIET 3 - Defibrylator z kardiowersją

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Dwufazowy defibrylator z kardiowersją		TAK	
3.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe (230V AC 50-60 Hz + akumulator wewnętrzny)		TAK, podać	
	Parametry ogólne:			
1.	Defibrylacja dwufazowa		TAK, podać	
2.	Defibrylacja dla dzieci i dorosłych		TAK, podać	
3.	Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym		TAK, podać	
4.	Tryb pracy:	Ręczny, Kardiowersja,	TAK, podać	
5.	Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii:	Min. 2 – 200 J	TAK, podać	
7.	Czas ładowania do maksymalnej wartości energii	Max; 10 s	TAK, podać	
8.	Możliwość wykonania kardiowersji		TAK	
9.	Ekran kolorowy LCD o przekątnej	Min. 5,5"	TAK, podać	
10.	Ekran wysokiej rozdzielczości, podświetlany		TAK, podać	
11.	Wyświetlanie na ekranie defibrylatora min. 2 krzywych dynamicznych		TAK, podać	
12.	Wydruk zapisu na drukarce termicznej		TAK	
13.	Prędkość wydruku 25 mm/s		TAK	
14.	Wydruk na papierze termicznym	Min 50mm szerokości	TAK, podać	
15.	Wydruk automatyczny – konfigurowalny		TAK	
II.	Możliwość rozbudowy:			
16.	Możliwość rozbudowy o monitorowanie SpO2		TAK	
17.	Możliwość rozbudowy o tryb AED			
18.	Możliwość rozbudowy o pomiar NiBP			
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
19.	Możliwość rozbudowy o Stymulację nieinwazyjną		TAK	
20.	Przechowywanie danych		Tak, podać	

20a	Wewnętrzna pamięć zdarzeń	Min. 100 zdarzeń lub z możliwością przechowywania maksymalnie 8-godzinnego zapisu 2 ciągłych krzywych EKG, 1 krzywej pletyzmograficznej, 1 krzywej kapnogramu, krzywych badawczych (tylko tryb AED), zdarzeń i danych trendów dla każdego podsumowania zdarzeń, przy maksymalnej pojemności wynoszącej około 50 podsumowań zdarzeń o długości około 30 minut lub ostatnich 900 zdarzeń defibrylatora oraz ciągły zapis ostatnich 6 godzin krzywej EKG, wartości liczbowych HR oraz trendów	TAK, podać	
20b	Wbudowany port USB lub interfejs do przenoszenia danych z zewnętrznymi uderzeń oraz aktualizowania oprogramowania		TAK, podać	
21.	Codzienny auto test bez udziału użytkownika lub auto-test z ustawioną przez użytkownika częstotliwością oraz godziną wykonania testu, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230 V - defibrylator powinien być w tym samym czasie: wyłączony, mieć zainstalowany akumulator i podłączony do sieci elektrycznej		TAK	
22.	Monitorowania EKG dla 3 odprowadzeń		TAK	
23.	Pomiar częstości akcji serca	Min. 30-300 uderzeń/ minutę	TAK	
24.	Wzmocnienie sygnału EKG na min. 4 poziomach		TAK, podać	
25.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim		TAK	
26.	Wyświetlanie wartości ustawionej energii		TAK	
27.	Wyświetlanie rodzaju defibrylacji:	ręczna,	TAK	
28.	Monitorowanie i wyświetlanie sygnału EKG		TAK	
29.	Wyświetlanie wartości częstości rytmu		TAK	
30.	Wyświetlenie stanu naładowania akumulatora		TAK	
31.	Czas pracy w trybie monitorowania przy zasilaniu z akumulatorów	Min. 1,5 h	TAK, podać	
32.	Automatyczne ładowanie akumulatorów z zasilacza sieciowego wbudowanego w defibrylator		TAK	
33.	Ustawienie poziomu alarmów dla wszystkich monitorowanych parametrów		TAK	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek	Parametr / Warunek

			wymagany	oferowany (podać zakres lub opisać)
34.	Sygnalizacja alarmów wizualna i dźwiękowa		TAK	
35.	Torba ochronna z kieszeniami na akcesoria		TAK	
36.	Waga defibrylatora	nie większa niż 7,2 kg	TAK, podać	
III. Wyposażenie				
1.	Kabel EKG 3 odprowadzeniowy		TAK	
2.	Kabel do defibrylacji z elektrod naklejanych lub defibrylator wyposażony w 2 komplety elektrod defibrylacyjne-stymulacyjnych ze zintegrowanym kablem przyłączeniowym		TAK	
3.	2 komplety elektrod do defibrylacji		TAK, podać	
4.	Łyżki twarde dla dorosłych		TAK	
IV. Warunki gwarancji i serwisu:				
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	

8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin. (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkownika w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymalnie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1 r/g, 2 zł za km itp.)brutto

2.	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]*		TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia, Zamawiający przyjmuje 10 lat – okres użytkowania B		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w ciągu roku
VI	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia			
1.	Zalecany przez producenta okres użytkowania urządzenia (lata)		TAK, podać	Maksymalna „żywności” urządzenia(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

KŻP = (A x B) ***

***** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.**

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 4 – Pompy infuzyjne ze stacją dokującą

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Pompy infuzyjne ze stacją dokującą	3 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 4 : Pompy infuzyjne ze stacją dokującą

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Strzykawka mocowana automatyzowanie (od przodu)		TAK	
3.	Możliwość prowadzenie znieczulania zewnątrzoponowego		TAK	
4.	Możliwość współpracy ze stacją dokującą		TAK	
6.	Zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego, wewnętrznego lub stacji dokującej		TAK	
7.	Masa pompy	Max 2,5 kg	TAK, podać	
8.	Odłączalny lub zintegrowany z pompą uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych		TAK, podać	
9.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji lub podświetlany ekran z możliwością regulacji	Min. 9 poziomach	TAK, podać	
10.	Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany		TAK	
11.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji		TAK	
12.	Różne tryby infuzji: - Wzrost – Utrzymanie – Spadek - Programowanie na min. 12 cykli o różnych parametrach, - Podaż okresowa z przerwami, - Dawka w czasie, - Kalkulacja prędkości dawki,		TAK, podać	
13.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem masy ciała lub też nie w odniesieniu do czasu		TAK	
14.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości:	5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów	TAK, podać	
15.	Szybkość dozowania w zakresie	min od 01 – 999,9 ml/h	TAK, podać	
16.	Szybkość dozowania Bolus-a	min. do 1800 ml/h	TAK, podać	

17.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne Oddziały		TAK	
18.	Leki, zawarte w Bibliotece Leków są powiązane z parametrami infuzji : - limity względne min-max - limity bezwzględne min-max - parametry standardowe		TAK	
19.	Możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji		TAK	
20.	Strzykawki montowane od czoła a nie od góry pompy		TAK	
21.	Bolus manualny i automatyczny		TAK	
22.	Programowanie parametrów podaży Bolus-a (objętość,dawka; czas lub szybkość podaży)		TAK	
23.	Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymania infuzji		TAK	
24.	Klawiatura numeryczna lub nawigacyjna do wprowadzania wartości parametrów infuzji		TAK	
25.	Menu w języku polskim		TAK	
26.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej – min 2pompy		TAK, podać	
27.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/ stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet – złącze RJ45		TAK	
28.	Alarm otwartego uchwytu strzykawki, pompa uszkodzona, akumulator rozładowany, pusta strzykawka		TAK	
29.	Mocowanie pojedynczej pompy do statywów oraz stacji dokującej nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego		TAK	
II.	Stacja dokująca			
1.	Możliwość mocowania min 4 pomp infuzyjnych		TAK	
2.	Mocowanie stacji do pionowych rur, kolumn		TAK	
3.	Zasilanie 230 V AC, 50-60 Hz		TAK	
4.	Zasilanie pomp ze stacji dokującej – automatyczne przyłączenie zasilania po włożeniu pompy		TAK	
5.	System szybkiego mocowania pompy w stacji dokującej – bez konieczności demontażu elementów pompy		TAK	
6.	Możliwość szybkiego wyjęcia ze stacji dowolnej pompy		TAK	
7.	Uchwyt do swobodnego przenoszenia		TAK	
8.	Stacja wyposażona w sygnalizację świetlną		TAK	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			

1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)

8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
VI.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawić do przygotowanego wzoru i wyliczyć	

1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać Całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2.	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....
3a	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 10h dziennie D		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)
VI.	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia		TAK, podać	
1.	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia przy założeniu 10h dziennie E		TAK, podać	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia w okresie jego „żywności”.....(h)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenie zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times E) ***$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 5 – Stół operacyjny

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Stół operacyjny	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
RAZEM:						

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 5: Stół operacyjny

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Stół do operacji ogólnochirurgicznych		TAK	
3.	<p>Konfiguracja blatu stołu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - podglówek płytowy na całą szerokość blatu, - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe) lub bez możliwości wypiętrzenia klatki piersiowej lub oparcie pleców dzielone jest w proporcji 1:3 z możliwością mechanicznego wypiętrzenia klatki piersiowej - płyta lędźwiowa, - podnóżki: lewy i prawy. <p>Blat z możliwością zamiany lub bez możliwości zamiany miejscami podnóżków z podglówkiem.</p> <p>Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.</p> <p>Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem lub bez powyższych ograniczników</p>		TAK, podać	
4.	Napęd stołu elektrohydrauliczny lub elektromechaniczny bez systemu antykolizyjnego. Stół wyposażony w system antykolizyjny uniemożliwiający (w przypadku funkcji przechyłów bocznych i wzdłużnych przy wypoziomowanym blacie) uderzenie blatu stołu o podłogę i spowodowanie zagrożenia życia pacjenta oraz uszkodzenia stołu		TAK	

5.	Długość stołu z blatem	2050 mm (+/- 20 mm) lub 2160 mm (+/- 50 mm) lub 2100 mm	TAK, podać	
6.	Całkowita szerokość blatu	570 mm (+/- 20 mm) lub 615mm	TAK	
7.	Regulacja wysokości	720 do 1160 mm (+/- 20 mm) lub 550 do 1000 mm (+/- 50 mm) lub od 650 do 1010mm	TAK, podać	
8.	Regulacja oparcia pleców	- 45° do 85° (+/- 15°)	TAK, podać	
9.	Regulacja podglówka	- 55° do 60° (+/- 15°) lub -90° do +60°	TAK, podać	
10.	Przechyły boczne	min. $\pm 25^\circ$	TAK, podać	
11.	Przechył Trendelenburga	min: 30°	TAK, podać	
12.	Przechył anty-Trendelenburga	40° lub 25° lub 30°	TAK, podać	
13.	Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej	- 90° do 30° (+/- 5°)	TAK, podać	
14.	Przesuw wzdłużny blatu : min. 300 mm realizowany przez napęd elektromechaniczny w celu pełnej współpracy z ramieniem C. Nie dopuszcza się do zaferowania stołów z ręcznym przesuwem wzdłużnym.		TAK, podać	
15.	Regulacja pilotem następujących pozycji: regulacja wysokości regulacja oparcia pleców funkcji flex/reflex (po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego, odpowiedniego dla realizowanej funkcji przycisku) wypiętrzenie klatki piersiowej przechyły wzdłużne i boczne pozycji „0” z jednego przycisku- poziomowanie blatu wraz z segmentem oparcia pleców oraz wypiętrzeniem klatki piersiowej przesuw wzdłużny blatu lub - regulacja wysokości - regulacja oparcia pleców - regulacja funkcji flex/reflex po naciśnięciu i przytrzymaniu odpowiednich dla realizowanej funkcji przycisków		TAK	

	- regulacja funkcji przechyłów wzdłużnych i bocznych - regulacja pozycji „0” z jednego przycisku -wypiętrzenie klatki piersiowej realizowane mechanicznie lub możliwość poziomowania blatu z pilota poprzez układ elektrohydrauliczny z wyłączeniem wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego mechanicznie Pilot wyposażony we włącznik wszystkich funkcji i dwa przyciski zmiany orientacji blatu w przypadku zamiany miejscami podnózków z podglówkiem.			
15a.	Możliwość stołu wyposażonego w sterowniki nożne z funkcjami co najmniej regulacji wysokości blatu i regulacji przechyłów wzdłużnych. Lub stół zabiegowy przejezdny z elektro-hydraulicznym systemem blokowania podstawy do podłoża za pomocą wysuwanych stopek, sterowany za pomocą pilota ręcznego		TAK/NIE	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
16.	Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD. Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu, aktualna wartość regulowanego parametru oraz informacje o błędach i awariach z komentarzem. lub stół operacyjny w którym pilot wyposażony jest w kolorowy wyświetlacz LCD informujący o załączeniu układu sterowania, aktualnie wykonywanym ruchu i jego kierunku oraz stanie naładowania baterii w trzech kolorach /zielony, żółty, czerwony/. Pilot bez informacji wizualnej o błędach i awariach gdyż te sygnalizowane są dźwiękowo lub stół zabiegowy wyposażony w przewodowy pilot z podświetlanymi piktogramami, informacją o stanie naładowania baterii w postaci trzech diod, jednak bez wyświetlacza LCD tym samym bez wyświetlanych piktogramów przedstawiających wykonywany ruch stołu		TAK	

	z aktualną ich wartością oraz bez informacji o ewentualnych błędach i awariach z komentarzem			
17.	Pilot wyposażony w diodową sygnalizację załączenia układu sterowania i diodową sygnalizację konieczności naładowania baterii		TAK,	
18.	Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu		TAK	
19.	Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej – powierzchnie matowe		TAK	
20.	Podstawa w kształcie litery „T” lub „H” lub w kształcie prostokąta zapewniająca dobry lub nieograniczony dostęp chirurga do blatu stołu		TAK	
21.	Stół przejezdny - mobilny z mechanicznym systemem blokowania podstawy		TAK	
22.	Regulacja podglówka oraz podnóżków wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą lub regulacja podglówka realizowana poprzez mechanizm zapadkowy		TAK	
23.	Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 z możliwością elektrohydraulicznego wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego z pilota – zarówno wypiętrzenie jak i ponowne poziomowanie blatu („zerowanie” wypiętrzenia) sterowane z pilota lub możliwość poziomowania blatu z pilota poprzez układ elektrohydrauliczny z wyłączeniem wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego mechanicznie		TAK	
24.	Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C (przesuw min. 310 mm)– przewodnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podglówka, oparcia pleców i siedziska.		TAK	
25.	Materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, antystatyczne, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej. Materace mogą, ale nie muszą mieć funkcji mocowania do konstrukcji blatu. Lub materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej		TAK	

	spienionej, pokryte materiałem antystatycznym			
26.	Dopuszczalne obciążenie (w każdej pozycji)	min. 200 kg	TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
27.	Wyposażenie stołu : - miska urologiczna z odpływem, wykonana ze stali nierdzewnej, montowana w miejsce podnóżków – 1 szt. - podkolanniki, do podpierania nóg w pozycji leżącej lub siedzącej – 1 komplet - podpórka ręki, do podpierania ręki w pozycji leżącej pacjenta, z możliwością obrotu w płaszczyźnie poziomej– 1 szt. - ramka ekranu ze stali nierdzewnej, z regulacja wysokości i obrotu wokół osi pionowej – 1 szt. - wieszak kroplówki montowany do szyny bocznej stołu– 1 szt.		TAK, podać	
28.	Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne		TAK	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	

5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (minimum 1 dzień – maksimum 5 dni)		TAK, podać ilość dni – parametr podlega ocenie zgodnie z 14 SIWZ	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	

4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	<p>Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu.</p> <p>W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni.</p> <p style="text-align: center;">A</p>		<p>TAK, podać</p> <p><u>Całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto</u> (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)</p>brutto
2.	<p>Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]*</p> <p style="text-align: center;">B</p>	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	<p>Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia</p> <p style="text-align: center;">C</p>		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....
3 a	<p>Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 8h dziennie</p> <p style="text-align: center;">D</p>		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)
V I.	Żywotność (wydajność) zaofertowanego urządzenia		TAK, podać	

1.	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia przy założeniu 8h dziennie E		TAK, podać	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia w okresie jego „żywołności”(h)
----	--	--	------------	---

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times E) \text{ ***}$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 6 – Lampa operacyjna

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Lampa operacyjna	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
RAZEM:						

Dodatkowe informacje:

1. Strop w miejscu montażu lampy może być obciążony ciężarem min 50 kg.
2. Dopuszczalny jest tylko montaż lampy poprzez przewiercenie stropu na wylot i montaż dwóch płyt stropowych – nad i pod stropem.
3. Strop wykonany jest z materiału: Ackermana grubość 25 cm + warstwy podłogowe.
4. Wysokość od podłogi do stropu właściwego: 298 cm,
5. Sufit podwieszany w miejscu montażu lampy będzie modułowy higieniczny.
6. Wysokość od podłogi do sufitu podwieszanego: 283 cm,
7. W miejscu montażu lampy obecnie nie ma zamontowanej innej lampy.
8. W miejscu montażu lampy nie będzie montażu nawiewu laminarnego.
9. W miejscu montażu lampy będą doprowadzone przewody zasilające – 2 linie 3x2,5 mm² do zasilacza, a od zasilacza do lampy 3x6mm² (Cu).
10. Jedna z linii doprowadzana do lampy jest zasilaniem awaryjnym.
11. Instalacja będzie wykonana w ramach aktualnie wykonywanej inwestycji tj.: „Modernizacja oddziału urologii, dostosowanie sal jednoosobowych w oddziałach medycznych do osób niepełnosprawnych, dostawa i montaż drzwi przeciwpożarowych nr sprawy: BZP.38.382.-26.16”
12. W pomieszczeniu przewidziano zasilanie rezerwowe 230V.
13. Istnieje dojsćie na poziomie piętra V – istniejąca sala chorych.

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 6: Lampa operacyjna

Lp	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Lampa operacyjna, jednokopułowa		TAK	
3.	Kopuła na ramieniu dzielonym – część prostowodowa oraz uchylna – z możliwością regulacji wysokości kopuły od podłogi. Węzły ramion umożliwiające obrót o 360°		TAK, podać	
4.	Kopuła w kształcie trójkąta równoramiennego ze ściętymi wierzchołkami. lub kopuła w kształcie koła, o średnicy 63 cm lub kopuła w kształcie wieloboku, która składa się z 6 segmentów świetlnych wpisanych w okrąg z wolnymi przestrzeniami pomiędzy pięcioma segmentami ułatwiającymi pracę nawiewu laminarnego		TAK	
5.	Kopuła wyposażona w min. 2 tzw. „brudne uchwyty” umożliwiające wygodną zmianę położenia kopuły. Uchwyty ergonomiczne, nie wystające poza obrys kopuły		TAK, podać	
6.	Ośłona kopuły oraz tzw. „brudne uchwyty” wykonane z tworzywa wytworzonego z użyciem nanotechnologii srebra lub bez wykorzystania nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania się bakterii i wirusów lub wykonane są ze stopów metali lekkich- aluminium. lub wykonane z tworzywa sztucznego gładkiego, bez użycia nanotechnologii srebra hamującej namnażanie się bakterii i wirusów		TAK	
7.	Kopuła przynajmniej z 3 wyraźnie oddzielnymi od siebie panelami diodowymi (min 28 diod w każdym panelu) lub kopuła złożona 6 wyraźnie oddzielonych od siebie paneli diodowych zawierających 15 diod w każdym panelu Lub lub kopuła z 6 modułów diodowych, z których moduły zewnętrzne posiadają po 16 diod LED a moduł		TAK, podać	

	środkowy 15 diod LED			
8.	Kopuła przystosowana do nawiewu laminarnego lub z nawiewem laminarnym o konstrukcji zwartej i jednorodnej w kształcie koła		TAK	
9.	Wymiary kopuły: - szerokość: - odległość od czoła lampy do mocowania ramienia	Max 70 cm Max 55 cm	TAK, podać	
10.	Regulacja wielkości pola świetlnego za pomocą centralnego, sterylizowanego uchwyty lub za pomocą dwóch niezależnych paneli umieszczonych na kopule po przeciwnych jej stronach.		TAK	
11.	Regulacja natężenia oświetlenia z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy lub regulacją natężenia oświetlenia realizowaną w zakresie od 5 do 100% w 6 stopniach z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy		TAK	
12.	Regulacja temperatury barwowej z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy lub regulacja temperatury barwowej za pomocą dwóch niezależnych paneli umieszczonych na kopule po przeciwnych jej stronach		TAK	
13.	Natężenie oświetlenia	min. 160 000 lx	TAK, podać	
14.	Współczynnik oddawania barw Ra	min. 93	TAK, podać	
15.	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób płynny w zakresie	min. 24 do 32 cm lub 20-30 cm i 14-20 cm lub od 20 do 42cm	TAK, podać	
16.	Temperatura barwowa regulowana w zakresie	min. 3900 do 4700 K lub 3800-4800K lub od 3100 do 4600K lub od 4000 do 4800K	TAK, podać	
17.	Zakres pracy bez konieczności ogniskowania (głębokość oświetlenia)	min. 70-140 cm	TAK, podać	
18.	Źródło światła: białe diody LED		TAK	
19.	Żywotność źródła światła	min. 50 000h	TAK	
20.	Regulacja wartości natężenia oświetlenia realizowana elektronicznie w sposób płynny		TAK	
21.	Lampa z tzw. funkcją światła endoskopowego (emisja zielonego światła o niskim natężeniu lub światła endoskopowego emitującego światło białe) lub poprzez obniżenie natężenia oświetlenia poniżej 25% jego wartości. Aktywacja funkcji światła endoskopowego z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy lub umieszczony przy głowicy lampy a nie na ramieniu		TAK, podać	

22.	Lampa dostosowana do zasilania podstawowego 230V, 50/60 Hz oraz sieci awaryjnej 230V, 50/60 Hz		TAK	
23.	Zasilacz lampy wyposażone w układ automatycznego przełączania na sieć awaryjną, w przypadku zaniku napięcia w sieci głównej.		TAK	
24.	Wszystkie elementy potrzebne do montażu (śruby itp)		TAK	
II.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	

9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
III.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (minimum 1 dzień – maksimum 5 dni)		TAK, podać ilość dni – parametr podlega ocenie zgodnie z 14 SIWZ	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkownika w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać <u>Całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto</u> (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2.	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....

3a	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 8h dziennie D		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)
VI.	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia		TAK, podać	
1.	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia przy założeniu 8h dziennie E		TAK, podać	Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia w okresie jego „żywności”

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times E)$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

*(Pieczęć Wykonawcy)*ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

**Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16**

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 7 – Defibrylator z kardiowersją (wersja ze stymulacją nieinwazyjną)

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Defibrylator z kardiowersją	2 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
RAZEM:						

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 7 Defibrylator z kardiowersją

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Dwufazowy defibrylator z kardiowersją		TAK	
3.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe (230V AC 50-60 Hz + akumulator wewnętrzny)		TAK, podać	
	Parametry ogólne:			
1.	Defibrylacja dwufazowa		TAK, podać	
2.	Defibrylacja dla dzieci i dorosłych		TAK, podać	
3.	Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym		TAK, podać	
4.	Tryb pracy:	Ręczny, Kardiowersja,	TAK, podać	
5.	Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii:	Min. 2 – 200 J	TAK, podać	
7.	Czas ładowania do maksymalnej wartości energii	Max; 7 s	TAK, podać	
8.	Możliwość wykonania kardiowersji		TAK	
9.	Ekran kolorowy LCD o przekątnej	Min. 5,5"	TAK, podać	
10.	Ekran wysokiej rozdzielczości, podświetlany		TAK, podać	
11.	Wyświetlanie na ekranie defibrylatora min. 2 krzywych dynamicznych		TAK, podać	
12.	Wydruk zapisu na drukarce termicznej		TAK	
13.	Prędkość wydruku 25 mm/s		TAK	
14.	Wydruk na papierze termicznym	Min 50mm szerokości	TAK, podać	
15.	Wydruk automatyczny – konfigurowalny lub z automatycznym, konfigurowalnym wydrukiem alarmowym, oraz automatycznym wydrukiem jednego odprowadzenia EKG po defibrylacji		TAK	
16.	Możliwość rozbudowy o monitorowanie SpO2, Możliwość rozbudowy o pomiar etCO2, Możliwość rozbudowy o pomiar NiBP,		TAK	

	Możliwość rozbudowy o funkcję defibrylacji bezpośredniej, monitorowanie SpO2, NIBP, respiracji			
17.	<u>Stymulacja nieinwazyjna</u>		TAK	
17a	Natężenie i amplituda impulsu min. 10mA do 150 mA		TAK, podać	
17b	Tryb pracy stały oraz na żądanie		TAK	
17c	Częstotliwość impulsu regulowana w zakresie	Min. 25-210 imp / min (+/-5) lub 40 – 170 PPM lub 30-180 co 10 imp/min. ± 1,5% lub 30-180 imp/min	TAK, podać	
18.	Przechowywanie danych		Tak, podać	
18a	Wewnętrzna pamięć podsumowania zdarzeń	Min. 100 zdarzeń lub z możliwością przechowywania maksymalnie 8-godzinnego zapisu 2 ciągłych krzywych EKG, 1 krzywej pletyzmograficznej, 1 krzywej kapnogramu, krzywych badawczych (tylko tryb AED), zdarzeń i danych trendów dla każdego podsumowania zdarzeń, przy maksymalnej pojemności wynoszącej około 50 podsumowań zdarzeń o długości około 30 minut	TAK, podać	
18b	Wbudowany port USB do przenoszenia danych z zewnętrznych uderzeń oraz aktualizowania oprogramowania		TAK, podać	
19.	Codzienny auto test bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230 V- defibrylator powinien być w tym samym czasie: wyłączony, mieć zainstalowany akumulator i podłączony do sieci elektrycznej		TAK	
20.	Monitorowania EKG dla 3 odprowadzeń		TAK	
21.	Pomiar częstości akcji serca	Min. 30-300 uderzeń/ minutę	TAK	
22.	Wzmocnienie sygnału EKG na min. 4 poziomach		TAK, podać	
23.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim		TAK	
24.	Wyświetlanie wartości ustawionej energii		TAK	
25.	Wyświetlanie rodzaju defibrylacji:	ręczna, automatyczna	TAK	
26.	Monitorowanie i wyświetlanie sygnału EKG		TAK	
27.	Wyświetlanie wartości częstości rytmu		TAK	
28.	Wyświetlenie stanu naładowania akumulatora		TAK	

29.	Czas pracy w trybie monitorowania przy zasilaniu z akumulatorów	Min. 2,5 h	TAK, podać	
30.	Automatyczne ładowanie akumulatorów z zasilacza sieciowego wbudowanego w defibrylator		TAK	
31.	Ustawienie poziomu alarmów dla wszystkich monitorowanych parametrów		TAK	
32.	Sygnalizacja alarmów wizualna i dźwiękowa		TAK	
33.	Torba ochronna z kieszeniami an akcesoria		TAK	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
34.	Waga defibrylatora	nie większa niż 7 kg	TAK, podać	
II	Wyposażenie			
1.	Kabel EKG 3 odprowadzeniowy		TAK	
2.	Kabel do defibrylacji z elektrod naklejanych lub defibrylator wyposażony w 2 komplety elektrod defibrylacyjne-stymulacyjnych ze zintegrowanym kablem przyłączeniowym		TAK, podać	
3.	2 komplety elektrod do defibrylacji		TAK, podać	
4.	Łyżki twarde dla dorosłych		TAK	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	

3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin. Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	

9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkownika w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1 r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2.	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]*		TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]

3.	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia, Zamawiający przyjmuje 10 lat – okres użytkowania B		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w ciągu roku
VI	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia			
1.	Zalecany przez producenta okres użytkowania urządzenia (lata)		TAK, podać	Maksymalna „żywotności” urządzenia (lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$$K\dot{Z}P = (A \times B) \text{ ***}$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 8 – Aparat RTG z ramieniem C

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Aparat RTG z ramieniem C	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet nr 8 - Aparat RTG z ramieniem C

Lp	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
II.	Generator:		TAK	
1	Zasilanie jednofazowe	230V / 50-60 Hz	TAK, podać	
2	Moc generatora	Min. 2 kW	TAK, podać	
3	Typ generatora, wysokiej częstotliwości	Min. 40 kHz dla wszystkich trybów pracy lub w zakresie 29 – 44 kHz w zależności od trybu pracy	TAK, podać	
4	Prąd skopi ciągłej / impulsowej	Min. 4 mA	TAK, podać	
5	Radiografia cyfrowa		TAK, podać	
6	Prąd radiografii analogowej	Min. 20 mA	TAK, podać	
7	Układ minimalizujący dawkę przy skopi	Min. 50%	TAK, podać	
8	Zakres napięć fluroskopii i radiografii	40-110 kV	TAK, podać	
9	Automatyka doboru parametrów skopi		TAK	
III.	Lampa		TAK	
1	Lampa ze stacjonarną anodą		TAK, podać	
2	Ilość ognisk	Min. 2	TAK, podać	
3	Totalna filtracja, dodatkowy filtr Cu	Min. 4 mm Al	TAK, podać	
4	Wymiary małego ogniska	Max. 0,6 mm	TAK	
5	Wymiary dużego ogniska	Min. 1,0 mm	TAK	
6	Pojemność cieplna anody	Min. 37,3kHU	TAK, podać	
7	Pojemność cieplna kołpaka	Min 1 100 KHU	TAK, podać	
8	Szybkość chłodzenia anody	Min 50 KHU/min	TAK, podać	
9	Kolimator typu IRIS		TAK	
10	Kolimator szczelinowy z rotacją		TAK	

IV	Wózek z ramieniem C		TAK	
1	Głębokość ramienia	Min 66 cm	TAK, podać	
2	Odległość kołpak – wzmacniacz obrazu	Min 75 cm	TAK, podać	
3	Odległość SID	Min 96 cm	TAK, podać	
4	Zakres ruchu poziomego ramienia C	Min 20 cm	TAK, podać	
5	Zakres ruchu pionowego ramienia C	Min 42 cm	TAK, podać	
6	Zmotoryzowany ruch pionowy		TAK	
7	Całkowity zakres obrotu ramienia wokół osi poziomej	Min. +/- 190°	TAK, podać	
8	Zakres ruchu orbitalnego	Min 130°	TAK, podać	
9	Ramię C zbalansowane w każdej pozycji, po zwolnieniu hamulców ramię pozostaje w niezmiennym położeniu		TAK	
10	Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody		TAK	
11	Wielofunkcyjna pojedyncza dźwignia służąca jako hamulec oraz sterowanie kołami aparatu lub z pojedynczą dźwignią do sterowania kołami aparatu oraz osobnym hamulcem przy kołach		TAK	
12	Wielofunkcyjny programowalny pedał z minimum 4 trybami pracy, koniecznie z możliwością włączania promieniowania i zapisu lub z dwudzielnym przyciskiem nożnym do wyzwiania fluoroskopii ciągłej, impulsowej, radiografii cyfrowej oraz z możliwością zapisu obrazu w zależności od wybranego na ramieniu C trybu pracy		TAK, podać	
13	Ramię C wyważone w każdej pozycji		TAK	
V	Wzmacniacz obrazu		TAK	
1	Średnica nominalna	Min 9" (23 cm)	TAK, podać	
2	Ilość pól wzmacniacza	Min 2	TAK, podać	
3	Uchwyt na wzmacniaczu obrazu		TAK	
VI	Monitor, tor wizyjny		TAK	
1	Prezentacja obrazu żywego i referencyjnego jednocześnie podczas zabiegu		TAK	
2	Luminacja	Min. 300 cd/m ²	TAK, podać	
3	Autotransfer obrazu		TAK	
4	Kąt widzenia obrazu	Min 170°,	TAK, podać	
5	Stacja monitorowa stanowiąca jednocześnie stację archiwizacyjną łączona z RTG z ramieniem C jednym		TAK	

	wielożyłowym kablem zakończonym w wielostykową wtykę o dłuższej wytrzymałości łączniowej			
6	Wyjście do podłączenia dodatkowego monitora lub systemów nawigacji znajdującej się w stacji monitorowej		TAK	
7	Ilość obrazów wyświetlana jednocześnie na monitorze	Min 12 obrazów,	TAK, podać	
8	Matryca obrazu zapamiętanego	Min 1024x1024	TAK, podać	
9	Głębina obrazu w procesingu	Min. 14 bit	TAK, podać	
10	Pojemność pamięci na dysku twardym wbudowanym w wózek z monitorami	Min. 8000 obrazów	TAK, podać	
11	Archiwizacja poprzez port USB(nie wymaga archiwizacji po przez port USB w standardzie DICOM, archiwizacja w standardzie DICOM odbywać się będzie poprzez podłączenie do systemu PACS firmy Alteris)		TAK	
12	Automatyka parametrów fluroskopii		TAK	
13	ZOOM	Min. x2	TAK, podać	
14	Cyfrowe odwracanie obrazu góra/dół, na lewo prawo na lewym jak i na prawym monitorze lub cyfrowym odwracaniem obrazu góra/dół, na prawo/na lewo na lewym monitorze.		TAK	
15	Obrót obrazu, cyfrowy bez ograniczeń kąta i kierunku obrotu		TAK	
16	Automatyczna regulacja jasności monitora w zależności od oświetlenia		TAK/NIE	
17	Układ pomiaru dawki z wyświetlaczem cyfrowym i archiwizacją dawki na zdjęciu, na monitorze, w pamięci aparatu		TAK	
18	Wbudowany w wózek monitorowy videoprinter		TAK	
19	Możliwość pracy stacji monitorowe niezależnie od ramienia C w celu archiwizacji zdjęć poza salą zabiegową lub obróbka lub ramię C i stacja monitorów zawsze pracują razem połączone		TAK	
19a	Możliwość skopii pulsacyjnej min. 8p/s.		TAK/NIE	
20	Celownik laserowy od strony wzmacniacza obrazu		TAK	

VII. Warunki gwarancji i serwisu:				
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min.24 miesiące max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
Lp	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat z wyłączeniem sprzętu IT i oprogramowania z dostępnością części zamiennych w okresie 5 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin. (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	

9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
VIII	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (minimum 1 dzień – maksimum 5 dni)		TAK, podać ilość dni– parametr podlega ocenie zgodnie z 14 SIWZ	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
Lp	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
VII I	Dodatkowe:			
1	Przeprowadzenie testów akceptacyjnych, dostarczenie zamawiającemu		TAK	
2	Fartuch ochronny, przód 0,5 mm PB, tył 0,25 mm PB, różne rozmiary uzgodnione z Zamawiającym – 3 komplety		TAK	
3	Kołnierz na tarczyce 0,5 mm PB – 3 sztuki		TAK	
4	Okulary ochronne z osłoną boczną – 1mm Pb – 3 sztuki lub 0,75 mm Pb		TAK	
5	Rękawice ochronne – 3 komplety		TAK	
6	Podłączenie aparatu do PACS w celu archiwizacji badań, Zamawiający posiada PACS firmy Alteris(Zamawiający dysponuje odpowiednimi licencjami na serwerze PACS)		TAK	

IX.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawione w tym rozdziale dane podstawić do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	<p>Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu.</p> <p>W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni.</p> <p style="text-align: center;">A</p>		<p>TAK, podać całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1 r/g, 2 zł za km itp.)</p>	<p>.....brutto</p>
2.	<p>Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]*</p> <p style="text-align: center;">B</p>		<p>TAK, podać i wyliczyć według wzoru</p>	<p>Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh</p>
3.	<p>Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia</p> <p style="text-align: center;">C</p>		<p>TAK, podać</p>	<p>Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania</p>
3a	<p>Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, pracy lampy średnio 3h dziennie</p>		<p>TAK, podać</p>	<p>Okres użytkowania.....(lata)</p>
5.	<p>Okres żywotności lampy w aparacie</p>		<p>TAK, podać</p>	
X	<p>Żywotność (wydajność) zaofertowanego urządzenia</p>			
1	<p>Maksymalna ilość godzin pracy lampy urządzenia. (Zamawiający zakłada 3h pracy dziennie)</p> <p style="text-align: center;">D</p>		<p>TAK, podać</p>	<p>Maksymalna ilość godzin pracy urządzenia w okresie jego „żywotności”.....</p>

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$$\text{K\text{Z}P} = (A \times C) + (B \times 0,34\text{gr} \times D)^{***}$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 27.09.2016 r

Pakiet 9 – Stymulator z zestawem endokawitarnym

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Stymulator z zestawem endokawitarnym	3 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 9 : Stymulator z zestawem endokawitarnym

Lp	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Stymulacja VVI z nastawami standardowymi po naciśnięciu jednego przycisku		TAK	
3.	Automatyczny test stymulatora i obwodu elektrody w momencie załączenia		TAK	
4.	Funkcja 'nagły wypadek" dostępną w każdej sytuacji		TAK	
5.	Akustyczna sygnalizacja zwarcia lub przerwy w obwodzie elektrody		TAK	
6.	Krokowa, dwustopniowa zmiana wartości wszystkich parametrów		TAK	
7.	Możliwość zablokowania nastaw parametrów przed przypadkowymi zmianami		TAK	
8.	Zabezpieczenie przed zewnętrzną defibrylacją		TAK	
9.	Funkcje pomiarowe: napięcia impulsu, impedancji obwodu elektrody oraz amplitudy R lub P		TAK	
10.	Oszczędne gospodarowanie energią baterii (np. automatyczne wygaszanie ekranu)		TAK	
11.	Funkcje stymulacyjne: min. VVI, V00, AAI, A00, stymulacja szybka oraz szybka z malejącą częstotliwością		TAK	
12.	Częstość podstawowa	min. 30 ÷ 180 1/min.	TAK, podać	
13.	Częstość stymulacji szybkiej:	min. 100 ÷ 990 1/min	TAK, podać	
14.	Amplituda impulsu	min. 0,1 ÷ 20 mA	TAK, podać	
15.	Szerokość impulsu	min. 0,2 ÷ 1,5 ms	TAK, podać	
16.	Kształt impulsu prostokątny z kompensacją ładunku		TAK	
17.	Czas refrakcji	min. 200 ÷ 500 ms	TAK, podać	
18.	Czułość wejściowa	min. 0,5 ÷ 21 mV	TAK, podać	
19.	Pomiar amplitudy napięcia impulsu	min. 0,2 ÷ 12 V	TAK, podać	
20.	Dwustopniowa sygnalizacja stanu baterii: akustyczna i optyczna		TAK	
21.	Zasilanie z baterii 9 V		TAK	

22.	Czas pracy z baterii powyżej 15 dni		TAK, podać	
23.	Masa urządzenia łącznie z baterią	max 300 g	TAK, podać	
II. Warunki gwarancji i serwisu:				
1.	Okres gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	

8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **	Poniżej należy przedstawione w tym rozdziale dane podstawić do przygotowanego wzoru i wyliczyć		

1.	<p>Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu.</p> <p>W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni.</p> <p style="text-align: center;">A</p>		<p><u>TAK, podać</u> <u>całkowity koszt brutto, tj.</u> <u>sumę brutto</u> (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1 r/g, 2 zł za km itp.)</p>	<p>.....brutto</p>
2.	<p>Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia, Zamawiający przyjmuje 10 lat – okres użytkowania</p> <p style="text-align: center;">B</p>		<p>TAK, podać</p>	<p>Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia</p>
3.	<p>Czas pracy baterii</p>		<p>TAK, podać</p>	
4.	<p>Koszt materiałów eksploacyjnych (jednorazowych) na jednego pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 x elektroda endokawitarna do czasowej stymulacji - 1 x kaniula z igłą do wkłucia - 1 x Introduktor 		<p>TAK, podać</p>	<p>a) Koszt 2 x elektrody zł brutto nazwa, producent, nr katalogowy </p> <p>b) Koszt kaniuli z igłą do wkłucia zł brutto nazwa, producent, nr katalogowy </p> <p>c) Koszt intoduktora zł brutto nazwa, producent, nr katalogowy </p> <p>Całkowity koszt materiałów eksploacyjnych na 1</p>

	Zamawiający szacuje 55 pacjentów na rok Przez 10 lat to 550 pacjentów C			pacjenta : a) zł brutto + b) zł brutto + c) zł brutto = zł zł brutto
VI	Żywotność zaoferowanego urządzenia			
1	Zalecany przez producenta okres użytkowania urządzenia (lata)		TAK, podać	Maksymalna „żywności” urządzenia(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cykl życia produktu (koszty eksploatacji)**

KŻP = (A x B) + (C x 550 pacjentów)***

***** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.**

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wyko

