**Załącznik nr 1 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

* + - 1. **System, oprogramowanie holterowskie z komputerem i monitorem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana**  (TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane) |
| * + - 1. **Wymagania ogólne** | | | | |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ………………………. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ………………………… |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ………………………….. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | …………………………. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| * + - 1. **System, oprogramowanie holterowskie z komputerem i monitorem – 1 szt.** | | | | |
| 1 | Współpraca z rejestratorami 7-kanałowymi, 12-kanałowymi i 3 kanałowymi | Tak |  |
| 2 | Możliwość stosowania u dorosłych lub pediatrycznych pacjentów bez ograniczenia ze względu na wiek, płeć, wagę, wzrost | Tak |  |
| 3 | Możliwość stosowania u dzieci poniżej 10 kg wagi | Tak |  |
| 4 | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń | Tak |  |
| 5 | - Analiza HRV w formie tabelarycznej | Tak |  |
| 6 | - Analiza ST w formie tabelarycznej | Tak |  |
| 7 | Cyrkiel umożliwiający automatyczny i ręczny pomiar. | Tak |  |
| 8 | Możliwość zmiany konfiguracji klasyfikacji dla m.in.: Bradykardii, Tachykardii, Rytmu zastępczego,RR, Rytmu nadkomorowego, Bigieminii/trigeminii/ quadrigeminii nadkomorowej, Bigieminii/trigeminii/quadrigeminii komorowej | Tak |  |
| 9 | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg, stronicowym i kaskady | Tak |  |
| 10 | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta | Tak |  |
| 11 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel mini USB, karty SD | Tak |  |
| 12 | Menu programu i raporty w języku polskim | Tak |  |
| 13 | Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem | Tak |  |
| 14 | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu | Tak |  |
| 15 | Wyświetlanie trendów HR, histogramu RR oraz mierzonych wartości granicznych | Tak |  |
| 16 | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | Tak |  |
| 17 | Możliwość zmiany szaty graficznej w programie | Tak |  |
| 18 | Możliwość scalania szablonów | Tak |  |
| 19 | Możliwość usunięcia szumów | Tak |  |
| 20 | Możliwość usunięcia wybranego pobudzenia lub grupy pobudzeń | Tak |  |
| 21 | Możliwość wprowadzenia oraz usunięcia rozrusznika serca. | Tak |  |
| 22 | Tabela arytmii uporządkowana względem ważności | Tak |  |
| 23 | Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania | Tak |  |
| 24 | Możliwość automatycznego wstawienia zdefiniowanego szablonu diagnozy lekarza | Tak |  |
| 25 | Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów. | Tak |  |
| 26 | Trendy oraz podział czasowy wzorów arytmii | Tak |  |
| 27 | Statystyka zmienności rytmu serca HRV | Tak |  |
| 28 | Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | Tak |  |
| 29 | Podgląd wartości granicznych ST w formie tabelarycznej | Tak |  |
| 30 | Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG | Tak |  |
| 31 | Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta | Tak |  |
| 32 | Współpraca z ACTIVE DIRECTORY | Tak |  |
| 33 | System logów monitorujący działania w oprogramowaniu takie jak: logowanie, kasowanie danych, zmiany w opisach etc. | Tak |  |
| 34 | Oprogramowanie stanowi jeden z modułów platformy medycznej, która zawiera holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerowe EKG, ergospirometrię i komputerową spirometrię | Tak |  |
| 35 | Komputer stacjonarny. W ofercie wymagane jest podanie modelu, symbolu oraz producenta | Tak, podać model, symbol, producenta komputera | …………………………... |
| 36 | Komputer będzie wykorzystywany dla potrzeb aplikacji biurowych, aplikacji medycznych, dostępu do Internetu oraz poczty elektronicznej | Tak |  |
| 37 | Procesor wielordzeniowy ze zintegrowaną grafiką, osiągający w teście PassMark CPU Mark wynik min. 11 000 punktów | Tak |  |
| 38 | Pamięć RAM - 16GB DDR4 możliwość rozbudowy do min 64GB, min. 1 slot wolny | Tak |  |
| 39 | Pamięć masowa - 256GB M.2 NVMe PCIex4 | Tak |  |
| 40 | Napęd optyczny - nagrywarka DVD +/- RW o prędkości min 8x | Tak, podać | …………………………. |
| 41 | Karta dźwiękowa zintegrowana z płytą główną, port audio combo (słuchawki + mikrofon) na panelu przednim, na tylnym audio out | Tak |  |
| 42 | Zainstalowany system operacyjny Windows 11 Professional x64 PL | Tak |  |
| 43 | Wbudowane porty i złącza: HDMI, Displayport oraz VGA, RJ-45 10/100/1000 Mbit/s (karta sieciowa wbudowana), WiFi 802.11a/b/g/n, 1 x USB-C 3.2 Gen 1, 4x USB 2.0, bluetooth 5.0 Klawiatura USB w układzie polski programisty  Mysz USB z klawiszami oraz rolka (Scroll) | Tak |  |
| 44 | Monitor LCD | Tak |  |
| 45 | Przekątna min. 23.5” max. 24”, o rozdzielczości 1920x1080 pikseli przy 75 Hz.  Technologia: LCD z podświetleniem LED z matryca aktywna TFT Jasność: 250cd/ m²  Współczynnik kontrastu: 1000:1/3000000:1 (dynamic)  Kolory: 16,7 mln  Kąt widzenia: min 178O  Czas reakcji matrycy: max 4 ms  Powłoka ekranu: antyrefleksyjna  Odchylenie: -5/+22 Waga: max 3.1 kg  Kolor: czarny | Tak |  |
| 46 | Interfejsy - Min: 1xHDMI, 1xVGA | Tak |  |
| 47 | Przewód - 1x HDMI min 1,5m | Tak |  |
| * + - 1. **Wymagania dodatkowe** | | | | |
| 1 | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące | Tak, podać | ………………………………. |
| 2 | Instalacja systemu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi systemu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: do 24 godzin (w dni robocze) | Tak |  |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego systemu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie wsparcia technicznego w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | ……………………………… |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu | Tak, podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe | ……………………………………………………………… |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

* + - 1. **Rejestrator EKG, holter**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana**  (TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane) |
| 1. **Wymagania ogólne** | | | | |
| 1 | Producent/Firma | Podać | ………………………………. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | ……………………………… |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | ……………………………… |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | ……………………………… |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 1. **Rejestrator EKG, holter – 4 szt.** | | | | |
| 1 | Rejestrator 3, 7 -kanałowy (stosownie od ustawień i rozmieszczenia elektrod) | Tak |  |
| 2 | Zapis danych w trybie 3 i 7 kanałowym z 5 elektrod | Tak |  |
| 3 | Rejestrowane odprowadzenia:  - 3 odprowadzenia: mV1, mV3, mV5 - 7 odprowadzeń I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1 | Tak |  |
| 4 | Klawiatura: Mikroprzełączniki | Tak |  |
| 5 | Sprawdzanie niepodłączonych odprowadzeń | Tak |  |
| 6 | Czas zapisu: 12 godzin, 24 godziny, 48 godzin, 7 dni i nieograniczony | Tak |  |
| 7 | Długość rejestracji: 200 – 900 MB przez 24h (zależny od sygnału I liczby odprowadzeń) | Tak |  |
| 8 | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | Tak |  |
| 9 | Wyświetlacz LCD, min. 2” o rozdzielczości 128x64 | Tak, podać | ……………………………….. |
| 10 | Waga rejestratora max. – 115g | Tak, podać | ………………………………. |
| 11 | Wymiary rejestratora max. : 102 x 62 x 24 mm | Tak, podać | ………………………………. |
| 12 | Długość kabla pacjenta w zależności od odprowadzenia: 40-90 cm | Tak |  |
| 13 | Transmisja danych za pomocą USB, Karta SD | Tak |  |
| 14 | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | Tak |  |
| 15 | Częstotliwość próbkowania 8 x 2000Hz | Tak |  |
| 16 | Rozdzielczości przetwornika AD przy rejestracji 24 bity | Tak |  |
| 17 | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 40000Hz | Tak |  |
| 18 | Zapis danych na karcie pamięci typu SD do 2 GB | Tak |  |
| 19 | Detekcja pracy stymulatora | Tak |  |
| 20 | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania 10 s | Tak |  |
| 21 | Zakres częstotliwości (wyłączone filtry cyfrowe): 0,049 Hz – 220 Hz | Tak |  |
| 22 | Rozdzielczość przetwornika AD przy rejestracji głosu: 10 bitów | Tak |  |
| 23 | Impedancja wejściowa: > 20 MΩ | Tak, podać | ………………………….. |
| 24 | Wskaźnik niskiej baterii: sygnał dźwiękowy lub komunikat na wyświetlaczu | Tak, podać | ………………………….. |
| 25 | Współczynnik tłumienia CMR (z filtrem cyfrowym): > 100 dB (> 115 dB)-dla kabla 5 odprowadzeniowego | Tak |  |
| 26 | Możliwość włączenia/wyłączenia dźwięku klawiszy | Tak |  |
| 27 | Zasilanie za pomocą 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak |  |
| 28 | Dodatkowe, wewnętrzne zasilanie do podtrzymywania zapisu w trakcie wymiany baterii/akumulatorów. | Tak |  |
| 29 | Obudowa z PC-ABS | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe** | | | | |
| 1 | Gwarancja na rejestratory min. 24 miesiące | Tak, podać | …………………………….. |
| 2 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi systemu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)  b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych;  c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, podać | a) …………………………..  b) ………………………….  c) ………………………….. |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego aparatu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie wsparcia technicznego w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | ………………………………. |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego aparatu | Tak, podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe | ……………………………………………………………… |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

* + - 1. **System, oprogramowanie holterowskie ABPM wraz z czterema holterami ABPM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana**  (TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane**)** |
| **I. Wymagania ogólne** | | | |
| 1 | Producent/Firma | Podać | …………………………….. |
| 2 | Kraj pochodzenia | Podać | …………………………….. |
| 3 | Urządzenie typ / model | Podać | …………………………….. |
| 4 | Klasa wyrobu medycznego | Podać | …………………………….. |
| 5 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu | TAK |  |
| 6 | Rok produkcji 2024 | TAK |  |
| **II. System, oprogramowanie holterowskie ABPM + 4 holtery ABPM** | | | |
| 1 | Współpraca z kompleksową platformą kardiologiczną, w której można wykonać zarówno badania EKG z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, holter EKG, holter RR i ergospirometrię oraz telekonsultację badań | Tak |  |
| 2 | Platforma ma zapewniać możliwość archiwizacji badań holterowskich (EKG i ciśnienia) oraz testów wysiłkowych / wspólna baza pacjentów dla wszystkich modułów diagnostycznych (holter EKG, holter ciśnienia, spoczynkowe EKG, spirometria, próba wysiłkowa, ergospirometria) | Tak |  |
| 3 | Możliwość rozbudowy oprogramowania o moduł telekonsultacji badań – wysyłanie badań do zdalnej oceny z poziomu oprogramowania diagnostycznego przy pomocy bezpiecznego łącza VPN | Tak |  |
| 4 | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu- możliwość automatycznego zapisu raportu do wskazanej uprzednio lokalizacji | Tak |  |
| 5 | Możliwość edycji nazwy pliku raportu uwzględniająca datę urodzenia, imię, nazwisko, płeć, nr PESEL, czas i data wykonania badania | Tak |  |
| 6 | Metoda pomiaru oscylometryczna, krokowe wypuszczanie | Tak |  |
| 7 | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | Tak |  |
| 8 | Czas ciągłego zapisu min. 48 godz. | Tak, podać | ……………………………. |
| 9 | Okres rejestracji ciśnienia krwi: 24, 27, 48, 51 godzin | Tak |  |
| 10 | Ilość pomiarów przy naładowanych akumulatorach: min 200 pomiarów | Tak, podać | …………………………….. |
| 11 | Pojemność pamięci: min. 600 pomiarów | Tak, podać | …………………………….. |
| 12 | Czas trwania monitorowania: poranek, dzień, noc, okresy specjalne | Tak |  |
| 13 | Możliwość dodania pomiaru na żądanie z uwzględnianiem daty i godziny z dokładnością co do minuty. | Tak |  |
| 14 | Możliwość ustawienia min. 4 okresów pomiaru tj. dzień, noc, poranek oraz okres specjalny z możliwością określenia początku i końca okresu pomiaru z dokładnością co do minuty. | Tak |  |
| 15 | Zakres pomiaru ciśnienia krwi min. 40 – 250 mmHg Dokładność pomiaru ±3mmHg lub ±2% | Tak, podać | …………………………………………………………….. |
| 16 | Zakres pomiaru Pulsu min. 40 – 200 uderzeń/minutę, | Tak, podać | ……………………………… |
| 17 | Interwał pomiaru min.: 5 – 90 (5,10,15,20,25,30,40,60,90) | Tak, podać | ……………………………… |
| 18 | Algorytmy pomiaru ciśnienia krwi. Protokoły: BHS i AAMI | Tak |  |
| 19 | Automatycznie kontrolowany poziom ciśnienia w mankiecie do 300 mmHg | Tak |  |
| 20 | Sensor ciśnienia -piezorezystywny | Tak |  |
| 21 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel USB | Tak |  |
| 22 | Pomiar na żądanie wywołany z poziomu rejestratora przy użyciu dedykowanego przycisku. | Tak |  |
| 23 | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | Tak |  |
| 24 | Przycisk informacji o pobraniu leku | Tak |  |
| 25 | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | Tak |  |
| 26 | Różne średnice rękawów min. 3 rodzaje  Duży: 33-44 cm  Średni: 25-34 cm  Mały 18-25 cm | Tak |  |
| 27 | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | Tak |  |
| 28 | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania w trakcie uruchamiania rejestratora | Tak |  |
| 29 | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak |  |
| 30 | Waga bez akumulatorów max. 200g | Tak, podać | …………………………….. |
| 31 | Maksymalne rozmiary rejestratora: max. 75x 110 x 36 mm | Tak, podać | ……………………………… |
| 32 | Możliwość uruchomienia badania z poziomu rejestratora bez użycia komputera | Tak |  |
| 33 | Minimum 3 wbudowane programy pomiaru w rejestratorze z możliwością wyboru dowolnego z nich tj.  -Pomiary co 15 minut w dzień i co 30 minut w nocy  -Pomiary co 20 minut w dzień i co 40 minut w nocy  -Pomiary co 30 minut niezależnie od pory dnia | Tak, podać | ……………………………………………………………………………………………… |
| 34 | Możliwość podziału okresu badań na podokresy i ich programowanie | Tak |  |
| 35 | Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów | Tak |  |
| 36 | Możliwość stworzenia indywidualnego plan pomiarowego | Tak |  |
| 37 | Zabezpieczenie dostępu do oprogramowania hasłem | Tak |  |
| 38 | Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów | Tak |  |
| 39 | Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów | Tak |  |
| 40 | Możliwość konfiguracji i pełnej edycji raportu (tak, jak w edytorze tekstu) | Tak |  |
| 41 | Tabela pomiarów w raporcie z uwzględnieniem czasu wykonania pomiaru określeniem SYS, DIA, MAP, Tętna dla każdego pomiaru.  Możliwości wprowadzenia notatki do każdego pomiaru w tabeli.  Automatyczne generowanie notatek do każdego pomiaru oraz kodu błędu. | Tak |  |
| 42 | Menu i raporty w języku polskim | Tak |  |
| 43 | Tryby pracy administratora i użytkowników systemu | Tak |  |
| 44 | Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jak i dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu | Tak |  |
| 45 | Automatyczne podświetlanie wszystkich nieprawidłowych wartości pomiarowych | Tak |  |
| 46 | Możliwość ręcznego wykluczenia artefaktów pomiarowych | Tak |  |
| 47 | Otrzymanie informacji podsumowującej pomiary, m.in. całkowita liczba pomiarów (dla każdego przedziału i ogółem), procentowa liczba pomyślnie zakończonych pomiarów | Tak |  |
| 48 | Możliwość eksportu danych do szpitalnego systemu informatycznego za pomocą HL7 lub DICOM | Tak, podać | ………………………………. |
| 49 | Eksportowanie do systemu plików: PDF, SVG lub JPEG (system plików FAT32) | Tak |  |
| 50 | Możliwość tworzenia automatycznych podpowiedzi przy generowaniu diagnozy w raporcie tj. możliwość zapamiętywania wybranych fraz (słów lub całych zdań) z opcją autouzupełniania | Tak |  |
| 51 | Konfigurowalny interfejs użytkownika | Tak |  |
| 52 | Możliwość wyboru parametrów pomiarowych umieszczonych w raporcie | Tak |  |
| 53 | Możliwość wprowadzenia danych pacjenta oraz wybrania norm przewidywanych: Nazwisko i imię, wzrost, waga, płeć, wiek, rasa oraz wyboru dedykowanych wartości wzorcowych. | Tak |  |
| 54 | Możliwość wyboru archiwalnego badania jako punktu odniesienia do aktualnie wykonanego pomiaru – automatyczne porównanie wyników | Tak |  |
| 55 | Min 10 wbudowanych norm wg których interpretowane są pomiary: AHA 2005, AHA 2008, ESH 2003, ESH 2016 pediatria - według wieku, AHA 2017, ESH 2016 pediatria - według wzrostu, ESH/ESC 2018, Chaloupecky 2006, NHFA 2002, NICE 2011 | Tak |  |
| 56 | W zestawie z rejestratorem futerał z paskiem, mankiety, osiem akumulatorów, ładowarka, walizka | Tak |  |
| **III Wymagania dodatkowe** | | | |
| 1 | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące | Tak, podać | ……………………………… |
| 2 | Instalacja systemu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | Tak |  |
| 3 | Szkolenie z zakresu obsługi systemu | Tak |  |
| 4 | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak |  |
| 5 | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| 6 | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: do 24 godzin (w dni robocze) | Tak |  |
| 7 | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego systemu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Zapewnienie wsparcia technicznego w okresie min. 10 lat od daty instalacji | Tak, podać | ………………………………. |
| 9 | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu | Tak, podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe | ……………………………………………………………… |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu | Tak |  |

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie   
art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp na „**Dostawę sprzętu medycznego do Gabinetu Kardiologicznego do SZPZLO Warszawa-Wawer”**

1. **Dane Wykonawcy**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy | ………..………………………………....……………………….…..  Reprezentowany w postępowaniu przez: …………………..…….… tel. ……………………….. email ………………………………….. |
| wpisany do: | * Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ………………..…… pod nr KRS ……………………………………………….   miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: ………….............................. lub   * Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ............................................... miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: ………… |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Osoba do kontaktów:  e-mail, telefon |  |
| Wykonawca jest  *(należy zaznaczyć)* | * mikroprzedsiębiorstwem, * małym przedsiębiorstwem, * średnim przedsiębiorstwem, * jednoosobową działalnością gospodarczą, * osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, * innym rodzajem3 |

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wpisać dane wszystkich Wykonawców.*

1. **OFERTA WYKONAWCY**

Ja/my niżej podpisana(-ni) ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego   
w postępowaniu na **Dostawę sprzętu medycznego do Gabinetu Kardiologicznego do SZPZLO Warszawa-Wawer** oznaczenie sprawy: **SZPZLO/Z-9/2024,** oferuję realizację całego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z zasadami   
i warunkami określonymi w SWZ za cenę:

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ....................................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie* | *Liczba szt.* | *Cena jednostkowa  netto (zł)* | *Wartość netto (2 x 3)* | *Stawka  podatku VAT (%)* | *Kwota podatku VAT* | *Wartość brutto (4+6)* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Komputer z monitorem: producent, typ, model ……………………..……………………... | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Rejestrator EKG: producent, typ, model ……………………..……………………... | 4 |  |  |  |  |  |
| 3 | Holtery ABPM: producent, typ, model ……………………..……………………... | 4 |  |  |  |  |  |
| 4 | System / oprogramowanie holterowskie | 1 |  |  |  |  |  |
|  | Razem | x |  |  |  |  |  |

**III. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

* + - 1. Zapoznaliśmy się z treścią SWZ, a w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia   
         i z projektowanymi postanowieniami umowy i oświadczam(-y), że wykonamy zamówienie   
         na warunkach i zasadach określonych tam przez Zamawiającego, nie wnosimy do nich zastrzeżeń. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w SWZ.
      2. Oświadczam/-my, iż aparatura i sprzęt medyczny objęty naszą ofertą, wyszczególniony powyżej posiada właściwe i odpowiednie dla klasy wyrobu medycznego dokumenty dopuszczające do ich obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z Ustawą z dn. 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 poz. 974).
      3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
      4. Sytuacja finansowa naszej firmy pozwala na realizację zamówienia na warunkach określonych w SWZ.
      5. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie określonym w SWZ.
      6. Na oferowany sprzęt medyczny oferujemy gwarancję i rękojmię na co najmniej okres wymagany w SWZ, tj. 24 msc, zgodnie z zaoferowanym okresem gwarancji w Ofercie technicznej (*wydłużenie* *gwarancji stanowi jedno z kryterium oceny ofert*).
      7. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie   
         z określonymi przez Zamawiającego wymaganiami oraz przepisami dotyczącymi przedmiotu zamówienia.
      8. Oświadczam(-y), że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
      9. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi   
         w projektowanych postanowieniach umowy, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy i akceptuję (-emy) je w całości. W razie wybrania mojej (naszej) oferty zobowiązuję (-jemy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych   
         w projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących **Załącznik** **nr 4** do SWZ oraz   
         w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
      10. Zgodnie z treścią art. 225 ust. 2 ustawy PZP informuję, że wybór naszej oferty:

1. nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług\*/
2. będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w następującym zakresie\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługa których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego | Wartość bez kwoty podatku | Stawka podatku VAT, która będzie miała zastosowanie |
| 1 |  |  |  |

* + - 1. Informuję(-jemy), **że zamierzamy** powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom *(należy wypełnić poniższą tabelę - jeżeli dotyczy):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Część zamówienia | Nazwa firmy podwykonawcy | Wartość brutto lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy |
| 1. |  |  |  |

* + - 1. Oświadczam(-y), że oferta **nie zawiera / zawiera** (*właściwe podkreślić*) informacji(-e) stanowiących(-e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje zawarte na stronach ………… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane przez Zamawiającego. \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa dokumentu (pliku) utajnionego | Uzasadnienie faktyczne  i prawne | Dokument (plik) potwierdzający przyczynę i ważność utajnienia /dokument załączyć do oświadczenia/ |
| 1. |  |  |  |

* + - 1. Nie oferujemy rozwiązań równoważnych / oferujemy rozwiązania równoważne, wyszczególnione poniżej \*

a) wymagane w SWZ ............................... oferowane ..........................................................

b) wymagane w SWZ ............................... oferowane …………………………………...

Na potwierdzenie równoważności do oferty jako załączniki stanowiące przedmiotowe środki załączam dokumenty potwierdzające powyższe, tj. ………………………………..

* + - 1. Oświadczam(-y), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
      2. Oświadczam (-y), że jestem (-śmy) zarejestrowanym czynnym / zwolnionym\* podatnikiem podatku VAT.
      3. Świadoma(-i) odpowiedzialności karnej oświadczam(-y), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.).
      4. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym: …………...……………………….

tel. ......................................................................., e-mail: …………………………………

* + - 1. Załącznikami do oferty są:

1. ………………………………………

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Formularz oferty musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód) i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę (w przypadku podpisu przez osobę inną niż wynikający z KRS).*
3. *Zamawiający definiuje mikro, małego i średniego przedsiębiorcę zgodnie z art. 7 ustawy  
   z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tj. Dz U. 2021 POZ. 162 ze zm.).*

*1) mikroprzedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,*

*2) mały przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą,*

*3) średni przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Składane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie rt.. 275 pkt 1 ustawy Pzp na **„Dostawę sprzętu medycznego do Gabinetu Kardiologicznego do SZPZLO Warszawa-Wawer”** w imieniu:

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

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

1. **w zakresie: braku podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w rozdziale XII SWZ**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy PZP.[[2]](#footnote-2)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia   
z postępowania na podstawie art. ………………………… ustawy PZP1

*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy)*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………...…………

1. **w zakresie dotyczącym przesłanek wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego określonych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego** **(dalej: „ustawa UOBN”)**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy UOBN1.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………..… ustawy UOBN1 *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).*
3. *Zgodnie z art. 273 ust. 2 ustawy Pzp, oświadczenie to wykonawca dołącza do oferty w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu.*

1. 1rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

   \* niepotrzebne skreślić

   \*\* w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 *Podkreślić, zaznaczyć właściwe oświadczenie* [↑](#footnote-ref-2)