

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
Fotel ginekologiczny

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji 2023

Lp.	Parametry wymagane	Potwierdzenie spełnienia parametru TAK/NIE
1.	Fotel ginekologiczny 3 segmentowy składający się z segmentu głowy, pleców, segmentu siedziska;	
2.	Fotel osadzony na elektromechanicznie regulowanej osłoniętej kolumnie;	
3.	Podstawa, kolumna zabezpieczona tworzywową, gładką osłoną w kolorze białym, gwarantująca brak przestrzeni zamkniętych i trudno dostępnych, oraz łatwość i szybkość dezynfekcji. Podstawa, kolumna oraz spodnie części wszystkich segmentów fotela obudowane łątwą w utrzymaniu czystości obudową z tworzywa sztucznego w kolorze białym; Nie dopuszcza się widocznych siłowników fotela oraz fotela bez obudowy siedziska i segmentu pleców z tworzywa sztucznego. Nie dopuszcza się obudowy podstawy metalowej oraz kolumny obudowanej obudową metalową.	
4.	Zintegrowany uchwyt na ręczniki jednorazowe w rolce za segmentem pleców, zawieszany możliwy do szybkiego demontażu. Możliwość poprowadzenia podkładu papierowego w rolce między segmentem pleców i głową oraz między segmentem siedziska i segmentu pleców	
6.	Podpory pod rękę pacjenta z tworzywa sztucznego 1 para Nie dopuszcza się podpór pod rękę z wykończeniem skajem czy wersji tapicerowanej;	
7.	Fotel wyposażony w podkolanniki w kolorze tapicerki fotela 1 para	
8.	Fotel wyposażony w strzemiona 1 para	
9.	Fotel wyposażony w uchylną owalną miskę szt 1	
10.	Fotel wyposażony w jezdnię podstawę – kółka średnica 75mm z indywidualną blokadą hamulcami	
11.	Schodek nasuwany na podstawę fotela (umożliwiający dobry dostęp do panelu sterującego wbudowanego w podstawę fotela) pokryty białą obudową z tworzywa sztucznego, schodek z możliwością demontażu; Nie dopuszcza się schodka dostawionego do fotela metalowego -malowanego proszkowo;	

12.	Fotel wyposażony w zintegrowaną lampę LED na 0.5m wyginanym ramieniu osadzoną na sztycy podkolannika/ sztycy strzemiesia wyposażoną w oddzielny zasilacz sieciowy	
13.	Fotel ginekologiczny 3 segmentowy składający się z segmentu głowy, pleców, segmentu siedziska;	
14.	Fotel osadzony na elektromechanicznie regulowanej osłoniętej kolumnie;	
15.	Bezpieczne obciążenie min 150kg.	
16.	Wymiary całkowite 3 segmentowej powierzchni roboczej w pozycji leża 1365mm +/- 50mm	
17.	Długość x szerokość podstawy 900x600mm	
18.	Szerokość leża 615 mm	
19.	Podstawa wyoblona bez wystających ostrych krawędzi, pokryta obudową z tworzywa sztucznego o Długość x szerokość podstawy fotela 900 x 600mm. Nie dopuszcza się widocznych elementów metalowych malowanych proszkowo podstawy oraz kolumny. Nie dopuszcza się widocznych śrub, siłowników elektrycznych czy przewodów siłowników;	
20.	Elektromechaniczna regulacja wysokości fotela w zakresie 640-940mm sterowanie za pomocą dwóch przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela	
21.	Regulacja segmentu plecowego 0-80 ° manualna uzyskiwana za pomocą uchwytu sprężyny gazowej	
22.	Stała horyzontalna pozycja segmentu siedzenia	
24.	Wybór przynajmniej 15 różnych kolorów tapicerki	
25.	CE- Deklaracja zgodności,	
26.	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna	
27.	Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego	
28.	Gwarancja min 24 miesiące, w okresie gwarancji okresowe bezpłatne przeglądy sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta sprzętu nie rzadziej niż raz w roku.	

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi
1.	Fotel ginekologiczny	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
1.	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego).	min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów.
2.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
3.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
4.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
5.	Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy	Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji, w zależności który termin upłynie później.
6.	Sposób zgłaszania awarii	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem.
7.	Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych	U Zamawiającego
8.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji	Po max. 5 dniach roboczych
9.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
10.	Inne istotne informacje:	Podać:
11.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	
12.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
Aparat do Kriochirurgii

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

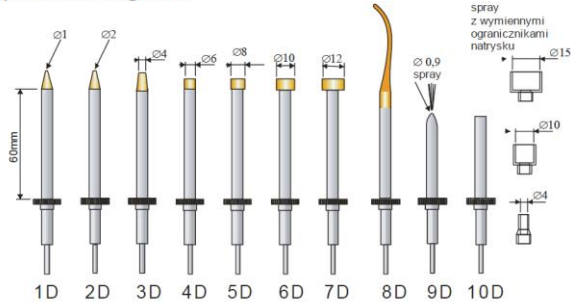
Rok produkcji 2023

LP.	Parametry	TAK (podać)
1.	Czynnik chłodniczy Ciekły azot (LN2)	
2.	Objętość zbiornika 20 dm ³	
3.	Temperatura powierzchni końcówki krioaplikatora (minimalna) -190oC	
4.	Ciśnienie robocze 0,5 bara	
5.	Zasilanie 230 V +/- 10 %	
6.	Klasa ochronności II	
7.	Typ ochrony B	
8.	Zużycie azotu 6 dkg/min (+/- 10 %)	
9.	Wymiary: szerokość/długość/wysokość 420 / 480 / 1150 mm (+/- 10 %)	
10.	Masa urządzenia: 29,3 kg (+/- 10 %)	
11.	Krioaplikatory 7 szt 6 szt. Kontaktowe, 1 szt. natryskowy	
12.	- Urządzenie umieszczone na ramie jezdnej, umożliwiające jego łatwe przemieszczanie. - Urządzenie posiadające elastyczną linię przesyłową ciekłego azotu, która umożliwia w wygodny i bezpieczny sposób wykonywanie zabiegów. - Urządzenie posiadające funkcję rozmrażania aplikatorów	
13.	Aplikatory dermatologiczne: wzór i parametry aplikatora poniżej tabelki APLIKATORY 1. Ø 2 (2D) 2. Ø 6 (4D) 3. Ø 10 (6D)	
14.	Aplikatory ginekologiczne: wzór i parametry aplikatora poniżej tabelki APLIKATORY 1. Ø 19 (1G) 2. Ø 22 (3G) 3. Ø 22 (8G)	
15.	Krioaplikatory Laryngologiczne (nosowe) wzór i parametry aplikatora poniżej tabelki APLIKATORY 1. Ø 4 (2LN)	
16.	Dostawa, instalacja, przeszkolenie personelu	
17.	Instrukcja w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna	

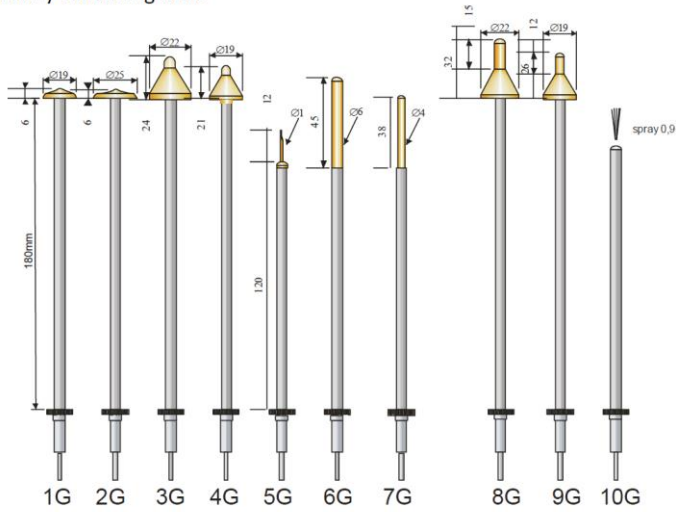
18.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	
-----	---	--

APLIKATORY:

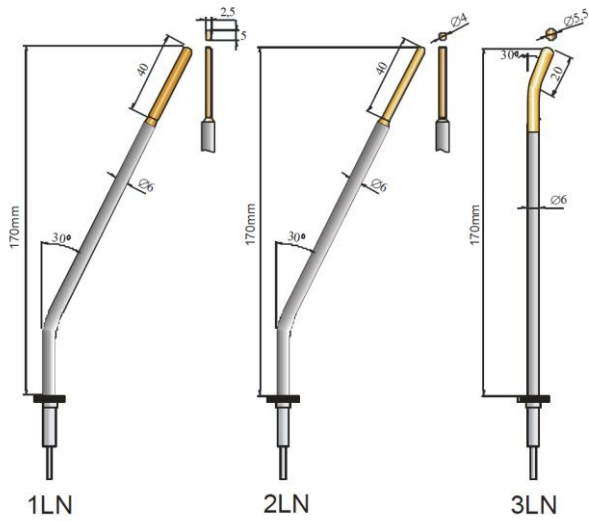
Krioaplikatory Dermatologiczne



Krioaplikatory Ginekologiczne



Krioaplikatory Laryngologiczne (nosowe)



Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi
1.	Aparat do Kriochirurgii	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
1.	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego).	min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów.
2.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
3.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
4.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
5.	Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy	Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później.
6.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailem.
7.	Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych	U Zamawiającego
8.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
9.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
10.	Inne istotne informacje:	Podać:
11.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	
12.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Video rhinolaryngoskop - fiberoskop

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji 2023

Lp.	Parametry wymagane	Parametry oferowane przez wykonawcę: (wpisać TAK/NIE lub wpisać oferowany parametr)
1	Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu 2,0 mm ± 0,2 mm	
2	Długość robocza 300 mm ± 20 mm	
3	Kąt wygięcia końcówki endoskopu co najmniej: - w górę 130° - w dół 130°	
4	Źródło światła typu LED zintegrowane z videofiberoskopem	
5	Możliwość regulacji Natężenia światła LED, od 0 do 100%	
6	Możliwość ustawienia trybu obrazu: diagnostyczny i operacyjny	
7	Dedykowane przyciski na rękojeści videoendoskopu do: - powiększenia/pomniejszenia obrazu - uruchamiania zapisu video - wykonania zdjęcia - zamrożenie obrazu	
8	Przystosowany do procesu sterylizacji niskotemperaturowej	
9	Monitor z kolorowym ekranem o przekątnej minimum 10,1"	
10	Rozdzielczość ekranu monitora minimum: 1280 x 800 px	
11	Obsługa monitora poprzez ekran dotykowy	
12	Dostępne funkcje regulacji parametrów obrazu: - jasność - kolor - kontrast - korekcja balansu bieli	
13	Nagrywanie głosu podczas badania	
14	Zasilanie monitora: - sieciowe - akumulatorowe - możliwość pracy w trakcie ładowania akumulatora	
15	Pojemność akumulatora minimum 5200 mAh	

16	Możliwość ciągłej pracy na naładowanej baterii do minimum 240 minut	
17	Graficzny wskaźnik poziomu naładowania akumulatora wyświetlany na ekranie monitora.	
18	Wbudowane gniazdo karty pamięci typu SD do wykonania dokumentacji w postaci zdjęć oraz filmów. Dołączyć kartę SD min 64GB.	
19	Możliwość odtworzenia zapisanych zdjęć i filmów bezpośrednio na monitorze z funkcją kasowania	
19	Wyjście video HDMI oraz CVBS (BNC) do podłączenia zewnętrznego monitora	
20	Możliwość zamocowania monitora na stojaku	
21	Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach	
22	Zestaw zawiera: - tester szczelności - kapturek do wyrównania ciśnienia - walizka na sprzęt	
23	Lampa czołowa diodowa na czepcu profesjonalnym, komplet z transformatorem gniazdowym i regulacją jasności w tym: <ul style="list-style-type: none"> • Oświetlenie: do 90 000 luxów w odległości pracy 180 mm. jasnego, równomiernie rozłożonego na całym polu światła z temperaturą koloru 5.500 Kelvinów. Optymalna jasność zapobiega powstawaniu odbłasków. • Temperatura koloru: 5 500 Kelvinów. • Trwałość diody LED: Trwałość diody <u>LED HQ</u> szacowana na 50 000 godzin pracy. • Regulowane pole: Ciągła regulacja pola oświetlenia w zakresie od 30mm do 80mm średnicy (przy odległości pracy 420 mm). Mała średnica jest odpowiednia dla laryngologów oraz dentystów. Regulacja wielkości pola oświetlenia oraz bezstopniowa regulacja jasności świecenia. Na wszystkie dostępne napięcia oraz kieszonkowe źródło prądu. • Kąt pochylenia: Pełna regulacja dla odpowiedniego ustawienia przez użytkownika. • Regulator jasności: Zamontowany z boku czepca. • Optyka: Zaawansowana, wielowarstwowo powlekana szklana optyka zapewniająca maksymalną jasność. System chłodzenia diody, gwarantujący niezbędną ciszę i bezwibracyjną pracę. • zintegrowane mocowania lup okularowych serii HR/HRP. • Możliwość zamocowania filtra polaryzacyjnego do badań kontrastowych oraz filtra żółtego do redukcji zawartości barwy niebieskiej • Czas pracy: 8,5 godziny z kieszonkowym urządzeniem zasilającym mPack wyposażonym w baterię akumulatorową typu Li-ion – 70% większa pojemność w porównaniu ze standardową baterią akumulatorową. Przy zasilaniu bezpośrednio z sieci – czas użytkowania nieograniczony <ul style="list-style-type: none"> • Ładowarka do baterii - zasilacz 	
INNE:		
24	Podać model	
25	Producent	
26	Rok produkcji 2023	
27	Szkolenie z obsługi w siedzibie użytkownika	

28	Instalacja urządzenia wraz z uruchomieniem	
29	Deklaracja zgodności CE zgodnie z obowiązującymi normami	
30	Urządzenie zarejestrowane jako wyrób medyczny	

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi
1.	Video rhinolaryngoskop - fiberskop	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
13.	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego).	min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów.
14.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
15.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
16.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
17.	Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy	Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później.
18.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie emailiem.
19.	Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych	U Zamawiającego
20.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
21.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
22.	Inne istotne informacje:	Podać:
23.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	
24.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	

UNIT STOMATOLOGICZNY**Przedmiot zamówienia –**.....**Nazwa własna****Oferowany model****Producent****Kraj pochodzenia****Rok produkcji 2023.**

Lp.	Nazwa parametru	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Producent / Firma	Podać	
2	Unit stomatologiczny fabrycznie nowy - nieużywany z kompresorem wyciszonym, który może znajdować się w pomieszczeniu, w którym wykonywane są usługi stomatologiczne	TAK opisać	
3	Rok produkcji	2023 (podać)	
4	Kompresor bezolejowy dwutłokowy, pojemność zbiornika nie mniej niż 35 l obudowa wyciszająca do kompresora i drzwi rewizyjne otwierane z frontu z zamontowanym wentylatorem chłodzącym - poziom hałasu max 45db	opisać	
5	System demineralizacji wody	TAK (opisać)	
6	Panel lekarza z rękawami od góry, panel łatwo zmywalny bez zakamarków	TAK (podać)	
7	Mikrosilnik elektryczny bezszczotkowy z płynną regulacją obrotów prawo – lewo LED	TAK (opisać)	
8	Turbina - złącze Mid-West rękawa	TAK (podać)	
9	Strzykawka wodno - powietrzna	TAK (podać)	
10	Skaler piezoelektryczny z zapasowymi końcówkami (5 końcówek) i tip endo LED	TAK (podać)	
11	Lampa diodowa do polimeryzacji 1000mW z soft start	TAK (podać)	
12	Ślinociąg wodny, panel asysty z kompletem węży ssących,	TAK (opisać)	
13	Fotel z pamięcią pozycji Trandelenburga (ratownicza) i pozycja „zero”, nośność fotela do 180 kg	TAK (opisać)	
14	Endometr – 2 szt.	TAK (opisać)	
15	Podgłówek fotela łamany pneumatyczny	TAK (opisać)	
16	Sterowanie fotela z panela asysty oraz pulpitu lekarza	TAK (opisać)	

17	Napełnianie kubka wodą i splukiwanie miski spluwaczki	TAK (opisać)	
18	Wyposażenie unitu w końcówki NSK: 4 końcówki turbinowa ze światłem, 4 kątnice do mikrosilnika ze światłem, 4 prostnice końcówki, 4 szt dysze do dmuchawki stomatologicznej.	TAK (podać)	
19	Asystor stomatologiczny, 3-szufladowy, blat szklany, wkłady do szuflad – z systemem jezdny. Stołek lekarza z regulowaną wysokością i regulowana wysokością oparcia, jezdny, obrotowy na metalowej podstawie – 2 szt (kolor tapicerki do uzgodnienia)	TAK (podać)	
20	Blok spluwaczki wyposażony w sito odsuwany od pacjenta 180 stopni, miska ceramiczna spluwaczki podsuwana nad nogi pacjenta	TAK (podać)	
21	System ssący z pompą durr dental vs 300 s z regulacją siły ssania z obudową wyciszającą do pompy i drzwi rewizyjne otwierane z frontu z zamontowanym wentylatorem chłodzącym.	Tak (podać)	
22	Lampa oświetleniowa pacjenta LED, natężenie światła w przedziale 3000 - 35000 Lux, z regulacją światła, obracana w trzech płaszczyznach z wymiennymi uchwytami	Tak (podać)	
WARUNKI GWARANCJI I SERWISU			
1.	Okres gwarancji od dnia montażu, protokolarnego uruchomienia i przeszkolenia personelu w siedzibie Zamawiającego	Min 36 miesięcy (podać)	
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski	TAK	
3.	Czas reakcji serwisu na telefoniczne zgłoszenie awarii	Maksymalny czas reakcji 48 godziny w dni robocze (podać)	
4.	Czas wykonania naprawy od dnia przybycia serwisanta do siedziby Zamawiającego	maksymalnie 48 godziny w dni robocze (podać)	
5.	Najbliższy punkt serwisowy – lokalizacja do 30 km od Poznania	Podać nazwę, adres i numer telefonu	
6.	Zapewnienie dostępności części zamiennych przez Wykonawcę od dnia montażu i uruchomienia unitu stomatologicznego wraz kompresorem w okresie gwarancji	10 lat (podać)	
7.	Przeglądy w okresie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy, które winny być odnotowane w paszporcie technicznym	Minimum 6 przeglądów (podać)	
8.	Czasookresy przeglądów wykonywanych na koszt Wykonawcy w okresie gwarancji siedzibie Zamawiającego. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnej przestrzegania we własnym zakresie terminów dokonywania przeglądów.	I przegląd w 12 miesiącu od dnia montażu, II przegląd i kolejne	

		w 12 miesiącu od dnia poprzedniego przeglądu ostatni przegląd 5 dni przed dniem zakończenia terminu gwarancji (podać)	
9.	W przypadku trzykrotnej naprawy tego samego podzespołu, który ma wpływ na prawidłową pracę unitu stomatologicznego i kompresora - kwalifikacja unitu stomatologicznego lub kompresora do wymiany na nowy na koszt Wykonawcy w terminie 5 dni roboczych od dnia wystąpienia takiej okoliczności.	TAK	
10.	Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością unitu stomatologicznego wraz z kompresorem przedłuża o ten okres czas gwarancji unitu stomatologicznego wraz z kompresorem	TAK	
11.	W przypadku niemożliwości dokonania naprawy w ciągu 48 godzin od dnia przybycia serwisu (licząc dni robocze) na wezwanie Zamawiającego do wykonania naprawy, Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia unitu stomatologicznego lub kompresora zastępczego na czas dokonania niezbędnej naprawy, chyba że uszkodzenie nie spowoduje zaprzestania wykonywania pracy	TAK	
12.	Koszty dojazdu, naprawy i wymiany podzespołów w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
DODATKOWE WYMAGANIA			
1.	Bezpłatne szkolenie personelu w siedzibie Zamawiającego z którego zostanie sporządzony protokół	TAK	
2.	Dostawa i wniesienie unitu stomatologicznego wraz kompresorem do pomieszczenia, w którym będzie pracowała koszt Wykonawcy - do siedziby Zamawiającego.	TAK	
3.	Montaż i uruchomienie unitu stomatologicznego wraz z kompresorem na koszt Wykonawcy w siedzibie Zamawiającego	TAK	
4.	Przedmiot zamówienia jest kompletny i po zainstalowaniu w dniu montażu i uruchomienia gotowy będzie do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów ze strony Zamawiającego	TAK	
5.	W czasie gwarancji przynajmniej raz do roku bezpłatny przegląd gwarancyjny	TAK	
6.	Zgodność wyrobu z Dyrektywą 93/42/EEC	TAK	

7.	Demontaż i utylizacja starego fotela stomatologicznego będącego na wyposażeniu gabinetu. Wymagamy dostarczenia karty odpadu		
8.	Demontaż i montaż w innym miejscu drugiego fotela stomatologicznego będącego na wyposażeniu Zamawiającego, naprawa – wymiana poszycia fotela, naprawa sterowania ręcznego oraz mocowania spluwaczki.		

Wartości podane w rubryce „Parametr wymagany” stanowią nieprzekraczalne minimum, niespełnienie jednego z nich lub pozostawienie niewypełnionej rubryki spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis wykonawcy

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi
1.	Unit stomatologiczny	1 szt.					

Załącznik nr 2 do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
1	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego).	min 36 miesięcy w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów.
2	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
3	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
4	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
5	Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy	Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji, w zależności który termin upłynie później.
6	Sposób zgłaszania awarii	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie email.
8	Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych	U Zamawiającego
11	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji	Po max. 5 dniach roboczych

12	W okresie gwarancji w przypadku konieczności dokonywania naprawy w autoryzowanym serwisie Wykonawcy	Koszt transportu do i z siedziby serwisu oraz ubezpieczenie pokrywa Wykonawca
13	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
Inne istotne informacje:		Podać:
14	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	
15	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon)	

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
Stół diagnostyczno - zabiegowy

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

LP	Parametr	Wartość graniczna	Parametry oferowane - opis
1.	Stół fabrycznie nowy	Tak	
2.	Rok produkcji - 2023	Tak	
3.	Stalowa konstrukcja pokryta farbą proszkową	Tak	
4.	Trzy częściowe leże łamane do pozycji Pivota oraz fotela	Tak	
5.	Regulacja wysokości stołu za pomocą siłownika elektrycznego.	Tak	
6.	Sterowanie przy pomocy pilota ręcznego.	Tak	
7.	Łożyskowy mechanizm regulacji wysokości	Tak	
8.	System kółek jezdnych	Tak	
9.	Szerokość 80cm	Tak	
10.	Wysokość 48-100 cm	Tak	
11.	Regulacja kąta podglówka -70° do 40°	Tak	
12.	Regulacja kąta oparcia 0° do 85°	Tak	
13.	Regulacja kąta łamania blatu 0° do 30°	Tak	
14.	Maksymalne obciążenie 200 kg	Tak	
15.	Regulacja kąta blatu manualna za pomocą sprężyny gazowej	Tak	
16.	Regulacja oparcia manualna za pomocą sprężyny gazowej	Tak	
17.	Gwarancja min 24 miesiące		
18.	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	
19.	Certyfikat CE	Tak	
20.	Przeгляд wykonywany w placówce zamawiającego	Tak	

21.	Kolor materiału do wyboru	Tak	
22.	Wieszak na papier zamontowany w od głowy z możliwością poprowadzenia papieru w rolce od pleców (szerokość papieru od 50 do 60 cm.	Tak	
23.	Dostawa, instalacja, przeszkolenie personelu	Tak	
24.	Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem). Karta gwarancyjna,	Tak	

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa netto kompletnego sprzętu	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, nazwa aparatu i wszystkich dodatkowych części wraz z numerami katalogowymi
1.	Stół diagnostyczno - zabiegowy	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
1.	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego).	min 24 miesiące w przypadku gdy w formularzu wymaganych warunków technicznych wymagamy gwarancji dłuższej przyjmujemy dłuższy termin lub gdy Wykonawca chce uzyskać większą liczbę punktów.
2.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
3.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
4.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
5.	Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy	Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później.
6.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie faksem
7.	Miejsce wykonania naprawy i wymaganych ustawą przeglądów technicznych.	U Zamawiającego
8.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
9.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
10.	Inne istotne informacje:	Podać:
11.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
12.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy			
Adres (siedziba) Wykonawcy			
Województwo, powiat		KRS (jeżeli dotyczy)	
NIP		REGON	
Telefon		www	
Osoba do kontaktu	Imię i nazwisko: skrzynka ePUAP(jeżeli posiada): e-mail:		
Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, małym przedsiębiorstwem czy średnim przedsiębiorstwem?	<input type="checkbox"/> Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem <input type="checkbox"/> Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem <input type="checkbox"/> Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem <input type="checkbox"/> Wykonawca prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Wykonawca jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej		

1. Oferujemy realizację zamówienia za cenę:

Dostawa:

Pakiet 1 1a

ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO	STAWKA PODATKU VAT	ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO
	%	

Termin dostarczenia:

TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)	TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY
60 dni od podpisania umowy	

Termin gwarancji:

OKRES GWARANCJI (MIN.)	OKRES GWARANCJI OFEROWANY
24 mies.	

Pakiet 1 2b

ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO	STAWKA PODATKU VAT	ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO
	%	

Termin dostarczenia:

TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)	TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY
60 dni od podpisania umowy	

Termin gwarancji:

OKRES GWARANCJI (MIN.)	OKRES GWARANCJI OFEROWANY
24 mies.	

Pakiet 1 3c

ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO	STAWKA PODATKU VAT	ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO
	%	

Termin dostarczenia:

TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)	TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY
60 dni od podpisania umowy	

Termin gwarancji:

OKRES GWARANCJI (MIN.)	OKRES GWARANCJI OFEROWANY
24 mies.	

Pakiet 1 4d

ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO	STAWKA PODATKU VAT	ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO
	%	

Termin dostarczenia:

TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)	TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY
60 dni od podpisania umowy	

Termin gwarancji:

OKRES GWARANCJI (MIN.)	OKRES GWARANCJI OFEROWANY
24 mies.	

Pakiet 1 5e

ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO	STAWKA PODATKU VAT	ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO
	%	

Termin dostarczenia:

TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)	TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY
60 dni od podpisania umowy	

Termin gwarancji:

OKRES GWARANCJI (MIN.)	OKRES GWARANCJI OFEROWANY
24 mies.	

2. Oświadczamy, że:

Zapoznaliśmy się ze specyfikacją wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty
Przyjmujemy warunki i terminy płatności
Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji
Zapoznaliśmy się z treścią załączonego do specyfikacji wzoru umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowę sporządzoną na podstawie tego wzoru
<p>Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *</p> <p>¹⁾ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).</p> <p>* 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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).</p>

Wykonawca:

.....

.....
(pełna nazwa/firma, adres,
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko,
stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn..... (nazwa postępowania), prowadzonego przez Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21, 61-736 Poznań, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze

.....
.....

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.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DODATKOWYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835), oraz brzmieniu art. 5 k Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 08.04.2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających

w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE L/111/1), oświadczam, że:

- a) nie jestem Wykonawcą wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
- b) nie jestem Wykonawcą, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835);
- c) nie jestem Wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

Wykonawca:

.....

.....
(pełna nazwa/firma, adres,
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)
reprezentowany przez:

.....

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

Oświadczenie Wykonawcy

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11września 2019 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.
..... (nazwa postępowania), prowadzonego przez Wojskowa
Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Solna 21,
61-736 Poznań , oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. VIII
Specyfikacji Warunków Zamówienia.

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.

**OŚWIADCZENIE GRUPA KAPITAŁOWA
O KTÓREJ MOWA W ART. 108 UST. 1 PKT 5 USTAWY PZP**

Dotyczy (*nazwa postępowania*) prowadzonego przez
Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul.
Żwirki i Wigury 9 62-230 Witkowo

Wykonawca:

.....

pełna nazwa/firma, adres

oświadczam, co następuje:

Oświadczam/y, że ww. Wykonawca¹:

- nie należy do grupy kapitałowej**, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z żadnym z wykonawców, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

- należy do grupy kapitałowej**, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z następującymi wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu²:

.....
.....

¹ Zaznaczyć właściwie.

² Wraz z niniejszym oświadczeniem należy przedstawić dowody (dokumenty lub inne informacje) potwierdzające, że przygotowanie oferty nastąpiło niezależnie od Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.