

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**Załącznik nr 1 1a do swz****ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
analizatora hematologicznego**

Przedmiot zamówienia –

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

Lp.	Parametry wymagane dla analizatora hematologicznego 3-DIFF	Potwierdzenie spełnienia parametru TAK/NIE	nr strony w materiałach informacyjnych
1.	Fabrycznie nowy analizator hematologiczny 3-diff. Rok produkcji 2022		
2.	Min. 19 parametrów: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW-CV, RDW-SD, PLT, PCT, MPV, PDW, LY%, LY#, MO%, MO#, GR%, GR#,		
3.	Wydajność min. 60 próbek/godz. dla próbek otwartych.		
4.	Obsługa analizatora za pomocą kolorowego ekranu dotykowego i klawiszy, bez konieczności używania zewnętrznego komputera.		
5.	Praca z próbkami próżniowymi z przekłuwaniem korków oraz z próbkami otwartymi w tym z mikrometodą.		
6.	Podwójny tryb pracy z próbkami otwartymi: z możliwością wstawienia próbki do aparatu oraz z igłą wysuwaną na zewnątrz bez konieczności wstawiania próbki do aparatu.		
7.	Możliwość bezpośredniej aspiracji próbki z kapilar.		
8.	Maks. objętość krwi w trybie próbek systemu zamkniętego i otwartych 30 ul.		
9.	Współczynnik rozcieńczenia dla WBC nie większy niż 1:200 (dla rozcieńczenia normalnego).		
10.	Zaprogramowane w aparacie różne współczynniki rozcieńczenia krwi po aspiracji próbki, z możliwością wyboru rozcieńczenia wyższego i niższego od normalnego.		
11.	Automatyczne powtarzanie próbek z bardzo niskimi płytkami z tej samej zaaspirowanej objętości krwi, z możliwością wybrania progu PLT dla powtórek.		
12.	Automatyczne wykrywanie granicy PLT/RBC i automatyczne wstawianie dyskryminatorów PLT/RBC, tzw. „pływające dyskryminatory”.		
13.	Automatyczne powtórzenie próbek z tej samej zaaspirowanej objętości krwi w przypadku wystąpienia alarmu podczas pomiaru.		
14.	Kompensacja zjawiska koincydencji.		

15.	Wyniki liczbowe i 3 histogramy wyświetlane w jednym oknie, z możliwością dostosowania skali histogramów.		
16.	Różne poziomy dostępu użytkowników do funkcji analizatora zabezpieczone hasłami.		
17.	Możliwość zaprogramowania wartości referencyjnych dla minimum ośmiu grup pacjentów.		
18.	Możliwość edycji ID próbki po pomiarze w aparacie.		
19.	Odczynniki bezcyankowe z monitorowaniem poziomu odczynników i ścieków przez aparat.		
20.	Wszystkie odczynniki i detergenty podłączone do analizatora, bez konieczności podawania jakiegokolwiek płynu myjącego ręcznie.		
21.	Automatyczne mycie igły wewnątrz i zewnątrz po każdym pomiarze.		
22.	Automatyczne przepalanie kryzy wysokim napięciem po każdym pomiarze.		
23.	Automatyczne wykrywanie pęcherzyków, skrzepu/zatoru, braku odczynnika.		
24.	Automatyczne usuwanie zatoru z automatycznym powtórzeniem.		
25.	Kontrola jakości w analizatorze: 2 programy z użyciem materiałów kontrolnych (X-R, Levey and Jennings) i dodatkowe 2 programy do oceny precyzji wykorzystujące wyniki próbek pacjentów.		
26.	Analizator dostarczony wraz ze stanowiskiem komputerowym i dedykowanym oprogramowaniem umożliwiającym archiwizację wyników wraz z histogramami i kontrolę jakości oraz drukarką laserową		
27.	Aparat pracujący na tych samych odczynnikach co MEK-7300 będący własnością Zamawiającego.		
28.	Dostawa analizatora w ciągu 20 dni od podpisania umowy.		
29.	Załączona do oferty broszura, ulotka w języku polskim, potwierdzająca spełnianie wszystkich powyższych parametrów. W przypadku wątpliwości Zamawiający zastrzega sobie prawo zażądania pełnej instrukcji obsługi lub demonstracji aparatu w siedzibie Zamawiającego na koszt 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.	Analizator hematologiczny	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	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)	

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
Koagulometr

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

LP.	NAZWA I OPIS ARTYKUŁU	Wpisać <u>TAK</u> jeśli oferowany artykuł spełnia wymóg lub <u>NIE</u> jeśli nie spełnia (uzupełnia Wykonawca)*	Ilość	Wartość netto	Stawka VAT (%)	Wartość brutto (wartość netto + VAT)
1.	Koagulometr	Aparat nabiurkowy - wymiary: 45 cm (+ - 2 cm) x 33 cm (+- 2 cm) x 12 cm (+ - 1 cm), waga: max 7 kg	TAK			
		Fabrycznie nowy, rok produkcji 2022	TAK			
		Metoda pomiaru – optyczna (3 ścieżki pomiarowe: wykrzepialna, chromogenna, immunologiczna)	TAK			
		5 niezależnych kanałów pomiarowych, pomiary w 2 dubletach lub do 4 niezależnych pomiarów jednocześnie	TAK			
		Możliwość zastosowania mikropróbki (50ul) osocza	TAK			
		Zakres badań: – PT, APTT, Fibrynogen Clauss, TT, ATIII, D-Dimery, Białko C, czynniki od II do XII, plazminogen, alfa-2-antyplazmina	TAK			
		Podawanie automatycznie wartości INR wyliczane przez aparat z PT	TAK			
		Oznaczania stężenia fibrynogenu podczas oznaczania PT (oprócz metody Claussa)	TAK			
		Oprogramowania w j. polskim z możliwością podawania wyniku w dowolnej formie i dowolnych jednostkach	TAK			

		Możliwość samodzielnego programowania pomiarów	TAK				
		Zapamiętywanie wprowadzonych przez użytkownika programów, krzywych kalibracyjnych i minim. 2000 wyników nawet po wyłączeniu zasilania	TAK				
		Automatyczna kalibracja	TAK				
		Pamięć krzywych kalibracyjnych	TAK				
		Kalibracja aparatu tylko przy zmianie serii odczynnika	TAK				
		Drukarka wewnętrzna z wydrukiem wyników. Wydruk zawiera także dokładny czas wykonanego badania oraz zakres wartości oczekiwanych.	TAK				
		Indeksowanie wyników poza zakresem normy	TAK				
		Możliwość podłączenia czytnika kodów kreskowych	TAK				
		Możliwość podłączenia do sieci komputerowej - złącze RS232 do podłączenia sieci komputerowej	TAK				
		kontrola zewnętrzna	TAK				
		Fabrycznie nowy analizator. Rok produkcji 2022	TAK				
		Wyposażenie w program kontroli jakości z pamięcią wyników	TAK				
2.	Kefalina z kaolinem (APTT)	1. Odczynnik płynny, gotowy do użycia 2. Wielkość opakowania jednostkowego 9 ml 3. Stabilność po otwarciu – 30 dni w temp. 2-8 ° C		2 op			
3.	Tromboplastyna (PT)	1. Odczynnik liofilizowany 2. Wartość ISI ~ 1,0 3. Wielkość opakowania jednostkowego 8 ml odczynnika i 8 ml rozpuszczalnika 4. Trwałość po rekonstrukcji 30 dni w temp. 2-8 ° C		4 op			
4.	Chlorek wapniowy 0,025 M	1. Odczynnik gotowy do użycia 2. Odczynnik buforowany, może być stężony, sterylny 3. Wielkość opakowania jednostkowego 9 ml		0			
5.	Kontrola prawidłowa	1. Odczynniki liofilizowane 2. Wartości prawidłowe 3. Wielkość opakowania 1ml 4. Trwałość po rekonstrukcji 48 godzin w temp. 2-25 ° C i 30 dni po zamrożeniu		1 op			

6.	Kontrola patologiczna H	1. Odczynniki liofilizowane 2. Wartości patologiczne powyżej normy 3. Wielkość opakowania 1ml 3. Trwałość po rekonstrukcji 48 godzin w temp. 2-25 ° C i 30 dni po zamrożeniu	1op			
7.	Kontrola patologiczna L	1. Odczynniki liofilizowane 2. Wartości patologiczne poniżej normy 3. Wielkość opakowania 1ml 4. Trwałość po rekonstrukcji 48 godzin w temp. 2-25 ° C i 30 dni po zamrożeniu	1op			
8.	Kalibrator	1. Odczynnik liofilizowany 2. Wielkość opakowania 1ml 3. Trwałość po rekonstrukcji 4 godziny na pokładzie analizatora	1op			
9.	Kuwety reakcyjne	Naczynka jednorazowe przeznaczone do wykonywania analiz, wykonane z tworzywa a. 100	4 op			
				Wartość netto		Wartość brutto
RAZEM ŁĄCZNA WARTOŚĆ (SUMA)						

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.	Koagulometr	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 faksem
19.	Miejsce wykonania naprawy	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, faks)	
24.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
Optyczny koherentny tomograf

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

Nazwa urządzenia: Optyczny koherentny tomograf Ilość: 1 szt						
Lp.	nazwa wyposażenia	ilość	jm	cena jednostkowa netto	stawka VAT	wartość brutto
1.	Optyczny koherentny tomograf	1	szt.			
L.p.	Parametry techniczne i funkcjonalne					Wartość oferowana
I	Informacje ogólne					
1	Producent			Podać		
2	Nazwa i typ			Podać		
3	Rok produkcji			2022		
II	Parametry techniczne					
1	Specjalistyczny aparat - koherentny tomograf do badania oka - obrazowanie rogówki i przedniego odcinka oka			Tak		
2	Szybkość skanowania			Minimum 80 000 A-skanów / sekunda		
3	Długość wiązki skanowania			840nm (+/- 10nm)		
4	Zakres penetracji w tkance (siatkówka)			Minimum 2,3mm		
5	Rozdzielczość optyczna pozioma			Minimum 15µm (siatkówka)		
6	Rozdzielczość optyczna osiowa			Minimum 5µm		
7	Autofocus			Tak		
8	Odległość robocza głowicy skanującej			21,2 mm siatkówka / 16,6 mm rogówka		
9	Automatyczna korekcja refrakcji			W zakresie min. -15D do +10D		
10	Podgląd dna oka w miejscu wykonywania skanu			Tak		
11	Minimalna średnica źrenicy			Nie więcej niż 2,5 mm		
12	W pełni automatyczny pomiar obu oczu			Tak		
13	Automatyczny pomiar grubości siatkówki			Tak		
14	Automatyczny pomiar grubości warstwy włókien nerwowych RNFL			Tak		
15	Automatyczny pomiar grubości komórek zwojowych GCC, z dodatkowymi parametrami GLV i FLV			Tak		

16	Rodzaje skanów plamki: GCC, mapa grubości, siatkówka 3D, skany promieniowe 12 mm, i Wellness	Tak	
17	Komunikacja głosowa w języku polskim przez cały czas trwania badania, komunikaty głosowe w języku polskim	Tak	
18	Fiksator wewnętrzny, z możliwością zmiany położenia	Tak	
19	Możliwość badania przedniego odcinka oka za pomocą dodatkowej, dedykowanej do aparatu soczewki (w zestawie z aparatem)	Tak	
20	Możliwość pomiaru kąta przesączania	Tak	
21	Automatyczna pachymetria bezkontaktowa z utworzeniem mapy grubości rogówki	Tak	
22	Możliwość pomiaru struktur widocznych w przekroju	Tak	
23	Wizualizacja 3D	Tak	
24	Możliwość eksportu raportów	Tak	
25	Oprogramowanie w języku angielskim lub polskim	Tak	
26	Wbudowany komputer spełniający wszystkie wymagania producenta urządzenia i oprogramowania wyposażony w system operacyjny oraz niezbędne peryferia w tym monitor, klawiatura, mysz	Tak	
27	Kolorowa, laserowa drukarka kompatybilna z OCT wraz z dodatkowym kompletem kartridży	Tak	
28	Stolik elektromechaniczny dedykowany do OCT, wymiary blatu 900x500 mm, maksymalne obciążenie stolika 75 kg, zakres regulacji wysokości stolika od 665 do 850 mm, waga stolika max 16,5 kg	Tak	
29	Wbudowany w urządzenie dotykowy ekran o przekątnej 24 cala, 1920x1080 60Hz	Tak	
30	Wersja przenośna/mobilna – waga max. 20 kg	Tak	
III	Pozostałe		
1	Gwarancja minimum 24 miesiące przez autoryzowany serwis	Tak	
2	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	Tak	
3	Instruktaż stanowiskowy personelu z zakresu obsługi i eksploatacji	Tak	
4	W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji	Tak	
5	Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw do 14 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności	Tak	

	importu części zamiennych lub podzespołów do 14 dni roboczych		
6	Częstotliwość przeglądów	Podać i opisać	
7	Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia	Tak	
8	Autoryzowany serwis gwarancyjny	Podać dane kontaktowe	
9	Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem)	Tak	
10	Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje, potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów	Tak, załączyć do oferty	
11	Termin dostawy do 6 tygodni od daty zawarcia umowy	Tak	
12	Taboret dla pacjenta szt. 1	Tak	
13	Taboret dla lekarza szt. 1	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.	Optyczny koherentny tomograf	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
25.	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.
26.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
27.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
28.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
29.	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.
30.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie faksem
31.	Miejsce wykonania naprawy	U Zamawiającego
32.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
33.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
34.	Inne istotne informacje:	Podać:
35.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
36.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	

Załącznik nr 1 4d do swz**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
Sterylizator parowy**

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

Sterylizator parowy - 1 szt.

LP.	Parametry	TAK (podać)
1.	Pojemność 28 litrów	
2.	Fabrycznie nowy. Rok produkcji 2022	
3.	Wymiary komory: 28 x 45 cm (śred. x głęb.)	
4.	Wymiar tacy: 18 x 38 cm (szer. x głęb.)	
5.	Wymiary zewnętrzne 48 x 60 x 45 cm (szer. x głęb. x wys.)	
6.	Zasilanie 230/50 V/Hz	
7.	Moc pobierana 2300 W	
8.	Waga 53 kg	
9.	Ilość tac – 6 szt.	
10.	Tace z siatki drucianej	
11.	System jednokrotnego wykorzystania wody do sterylizacji	
12.	Posiadający Znak CE lub deklarację zgodności ze znakiem CE wystawioną przez producenta	
13.	Wersja próżniowa (proces B) – dla narzędzi opakowanych i nieopakowanych, wgłębianych i tekstylnych	
14.	System Oceny Procesu	
15.	Temperatura sterylizacji 121-134 °C	
16.	5 programów standard + 1 program zdefiniowany przez użytkownika	
17.	Wymagane programy:	
	4 programy w temperaturze 134°C	
	1 program w temperaturze 121°C	
	Program własny modyfikowany przez użytkownika w temperaturze 134°C lub 121°C	
	Programy sterylizacyjne: min. 3 programy testowe (Vacuum Test, Bowie&Dick Test, Helix Test)	
18.	Załadunek: 9,0 kg narzędzi nieopakowanych	

19.	Załadunek: 5,0 kg narzędzi opakowanych	
20.	Wbudowany zbiornik na czystą wodę: 4,5l	
21.	Wbudowany zbiornik na zużytą wodę: 4,5l	
22.	Czas wstępnego podgrzewania (ze stanu zimnego) : ok.10 min	
23.	Mikroprocesorowe zarządzanie pracą autoklawu. Wyświetlanie aktualnego etapu procesu w j. polskim – kontrola poprawności procesu w trakcie jego trwania	
24.	System alarmów przerywający proces sterylizacji	
25.	Próżnia wstępna i frakcjonowana wytwarzana pompą próżniową	
26.	Suszenie przy pomocy pompy próżniowej	
27.	Wytwornica pary poza komorą autoklawu	
28.	Obrotowy stelaż na 6 tac lub 3 kontenery sterylizacyjne	
29.	Wyjmowany stelaż	
30.	Możliwość wstępnego podgrzania w pozycji "stand-by",	
31.	Komora sterylizacyjna i rama wykonane ze stali nierdzewnej	
32.	Filtr bakteriologiczny	
33.	System automatycznego, ryglowania oraz odblokowywania drzwi komory sterylizacyjnej	
34.	Licznik przeprowadzonych cykli	
35.	Kolorowy, dotykowy wyświetlacz	
36.	Akustyczny sygnał nieprawidłowości i alarmów	
37.	Wbudowany rejestrator cykli na Pendrive USB	
38.	Możliwość pracy autoklawu w sieci LAN	
39.	Możliwość pracy autoklawu w chmurze	
40.	Funkcja przypomnienia pozwalająca Użytkownikowi ustawić czy i kiedy aktywować przypomnienie o wykonaniu testów (Vacuum - Helix / B&D - Vacuum + Helix / B&D).	
41.	Autoklaw umożliwia zaprogramowanie startu opóźnionego.	
42.	Profile użytkowników, możliwość skonfigurowania kont użytkowników.	
43.	<p>Na wyposażeniu autoklawu demineralizator.</p> <p>Parametry demineralizatora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wydajność systemu ok. 10 - 12 dm³/h (dobowa ok. 240-280 dm³) • Przewodnictwo wody zdemineralizowanej < 0,06 μS/cm. • System zaopatrzony w zbiornik ciśnieniowy o poj. 10 dm³. • Stopnie oczyszczania wody: <ul style="list-style-type: none"> ○ prefiltr osadowy 5μm, ○ filtracja osadowo-węglowo-zmiękczająca (zintegrowany moduł A), ○ odwrócona osmoza, ○ podwójna demineralizacja na mieszanym złożu jonowymiennym, • Ruchomy punkt poboru wody – druga klasa czystości zaopatrzony w wylewkę wody demi o zasięgu min. 2 m, • Automatyczne zatrzymanie pracy systemu przy pełnym zbiorniku. • Kolorowy wyświetlacz LCD 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Konduktometr dokonujący pomiaru przewodnictwa i temperatury wody oczyszczonej w jednostkach $\mu\text{S}/\text{cm}$ lub $\text{M}\Omega\text{m}$, • Zegar wyświetlający datę oraz godzinę, Informacja o aktualnym stanie pracy systemu, • Graficzna i dźwiękowa sygnalizacja alarmowa: <ul style="list-style-type: none"> ○ alarm informujący o wymianie modułu A, ○ alarm informujący o wymianie modułu jonowymiennego, ○ podgląd terminów serwisowych, • Wymiary (szer. x głęb. x wys.): 230x360x520 mm • System przeznaczony jest do zasilania zimną wodą: 5-40°C. • Zasilanie: 230V/50Hz. 	
44.	Dostawa, instalacja, przeszkolenie personelu	
45.	Instrukcja w języku polskim	
46.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	
47.	Kompatybilna drukarka	

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.	Sterylicator parowy	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
37.	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.
38.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
39.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
40.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
41.	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.
42.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie faksem
43.	Miejsce wykonania naprawy	U Zamawiającego
44.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
45.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
46.	Inne istotne informacje:	Podać:

47.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
48.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH
ULTRASONOGRAFU Z KOLOROWYM DOPPLEREM

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

LP	Parametr	Wartość graniczna	Parametry oferowane
1.	Aparat fabrycznie nowy	Tak, Podać	
2.	Rok produkcji aparatu –2022	Tak, Podać	
A.	KONSTRUKCJA		
1.	Cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem	Tak	
2.	Cyfrowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej	Tak	
3.	Obraz o min 256 stopniach szarości	Tak, Podać	
4.	Minimum 16 rodzajów skal szarości	Tak, Podać	
5.	Ilość aktywnych jednakowych gniazd głowic obrazowych min. 4 oraz min. jedno takie same gniazdo do „parkowania” głowicy	Tak, Podać	
6.	Monitor kolorowy LCD lub LED o przekątnej min 21”	Tak, Podać	
7.	Monitor LCD na wysięgniku umożliwiającym zmianę położenia względem pulpitu we wszystkich osiach	Tak	
8.	Monitor LCD pracujący w rozdzielczości min. 1920x1080	Tak, Podać	
9.	Ekran dotykowy LCD o rozdzielczości min. 1920x1080 , wbudowany w konsolę do obsługi aparatu o przekątnej min 13 cali z możliwością regulacji kąta nachylenia min. 10° i jasności oraz kontrastu	Tak, Podać	
10.	Możliwość zmiany wysokości pulpitu o min. 200 mm i obrotu pulpitu prawo/lewo o min 40° w każdym kierunku	Tak, Podać	
11.	Pulpit wyposażony w wysuwaną klawiaturę oraz klawiaturę na ekranie dotykowym.	Tak	
12.	Aparat o zwartej konstrukcji, o wadze nie przekraczającej 90 kg i wytwarzający, podczas normalnej pracy, poziom hałasu nie większy niż 50 dB	Tak, Podać	
13.	Ustawienia wstępne (tzw. Presety fabryczne)	Tak	
14.	Możliwość stworzenia własnych ustawień (Presetów) dla każdej oferowanej głowicy	Tak	
15.	Dynamika systemu min 280 dB	Tak, Podać	
16.	Maksymalna częstotliwość odświeżania obrazu „Frame Rate” na zaoferowanych głowicach wyświetlana na ekranie min. 1400 obr/s	Tak, Podać	
17.	Obrazowanie w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami tzw. skrzyżowane ultradźwięki	Tak	
18.	Możliwość inwersji obrazu prawo-lewo, oraz obrotu obrazu o 90 oraz 180 stopni	Tak	
19.	Pamięć filmowa CINE min. 2000 obrazów	Tak, Podać	
20.	Funkcja automatycznej optymalizacji obrazu przy pomocy jednego przycisku min. B-mode i Dopplera spektralnego	Tak	
21.	Min. 8 strefowa dynamiczna regulacja wzmocnienia w pionie i poziomie (TGC, LGC)	Tak	
22.	Maksymalna liczba ognisk min. 10	Tak, Podać	
23.	Maksymalne powiększenia ZOOM min 10x z wyświetlaniem krotności powiększenia na ekranie	Tak, Podać	

24.	Zakres regulacji pola obrazowego min 2-40 cm (bez użycia funkcji ZOOM)	Tak	
25.	Szerokość bramki Dopplera pulsacyjnego min 0,8-20 mm	Tak, Podać	
26.	Maksymalna prędkość w Dopplerze Pulsacyjnym min. 12 m/s a w ciągłym min. 60 m/s.	Tak, Podać	
27.	Adaptacyjne oprogramowanie do redukcji artefaktów i szumów,, min. 8 stopni redukcji	Tak, Podać	
28.	Aparat stacjonarny wyposażony 4 kółka skrętne z możliwością zahamowania każdego z nich	Tak	
29.	Wbudowana bateria pozwalająca na ciągłą pracę min. 90 minut	Tak, Podać	
30.	Zasilanie sieciowe 220-240V max. 500VA	Tak, Podać	
31.	Wbudowany moduł Wi-Fi do przesyłania danych, obrazów i pętli obrazowych.	Tak	
32.	Możliwość zakładania kont dla każdego obsługującego urządzenie i ukrywania danych zgromadzonych na dysku urządzenia.	Tak	
B. TRYBY OBRAZOWANIA			
1.	B	Tak	
2.	2B	Tak	
3.	4B	Tak	
4.	M-mode i Anatomiczny M-mode z min. 3 liniami próbkującymi	Tak	
5.	Kolorowy M-mode	Tak	
6.	Kolor Doppler	Tak	
7.	Jednoczesne obrazowanie na dwóch obrazach – jeden w trybie B-mode a drugi B-mode wraz z Kolorowym Dopplerem (B/B+CD)	Tak	
8.	Power Doppler oraz Kierunkowy Power Doppler	Tak	
9.	Doppler pulsacyjny PW	Tak	
10.	Doppler ciągły CW	Tak	
11.	Duplex	Tak	
12.	Triplex	Tak	
13.	Obrazowanie harmoniczne z inwersją fazy na wszystkich oferowanych głowicach	Tak	
14.	Obrazowanie 3D/4D dla głowic typu konweks i endowaginalnych	Tak	
15.	Obrazowanie trapezowe na głowicach liniowych	Tak	
16.	Obrazowanie panoramiczne w czasie rzeczywistym w trybach B i Kolorowego Dopplera	Tak	
17.	Elastografia tkanek dla wszystkich oferowanych głowic	Tak	
18.	Dedykowana funkcja wizualizacji igły	Tak, podać nazwę	
19.	Funkcje poprawy wizualizacji obrazu 4D dla układu kostnego, tkanek miękkich, podświetlania z każdej strony	Tak, opisać i podać nazwę funkcji	
20.	Edytowalne raporty do każdego rodzaju badania z możliwością dołączania zdjęć i opisów.	Tak	
21.	Moduł EKG	Tak	
C. GŁOWICA KONWEKSOWA			
1.	Głowica konweksowa do badań abdominalnych, położniczych, urologicznych i pediatrycznych o minimalnej liczbie elementów: 128	Tak, podać symbol głowicy i ilość elementów	
2.	Zakres podstawowych częstotliwości pracy wyświetlany na ekranie min. 1-8 MHz +/- 1 Mhz	Tak, Podać	
3.	Minimum 5 podstawowych częstotliwości pracy	Tak, Podać	
4.	Minimum 5 częstotliwości harmonicznych	Tak, Podać	
5.	Maksymalna głębokość penetracji min 39 cm	Tak, Podać	
6.	Kąt obrazowania głowicy minimum 70 stopni	Tak, Podać	
7.	Promień krzywizny czoła głowicy 50mm +/- 5 mm	Tak, Podać	
D. GŁOWICA LINIOWA			
1.	Głowica liniowa do badań płytko położonych narządów, przepływów naczyniowych, piersi	Tak, podać symbol głowicy	
2.	Zakres podstawowych częstotliwości pracy wyświetlany na ekranie min. 2-17 MHz +/- 1MHz	Tak, Podać	
3.	Minimum 5 podstawowych częstotliwości pracy	Tak, Podać	

4.	Minimum 5 częstotliwości harmonicznych	Tak, Podać	
5.	Liczba elementów w głowicy minimum 190	Tak, Podać	
6	Obrazowanie trapezowe minimalnie pod dwoma różnymi kątami	Tak, Podać	
7.	Szerokość czoła głowicy 38mm +/- 1 mm	Tak, Podać	
E GŁOWICA KARDIOLOGICZNA PHASED ARRAY		Tak, podać symbol głowicy	
1	Głowica sektorowa wykonana w technologii Single Cristal do badań kardiologicznych, transkranialnych , brzusznych	Tak, Podać	
2	Zakres podstawowych częstotliwości pracy wyświetlany na ekranie min. 1-8 MHz +/- 1MHz	Tak, Podać	
3	Minimum 5 podstawowych częstotliwości pracy	Tak, Podać	
4	Minimum 5 częstotliwości harmonicznych	Tak, Podać	
5	Liczba elementów w głowicy minimum 80	Tak, Podać	
6	Szerokość pola obrazowania 90 stopni +/- 2 stopnie	Tak, Podać	
7	Maksymalna głębokość penetracji min 40 cm	Tak, Podać	
F. Pomiary			
1	Pakiet pomiarów kardiologicznych, naczyniowych, brzusznych, ortopedycznych, urologicznych, ginekologiczno-położniczych, płtykich narządów, pediatrycznych.		
2.	Pomiar odległości minimum 12 par znaczników wyświetlanych jednocześnie na ekranie	Tak, Podać	
3.	Pomiar pola powierzchni i objętości min. Dwiema metodami	Tak	
4.	Pomiar automatyczny IMT, NT, EF, Pęcherzyka (Follicle)	Tak	
5.	Pomiary położnicze min.: GS, CRL, BPD, AC, HC, FL,	Tak	
6.	Pomiar indeksu STRAIN RATIO w elastografii	Tak	
7.	Możliwość wyboru metody pomiaru masy płodu	Tak	
8.	Pomiary ginekologiczne: min. jajniki, macica, pęcherzyk	Tak	
9.	Możliwość programowania klawiszy pomiarowych	Tak	
10.	Pomiar kątów metodą Grafa	Tak	
G. Pomiary Dopplerowskie			
1.	Prędkość przepływu: minimalna, maksymalna, średnia	Tak	
2.	Indeksy: PI i RI	Tak	
3.	Pomiary gradientów	Tak	
4.	Współczynnika skurczowo-rozkurczowego S/D	Tak	
5.	Tętna	Tak	
6.	Procent zwężenia	Tak	
7.	Funkcja automatycznej analizy widma Dopplerowskiego w czasie rzeczywistym z wyznaczaniem parametrów przepływu	Tak	
8.	Funkcja automatycznej analizy widma Dopplerowskiego na zatrzymanym spektrum z wyznaczaniem parametrów przepływu	Tak	
9.	Funkcja półautomatycznej analizy widma Dopplerowskiego (użytkownik wyznacza granice odcinka spektrum, który zostaje poddany automatycznej analizie)	Tak	
H. ARCHIWIZACJA			
1.	Wbudowany w aparat system archiwizacji obrazów na dysku twardym min 480 GB	Tak	
2.	Możliwość wydruku i zapisu do pamięci przez wciśnięcie jednego przycisku jednocześnie	Tak	
3.	Archiwizacja badań – obrazy i sekwencje video, raporty	Tak	
4.	Dostosowywanie do użytkownika raportów z badań poprzez modyfikację raportów	Tak	
5.	Zapis raportów z badań w formacie PDF	Tak	
6.	Możliwość bezpośredniego wydruku obrazów z aparatu na drukarce komputerowej	Tak	
7.	Wyjście cyfrowe USB lub Ethernet umożliwiające transmisję danych do PC	Tak	
8.	Przenoszenie danych na nośnikach danych typu Pendrive	Tak	
9.	Wyjście HDMI umożliwiające podłączenie do ultrasonografu dodatkowego monitora	Tak	

10.	Moduł DICOM 3.0 moduły minimum: Store, Worklist, Print	Tak	
11	Videoprinter czarno – biały do wydruku obrazów z urządzenia	Tak, podać	
I. MOŻLIWOŚCI ROZBUDOWY			
1.	Możliwość rozbudowy o głowicę kardiologiczną dla dorosłych o min. zakresie częstotliwości 2-9 MHz i polu obrazowania min. 90°.	Tak, podać symbol głowicy	
2	Możliwość rozbudowy o głowicę liniową o min. zakresie częstotliwości 2-17 MHz +/- 1Mhz i szerokości czoła 50mm+/- 1 mm i ilości elementów min. 250	Tak, podać symbol głowicy	
3	Możliwość rozbudowy o głowicę liniową typu „T” o min. zakresie częstotliwości 4-15 MHz +/- 1Mhz i szerokości czoła 35mm+/- 1mm	Tak, podać symbol głowicy	
4.	Możliwość rozbudowy o głowicę wolumetryczną typu konwers o min zakresie częstotliwości 1-7 MHz+/- 1 MHz i ilości elementów min. 190	Tak, podać symbol głowicy	
5.	Możliwość rozbudowy o głowicę mikrokonweksową o zakresie częstotliwości 3-13Mhz+/-1Mhz i promieniu krzywizny max. 14 mm.	Tak, podać symbol głowicy	
6.	Możliwość rozbudowy o obrazowanie Kontrastu	Tak	
J. WARUNKI SERWISU			
1.	Instrukcja obsługi aparatu w języku polskim	Tak	
2.	Certyfikat CE	Tak	
3.	Czas reakcji serwisu w ciągu 24h	Tak	
4.	Aparat zastępczy w przypadku naprawy dłuższej niż 48h	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.	usg	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
49.	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.
50.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
51.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
52.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
53.	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.
54.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie faksem
55.	Miejsce wykonania naprawy	U Zamawiającego
56.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych

57.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
58.	Inne istotne informacje:	Podać:
59.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
60.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH EKG

Przedmiot zamówienia –.....

Nazwa własna

Oferowany model

Producent

Kraj pochodzenia

LP.	PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE	WYMAGANIA TAK/ NIE	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Mobilny zestaw do spoczynkowych badań EKG, który składa się z aparatu, wózka medycznego i laserowej drukarki zewnętrznej.	Tak	
2.	Fabrycznie nowy. Rok produkcji 2022	TAK	
3.	Bezprzewodowa komunikacja przez Wi-Fi	Tak	
4.	Realizacja zleceń w standardzie HL7 poprzez współpracę z systemami szpitalnymi: OptiMed (Comarch), CliniNet (CGM), Somed (Kamsoft) oraz mMedica + moduł MIUD mmPACS+ od wersji 5.3 (Asseco), NewNioMed (MedTrade Medical Systems);	Tak, podać	
5.	Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz na kanał	Tak, podać	
6.	Tryb LONG: zapis 1-15 minut (wydruk: 1-3 odprowadzeń)	Tak, podać	
7.	Zapis wsteczny EKG (1-30 sekund)	Tak, podać	
8.	Wydruk dodatkowych odprowadzeń rytmów (3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 4x3+2, 4x3+3, 6x2+1, 6x2+2, 6x2+3)	Tak, podać	
9.	Dodatkowe prędkości zapisu (6,25 m/s, 12,5 m/s)	Tak, podać	
10.	Prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG, wyników analizy i interpretacji, badań zapisanych w pamięci	Tak, podać	
11.	Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG	Tak	
12.	Wydruk w trybie 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG; drukowanie wybranej grupy: - 1 kanał - (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6) - 3 kanały w układzie standardowym - (I-II-III, aVR-aVL-aVF, V1-V2-V3, V4-V5-V6) - 3 kanały w układzie Cabrera (aVL-I-aVR, II-aVF-III, V1-V2-V3, V4-V5-V6) - 6 kanałów w układzie standardowym - (I-II-III-aVR-aVL-aVF, V1-V2-V3-V4-V5-V6) - 6 kanałów w układzie Cabrera (aVL-I-aVR-II-aVF-III, V1-V2-V3-V4-V5-V6)	Tak, podać	

	- 12 kanałów w układzie standardowym - (I-II-III-aVR-aVL-aVF-V1-V2-V3-V4-V5-V6) - 12 kanałów w układzie Cabrera (aVL-I-aVR-II-aVF-III-V1-V2-V3-V4-V5-V6)		
13.	Możliwe rodzaje badań: ręczne, AUTO, SPIRO, automatyczne do schowka, AUTOMANUAL, LONG	Tak, podać	
14.	Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do bazy	Tak, podać	
15.	Regulowana długość zapisu badania automatycznego – w przedziale od 6 do 30 sekund	Tak, podać	
16.	Zapis wsteczny przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym	Tak	
17.	Wydruk rytmu przy badaniu AUTO i badaniu automatycznym do schowka	Tak	
18.	Definiowalne etapy badania według ustalonych parametrów przy badaniu AUTOMANUAL	Tak	
19.	Zapis badania do pamięci od 1 minuty do 15 minut w trybie LONG	Tak	
20.	Wydruk na drukarce aparatu lub zewnętrznej drukarce PCL5/PCL6	Tak	
21.	Wydruk z bazy pacjentów; możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie	Tak	
22.	Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi	Tak	
23.	Możliwość ustawienia parametrów przebiegów: prędkości, czułości i intensywności wydruku	Tak	
24.	Łatwa obsługa dzięki menu obsługiwanemu za pomocą panelu dotykowego	Tak	
25.	Baza pacjentów i badań; pamięć do 1000 pacjentów lub 1000 badań	Tak	
26.	Przeglądanie na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości	Tak	
27.	Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 (baza CSE) - wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta	Tak	
28.	Wykonanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej	Tak	
29.	Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu	Tak	
30.	Praca na otwartym sercu - aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu	Tak	
31.	Możliwość włączania i wyłączania filtrów: - filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz - filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz - filtr izolacji; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz - filtr dolnoprzepustowy (v.07.325): 75 Hz, 100 Hz, 125 Hz, 150 Hz - filtr autoadaptacyjny	Tak	
32.	Detekcja INOP odpięcia elektrody niezależna dla każdego kanału	Tak	

33.	Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących	Tak	
34.	Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń stymulatora serca	Tak	
35.	Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym	Tak	
36.	Eksport badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub na inny aparat za pomocą usługi EKG-MAIL	Tak	
37.	Bezprzewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet (Wi-Fi)	Tak	
38.	Przewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet	Tak	
39.	Współpraca z oprogramowaniem CardioTEKA oraz CardioTEL	Tak	
40.	Możliwość przyjmowania zleceń na wykonanie badania i odsyłania wyników w standardzie HL7 poprzez sieć Internet	Tak	
41.	Wykonywanie spirometrycznego badania przesiewowego przy użyciu przystawki SPIRO-31	Tak	
42.	EDM - archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku (pamięć USB)	Tak	
43.	Wyposażenie: wózek, drukarka laserowa monochromatyczna, kabel EKG KEKG 30, elektrody przyssawkowe EPP, elektrody kończynowe klipsowe EKK, żel EKG 250g, papier EKG RA4 - 1 rolka, kabel zasilający.	Tak, podać	
44.	Wyposażenie dodatkowe: 2 komplety: kabel EKG KEKG 30, elektrody przyssawkowe EPP (różne kolory przyssawek), elektrody kończynowe klipsowe EKK	Tak	
45.	Wyposażenie dodatkowe: Wymiana klucza sprzętowego firmy ASPEL HOLCARD 24 W szt. 1 kompatybilny z Windows 10. Zamawiający posiada klucz pod Windows xp	tak	
46.	Gwarancja min. 24 miesiące	Tak, podać	

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.	Ekg	1 szt					

Załącznik do umowy

Gwarancja i serwis urządzeń

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
61.	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.
62.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru

63.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
64.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
65.	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.
66.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie faksem
67.	Miejsce wykonania naprawy	U Zamawiającego
68.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
69.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
70.	Inne istotne informacje:	Podać:
71.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
72.	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	

**Zestawienie parametrów technicznych
Stół diagnostyczno - zabiegowy**

Przedmiot zamówienia -

Nazwa własna.....

Oferowany model.....

Producent.....

Kraj pochodzenia.....

Parametr	Wartość graniczna	Parametry oferowane - opis
Stół fabrycznie nowy	Tak	
Rok produkcji - 2022	Tak	
Stalowa konstrukcja pokryta farbą proszkową	Tak	
Trzy częściowe leże łamane do pozycji Pivota oraz fotela	Tak	
Regulacja wysokości stołu za pomocą siłownika elektrycznego.	Tak	
Sterowanie przy pomocy pilota ręcznego i pilota nożnego.	Tak	
Łożyskowy mechanizm regulacji wysokości	Tak	
System kółek jezdnych	Tak	
Szerokość min 65 max 80cm	Tak	
Wysokość 48-100 cm	Tak	
Regulacja kąta podglówka -70° do 40°	Tak	
Regulacja kąta oparcia 0° do 85°	Tak	
Regulacja kąta łamania blatu 0° do 30°	Tak	
Maksymalne obciążenie 200 kg	Tak	
Regulacja kąta blatu manualna za pomocą sprężyny gazowej	Tak	
Regulacja oparcia manualna za pomocą sprężyny gazowej	Tak	
Gwarancja min 24 miesiące		
Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	
Certyfikat CE	Tak	
Przeгляд wykonywany w placówce zamawiającego	Tak	
Kolor materiału do wyboru	Tak	
Wieszak na papier	Tak	
Euro szyna długość 40 cm	Tak	
Podkolanniki montowane do euro szyny	Tak	
Dostawa, instalacja, przeszkolenie personelu	Tak	
Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem)	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
73.	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.
74.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru
75.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu
76.	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	W przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu
77.	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.
78.	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Wykonawcę, potwierdzając zgłoszenie faksem
79.	Miejsce wykonania naprawy	U Zamawiającego
80.	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
81.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych	Przez okres min. 10 lat
82.	Inne istotne informacje:	Podać:
83.	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
84.	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
20 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
20 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
20 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
20 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
20 dni od podpisania umowy	

Termin gwarancji:

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

Pakiet 1 6f

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

Termin dostarczenia:

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

Termin gwarancji:

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

Pakiet 1 7g

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

Termin dostarczenia:

TERMIN DOSTARCZENIA (MAX.)	TERMIN DOSTARCZENIA OFEROWANY
20 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 właściwe.

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.