Zamawiający:

|  |  |
| --- | --- |
| **Samodzielny Publiczny**  **Zakład Opieki Zdrowotnej**  **w Aleksandrowie Łódzkim**  **ul. M. Skłodowskiej-Curie 1**  **95-070 Aleksandrów Łódzki** | **Tel: 42-712-00-26**  **Faks: 42-712-77-11**  **e-mail: dyrektor@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl**  **www.spzoz.aleksandrow-lodzki.pl** |
|  |  |

Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie

**przetargu nieograniczonego** na:

**Zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim przy ul. Pabianickiej**

o wartości nie przekraczającej kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

**Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: 5/2017**

**Specyfikację zatwierdził:**

**Dyrektor SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim**

**/-/**

**lek. med. Małgorzata Wieczorek**

**Aleksandrów Łódzki, dnia 15.11.2017 r.**

#### 

#### I. INFORMACJE OGÓLNE

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim**

**ul. M. Skłodowskiej-Curie 1**

**95-070 Aleksandrów Łódzki**

**tel.: 42-712-00-26, faks: 42-712-77-11**

**e-mail: dyrektor@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl**

**www.spzoz.aleksandrow-lodzki.pl**

zaprasza do składania ofert w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego.

1. Postępowanie zostanie przeprowadzone na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, przepisów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. W sprawach nieuregulowanych ustawą zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny.
2. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może przed upływem terminu składania ofert zmienić treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. W przypadku wprowadzenia takiej zmiany, informacja o tym zostanie niezwłocznie przekazana wszystkim Wykonawcom, którym przekazano SIWZ oraz zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego.
3. Użyte w Specyfikacji terminy mają następujące znaczenie:

##### „Zamawiający” – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim.

##### „Postępowanie” – postępowanie prowadzone przez Zamawiającego na podstawie niniejszej Specyfikacji.

##### „SIWZ” – niniejsza Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia.

##### „Ustawa” lub Pzp - ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1579).

##### „Zamówienie” – należy przez to rozumieć zamówienie publiczne, którego przedmiot został w sposób szczegółowy opisany w punkcie II SIWZ oraz załączniku nr 4 do SIWZ

##### ”Wykonawca” – podmiot, który ubiega się o wykonanie Zamówienia, złoży ofertę na wykonanie Zamówienia albo zawrze z Zamawiającym umowę w sprawie wykonania Zamówienia.

1. Dane Zamawiającego:
2. **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim**
3. Dokładny adres do korespondencji: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   
   w Aleksandrowie Łódzkim, ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 95-070 Aleksandrów Łódzki,**
4. NIP: 732-18-60-164
5. REGON: 47231508600000
6. KRS: 0000016940
7. Faks do korespondencji w sprawie Zamówienia: 42-712-77-11
8. Adres internetowy Zamawiającego: www.spzoz.aleksandrow-lodzki.pl
9. E-mail do korespondencji w sprawie Zamówienia: dyrektor@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl
10. Znak Postępowania: 5/2017 **Uwaga:** w korespondencji kierowanej do Zamawiającego należy posługiwać się tym znakiem.
11. **Źródło finansowania.**

„Budowa nowoczesnej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim wraz z wyposażeniem” jest współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego   
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII: Infrastruktura dla usług społecznych, Działanie VII.2: Infrastruktura Ochrony Zdrowia.

#### II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ   
   w Aleksandrowie Łódzkim zlokalizowanej przy ulicy Pabianickiej, zgodnie z przedstawionym opisem technicznym przedmiotu zamówienia oraz minimalnymi parametrami – załącznik nr 4 do SIWZ.
2. Przedmiot zamówienia, o którym mowa w pkt 1 został podzielony na następujące pakiety (części):

**Pakiet nr 1 – Aparat ultrasonograficzny klasy Premium – 1 szt.**

**Pakiet nr 2 – Aparat do kriochirurgii – 1 szt.**

**Pakiet nr 3 – Aparat do elektrokoagulacji – 1 szt.**

**Pakiet nr 4 – Detektor tętna płodu – 1 szt.**

**Pakiet nr 5 – Fotel ginekologiczny – 1 szt.**

**Pakiet nr 6 – A) Waga lekarska ze wzrostomierzem – 3 szt.  
B) Waga niemowlęca ze wzrostmiarką – 2 szt.**

**Pakiet nr 7 – Aparat EKG – 1 szt.**

**Pakiet nr 8 – Lampa naczołowa – 1 szt.**

**Pakiet nr 9 – Spirometr – 1 szt.**

**Pakiet nr 10 – Kolposkop – 1 szt.**

**Pakiet nr 11 – Chłodziarka farmaceutyczna – 2 szt.**

**Pakiet nr 12 – Lampa bezcieniowa – 2 szt.**

**Pakiet nr 13 – Aparat 2-kanałowy do elektroterapii – 2 szt.**

**Pakiet nr 14 – Aparat do magnetoterapii – 1 szt.**

**Pakiet nr 15 – A) Lampa do naświetlań statywowa - 1 szt.  
B) Lampa do naświetlań stołowa – 1 szt.**

**Pakiet nr 16 – Sprzęt do hydroterapii:  
A) Wanna do kąpieli kończyn górnych – 1 szt.  
B) Wanna do kąpieli kończyn dolnych – 1 szt.**

**Pakiet nr 17 – Laser biostymulacyjny ze skanerem + sonda punktowa – 1 szt.**

**Pakiet nr 18 – Sprzęt do kinezyterapii:  
A) Kabina Ugul z osprzętem – 2 zestawy  
B) Drabinki przyścienne – 2 szt.  
C) Tor do nauki chodzenia z przeszkodami – 1 szt.  
D) Materac korekcyjny – 2 szt.  
E) Zestaw wałków: wałki 15x60 – 3 szt.; półwałki 60x19x9 – 3 szt.  
F) Tablica do ćwiczeń manualnych z oporem – 1 szt.  
G) Tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu – 1 szt.  
H) Rotor kończyn dolnych – 1 szt.; rotor kończyn górnych – 1 szt.   
I) Wycinek kuli z sandałami – 1 szt.; wycinek walca z sandałami – 1 szt.  
J) Stół pionizacyjny – 1 szt.  
K) Stół do masażu – 1 szt.  
L) Schodek rehabilitacyjny – 2 szt.  
M) Rower treningowy – 1 szt.  
N) Zestaw taśm rehabilitacyjnych: żółta (opór słaby) – 1 szt.; czerwona (opór średni) – 1 szt.; zielona (opór mocny) – 1 szt.; niebieska (opór extra mocny) – 1 szt.; złota (opór maksymalnie mocny) – 1 szt.  
O) Stół rehabilitacyjny do ugula – 1 szt.**

**Pakiet nr 19 – Pozostały sprzęt rehabilitacyjny:  
A) Balkonik aluminiowy – 1 szt.  
B) Wózek inwalidzki – 2 szt.  
C) Leżanka metalowa – 5 szt.  
D) Leżanka drewniana – 1 szt.**

1. Oferowane urządzenia nie mogą posiadać kodów serwisowych lub innych zabezpieczeń. Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy – zgodnie z zaleceniami producenta, minimum raz do roku (o ile sprzęt tego wymaga). Ostatni przegląd   
   w ostatnim miesiącu gwarancji.
2. Przedstawione w załączniku nr 4 do SIWZ cechy techniczne przedmiotu zamówienia określają typ wymaganego przez Zamawiającego sprzętu (przykład produktu spełniającego oczekiwania). Oznacza to, iż oferowany sprzęt musi spełniać określone w załączniku parametry. Parametry urządzeń mogą być korzystniejsze, nie mogą być gorsze niż określone w SIWZ. Zamawiający dopuszcza zaoferowanie w/w sprzętu lub równoważnego. Niespełnienie choćby jednego z wymogów technicznych czy minimalnych parametrów przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.
3. W przypadku wystąpienia w dokumentacji przetargowej odniesień do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa   
   w art. 30 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 3 ustawy, dopuszcza się rozwiązania równoważne. Wykonawca, który powołuje się na rozwiązania równoważne opisanym przez Zamawiającego, zobowiązany jest udowodnić   
   w ofercie, w szczególności za pomocą środków, o których mowa w art. 30b ust. 1 ustawy (certyfikatu wydanego przez jednostkę oceniają zgodność lub sprawozdanie z badań przeprowadzonych przez tę jednostkę, lub certyfikatu wydanego przez inne równoważne jednostki oceniające zgodność), że proponowane rozwiązania w równoważnym stopniu spełniają wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia. Wykonawca, który z przyczyn niezależnych od niego, nie ma możliwości uzyskania wyżej wymienionych dokumentów, może złożyć inne dokumenty dotyczące odpowiednio zapewnienia jakości lub środków zarządzania środowiskowego, potwierdzające stosowanie przez wykonawcę środków zapewnienia jakości zgodnych z wymaganymi normami zapewniania jakości lub środków zarządzania środowiskowego równoważnych środkom wymaganym na mocy mającego zastosowanie systemu lub norm zarządzania środowiskowego.
4. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia Zamawiającemu fabrycznie nowego nieużywanego, nierekondycjonowanego, niedemonstracyjnego sprzętu i gwarantuje, że przedmiot umowy jest wolny od wad fizycznych i prawnych, a wszystkie części składowe urządzeń są nowe.
5. Urządzenia muszą posiadać niezbędne okablowanie i inne elementy instalacyjne, a wszystkie elementy zestawu muszą być kompatybilne ze sobą. Po zweryfikowaniu sprawności działania dostarczonych urządzeń wraz z wyposażeniem zostanie podpisany protokół odbioru. Do protokołu Wykonawca załączy instrukcję obsługi w języku polskim oraz karty gwarancyjne dotyczące przedmiotu zamówienia.
6. Zamawiający nie określił w opisie przedmiotu zamówienia wymagań związanych z realizacją zamówienia,   
   o których mowa w art. 29 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych.
7. Numery CPV dotyczące przedmiotu zmówienia:

**33100000-1 – Urządzenia medyczne**

**33112200-0 – Aparaty ultrasonograficzne**

**33123200-0 – Urządzenia do elektrokardiografii**

**33150000-6 – Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii**

**33164100-8 – Kolposkopy**

**33165000-4 – Przyrządy do kriochirurgii i krioterapii**

**33192000-2 – Meble medyczne**

**33193000-9 – Pojazdy inwalidzkie, wózki inwalidzkie i podobne urządzenia**

**37441300-4 – Rowery stacjonarne**

1. **Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych w odniesieniu do jednej lub wszystkich części zamówienia.**
2. Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia oferty wariantowej.
3. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
4. Zamawiający nie przewiduje ustanowienia dynamicznego systemu zakupów.
5. Zamawiający nie przewiduje zastosowania aukcji elektronicznej.
6. **Zamawiający informuje, iż przewiduje możliwość prowadzenia postępowania w sposób określony w art. 24aa Ustawy.**

#### III. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

1. Termin realizacji zamówienia: **do 5 tygodni od dnia podpisania umowy z zastrzeżeniem, że dostawa przedmiotu zamówienia zostanie zrealizowana nie wcześniej niż dnia 28 grudnia 2017 r.**
2. Miejsce wykonania Zamówienia: **Filia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej   
   w Aleksandrowie Łódzkim, ul. Pabianicka, 95-070 Aleksandrów Łódzki.**

#### IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW

1. O udzielenie zamówienie mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:
   1. **nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy,**
   2. **spełniają warunki udziału w postępowaniu, określone przez Zamawiającego   
      w ogłoszeniu o zamówieniu i w pkt. IV.2 SIWZ.**
2. Warunki udziału w postępowaniu:
   1. Kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to   
      z odrębnych przepisów, w tym wymogi związane z wpisem do rejestru zawodowego lub handlowego.

**Zamawiający nie wyznacza szczegółowego warunku w tym zakresie.**

* 1. Sytuacja finansowa lub ekonomiczna.

**Zamawiający nie wyznacza szczegółowego warunku w tym zakresie.**

* 1. Zdolność techniczna lub zawodowa – o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy,którzy wykażą, że:

**Zamawiający nie wyznacza szczegółowego warunku w tym zakresie.**

**V. PODSTAWY WYKLUCZENIA**

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu   
   z postępowania z powodu jednej z okoliczności wskazanych w art. 24 ust. 1 ustawy, które wystąpiły   
   w odpowiednim okresie określonym w art. 24 ust. 7 ustawy.
2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu   
   z postępowania z powodu jednej z okoliczności wskazanych w art. 24 ust. 5 ustawy, które wystąpiły   
   w odpowiednim okresie określonym w art. 24 ust. 7 ustawy, a mianowicie: w stosunku do którego otwarto likwidację, w zatwierdzonym przez sąd układzie w postępowaniu restrukturyzacyjnym jest przewidziane zaspokojenie wierzycieli przez likwidację jego majątku lub sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 332 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2015 r. poz. 978, 1259, 1513, 1830 i 1844 oraz z 2016 r. poz. 615) lub którego upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawcy, który po ogłoszeniu upadłości zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego, chyba że sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 366 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U.   
   z 2015 r. poz. 233, 978, 1166, 1259 i 1844 oraz z 2016 r. poz. 615) **– art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp.**
3. Zamawiający może wykluczyć Wykonawcę na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia.
4. Wykonawca, który podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 13 i 14 oraz 16-20 lub ust. 5 pkt 1 ustawy, może przedstawić dowody na to, że podjęte przez niego środki są wystarczające do wykazania jego rzetelności, w szczególności udowodnić naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem lub przestępstwem skarbowym, zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę lub naprawienie szkody, wyczerpujące wyjaśnienie stanu faktycznego oraz współpracę z organami ścigania oraz podjęcie konkretnych środków technicznych, organizacyjnych i kadrowych, które są odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom lub przestępstwom skarbowym lub nieprawidłowemu postępowaniu Wykonawcy.
5. Wykonawca nie podlega wykluczeniu, jeżeli Zamawiający, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu Wykonawcy, uzna za wystarczające dowody przedstawione na ww. podstawie.
6. W przypadkach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 19 ustawy, przed wykluczeniem Wykonawcy, Zamawiający zapewnia temu wykonawcy możliwość udowodnienia, że jego udział w przygotowaniu postępowania o udzielenie zamówienia nie zakłóci konkurencji.

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

1. **Dokumenty i oświadczenia wymagane** od wszystkich Wykonawców, które należy złożyć **wraz z ofertą**:
   1. Oświadczenie Wykonawcy o nie podleganiu wykluczeniu z postępowania **stanowiące załącznik nr 2 do SIWZ,**
   2. Oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, **stanowiące załącznik nr 3 do SIWZ,**
   3. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców oświadczenia,   
      o których mowa w pkt. V.1.1 i V.1.2 niniejszej SIWZ składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Oświadczenia te mają potwierdzać, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.
   4. Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom,   
      w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu, zamieszcza informacje o podwykonawcach w oświadczeniu, o którym mowa w pkt. V.1.1 niniejszej SIWZ.
2. **Oświadczenia**, które ma złożyć każdy Wykonawca w terminie do 3 dni od dnia upublicznienia na stronie internetowej Zamawiającego wykazu złożonych ofert: **oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy. Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.**
3. **Dokumenty i oświadczenia**, które Wykonawca ma złożyć na żądanie Zamawiającego w formie określonej w Rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz.U. z 2016r. poz. 1126) – **dotyczy Wykonawcy, którego oferta została oceniona najwyżej**.

Zamawiający przed udzieleniem zamówienia, wezwiewykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym**,** nie krótszym niż 5 dni, terminie aktualnych na dzień złożenia następujących dokumentów:

* 1. **Odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy.**
     1. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentu jak wyżej, składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.
     2. Jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa powyżej, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby.
     3. Dokumenty/oświadczenia, o których mowa w pkt. 3.1.1 i 3.1.2 powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
  2. **Dokumentów potwierdzających spełnianie przez oferowane dostawy wymagań określonych przez Zamawiającego zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:**
     1. **Dokumentów poświadczających, że wyroby medyczne (oferowany sprzęt medyczny) posiadają, zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 211 z późn. zm.) pozwolenia dopuszczenia do obrotu lub podlegają wpisowi do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania *(jeśli obowiązuje, w przeciwnym razie należy uzasadnić brak wpisu*),**
     2. **Dokumentów poświadczających, że wyroby medyczne (oferowany sprzęt medyczny) posiadają deklarację zgodności producenta oraz certyfikat CE właściwy dla danego sprzętu zgodnie z wymaganiami opisanymi w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 4 do SIWZ (jeżeli dotyczy).**
     3. **Dokumentów potwierdzających, że wykonawca jest autoryzowanym dystrybutorem oferowanego zestawu (oferowanego sprzętu medycznego) oraz posiada autoryzację producenta do świadczenia usług serwisowych, w tym do dostawy i instalacji oryginalnych części zamiennych na terenie Polski.**
     4. **Dokumentacji technicznej z parametrami, umożliwiającej weryfikację zgodności oferowanego produktu z wymaganiami zamawiającego określonymi w SIWZ.**

#### VII. PODWYKONAWCY

1. Zamawiający nie wprowadza zastrzeżenia wskazującego na obowiązek osobistego wykonania przez Wykonawcę kluczowych części zamówienia. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy.
2. Zamawiający wymaga wskazania przez Wykonawcę w ofercie części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom i podania przez Wykonawcę nazw firm podwykonawców, zgodnie z tabelą w „Formularzu oferty” (Załącznik nr 1 do SIWZ).

#### VIII. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW

1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują faksem lub drogą elektroniczną. Zawsze dopuszczalna jest forma pisemna. W przypadku oświadczeń, wniosków, zawiadomień lub informacji przekazywanych faksem lub drogą elektroniczną, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
2. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje przekazane za pomocą faksu lub drogą elektroniczną uważa się za złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem terminu.
3. Wykonawca może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze SIWZ, sposobem przygotowania i złożenia oferty, kierując swoje zapytania pod adres wskazany w pkt. I.4.b) SIWZ. **Zapytania mogą być również składane faksem pod numer: 42-712-77-11 lub drogą elektroniczną na adres e-mail:** [**dyrektor@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl**](mailto:dyrektor@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl)
4. Wyjaśnienia dotyczące SIWZ udzielane będą niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął po upływie terminu składania wniosku lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku. Treść wyjaśnień zostanie przekazana jednocześnie wszystkim Wykonawcom, którym doręczono SIWZ bez wskazania źródła zapytania oraz zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego.

#### IX. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI

Osobami uprawnionymi do porozumiewania się z Wykonawcami są:

1. W sprawach proceduralnych:

Pani Sylwia Chrzanowska Tel. 42 712-00-26

Pani Marzanna Smolarek Tel. 42 712-77-09 wew 25

**2. W sprawach merytorycznych:**

Pan Marek Wieczorek Tel. 502296899 - pakiet nr 1

Pani Katarzyna Gortat Tel. 882 777 178 – pakiety nr 2-12

Pani Katarzyna Pastusiak Tel. 600 993 083 – pakiety nr 13-19

#### X. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM

1. Wykonawca przystępujący do przetargu jest zobowiązany wnieść wadium **wyłącznie dla pakietu nr 1   
   w wysokości: 8.000,00 zł (słownie: osiem tysięcy złotych).**
2. **Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert.**
3. Wadium może być wniesione w jednej lub kilku następujących formach:

* pieniądzu - przelewem na rachunek bankowy Zamawiającego Bank Spółdzielczy   
  w Aleksandrowie Łódzkim: **numer konta 88 8780 0007 0000 4053 1000 0006  
  z adnotacją: „Zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ   
  w Aleksandrowie Łódzkim przy ul. Pabianickiej dot. pakietu nr 1”,** ,
* poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo - kredytowej,   
  z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym – gwarantowane na okres minimum 30 dni licząc od ostatecznego terminu składania ofert,
* gwarancjach bankowych – gwarantowane na okres minimum 30 dni licząc od ostatecznego terminu składania ofert,
* gwarancjach ubezpieczeniowych – gwarantowane na okres minimum 30 dni licząc od ostatecznego terminu składania ofert,
* poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt. 2 ustawy   
  z dnia 09.11.2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz.U. z 2014 r. poz 1804 oraz z 2015 poz. 978 i 1240).

1. W przypadku wnoszenia wadium przelewem na rachunek bankowy, o jego wniesieniu w terminie decydować będzie data i godzina wpływu środków na rachunek bankowy Zamawiającego.
2. Wadium wnoszone w formie poręczenia bankowego, gwarancji bankowej, gwarancji ubezpieczeniowej lub poręczenia udzielanych przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości należy załączyć w formie oryginału do oferty. Dokument w formie poręczenia winien zawierać stwierdzenie, że na pierwsze pisemne żądanie zamawiającego wzywające do zapłaty wadium, zgodnie z warunkami przetargu, następuje jego bezwarunkowa wypłata bez jakichkolwiek zastrzeżeń.
3. Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy, który nie wniesie wadium lub wniesie je w sposób nieprawidłowy.
4. Zamawiający zwraca wadium wszystkim Wykonawcom niezwłocznie po wyborze oferty najkorzystniejszej lub unieważnieniu postępowania, z wyjątkiem Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, z zastrzeżeniem pkt. 13.
5. Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, Zamawiający zwraca wadium niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego oraz wniesieniu zabezpieczenia należytego wykonania umowy, jeżeli jego wniesienia żądano.
6. Zamawiający zwraca niezwłocznie wadium, na wniosek Wykonawcy, który wycofał ofertę przed upływem terminu składania ofert.
7. Zamawiający żąda ponownego wniesienia wadium przez Wykonawcę, któremu zwrócono wadium na podstawie pkt. 7, jeżeli w wyniku rozstrzygnięcia odwołania jego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza. Wykonawca wnosi wadium w terminie określonym przez Zamawiającego.
8. Jeżeli wadium wniesiono w pieniądzu, Zamawiający zwróci je wraz z odsetkami wynikającymi z umowy rachunku bankowego, na którym było ono przechowywane, pomniejszonym o koszty prowadzenia rachunku oraz prowizji bankowej za przelew pieniędzy na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę.
9. Wykonawca, którego oferta została wybrana, traci wadium wraz z odsetkami na rzecz Zamawiającego w przypadku, gdy:

* Odmówił podpisania umowy na warunkach określonych w ofercie,
* Nie wniósł wymaganego zabezpieczenia należytego wykonania umowy,
* Zawarcie umowy stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

1. Zamawiający zatrzymuje wadium wraz z odsetkami, jeżeli wykonawca w odpowiedzi na wezwanie,   
   o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 3a ustawy, z przyczyn leżących po jego stronie, nie złożył oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy, oświadczenia,   
   o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy, pełnomocnictw lub nie wyraził zgody na poprawienie omyłki,   
   o której mowa w art. 87 ust. 2 pkt 3 ustawy, co spowodowało brak możliwości wybrania oferty złożonej przez wykonawcę jako najkorzystniejszej.

#### XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Wykonawcy pozostają związani złożoną ofertą przez okres **30 dni**. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert, o którym mowa w punkcie XIII SIWZ.
2. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak niż 60 dni.
3. Odmowa wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 2, spowoduje odrzucenie oferty Wykonawcy.

#### XII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wykonawcy zobowiązani są zapoznać się dokładnie z informacjami zawartymi w SIWZ i przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w tym dokumencie.
2. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty własne związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku Postępowania. Zamawiający w żadnym przypadku nie odpowiada za koszty poniesione przez Wykonawców w związku z przygotowaniem i złożeniem oferty. Wykonawcy zobowiązują się nie podnosić jakichkolwiek roszczeń z tego tytułu względem Zamawiającego, z zastrzeżeniem art. 93 ust. 4 Ustawy.
3. Oferta winna być sporządzona wg wzoru FORMULARZA OFERTY (załącznik nr 1 do SIWZ) i podpisana przez osobę (osoby) uprawnioną do występowania w imieniu Wykonawcy (dalej „Osoby Uprawnione”).
4. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, na maszynie do pisania, komputerze lub inną trwałą, czytelną techniką, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności. Wszystkie kartki oferty powinny być trwale spięte. Wszystkie zapisane stronice oferty powinny być ponumerowane oraz zaparafowane lub podpisane przez Osoby Uprawnione**.** Ewentualne poprawki w tekście Oferty muszą być naniesione w czytelny sposób i parafowane przez Osoby Uprawnione.
5. **Na ofertę składają się następujące dokumenty:**
   1. **Formularz Oferty”** przygotowany zgodnie ze wzorem podanym w Załączniku nr 1 SIWZ wraz z wypełnionym Załącznikiem nr 4 do SIWZ – szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia dot. wybranego pakietu zamówienia.
   2. **Oświadczenia** wskazane w punkcie V SIWZ
   3. **Dokumenty** wskazane w punkcie V SIWZ.
   4. **Pełnomocnictwo** do podpisania oferty, oświadczeń i dokumentów składających się na ofertę -   
      w przypadku podpisywania oferty przez osoby nie wymienione w odpisie z właściwego rejestru.
   5. W przypadku oferty składanej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (np. konsorcjum, spółka cywilna), do oferty powinno zostać załączone **pełnomocnictwo** dla Osoby Uprawnionej do reprezentowania ich w postępowaniu albo do reprezentowania ich w postępowaniu   
      i zawarcia umowy.

Dokumenty wskazane w punktach: 5.1, 5.2, należy przedstawić w formie oryginału.

Dokumenty wskazane w punkcie 5.3 należy przedstawić w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz w przypadku innych podmiotów, na zasobach których wykonawca polega na zasadach określonych w art. 22a ustawy, kopie dokumentów dotyczących odpowiednio wykonawcy lub tych podmiotów są poświadczane za zgodność   
z oryginałem odpowiednio przez wykonawcę lub te podmioty.

Dokumenty wskazane w punktach: 5.4, 5.5 należy przedstawić w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza.

Dokumenty sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Wykonawcę.

1. Elementy oferty, które Wykonawca zamierza zastrzec jako tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003r. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) powinny zostać umieszczone w odrębnej, zaklejonej kopercie (lub zabezpieczone w inny sposób), opisanej „tajemnica przedsiębiorstwa", dołączonej do oryginału oferty. W treści oferty powinna zostać umieszczona informacja, że dany dokument jest zastrzeżony. Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa (art. 8 ust. 3 Pzp). Stosownie do powyższego, jeśli Wykonawca nie dopełni ww. obowiązków wynikających z ustawy, Zamawiający będzie miał podstawę do uznania, że zastrzeżenie tajemnicy przedsiębiorstwa jest bezskuteczne i w związku z tym potraktuje daną informację, jako niepodlegającą ochronie i niestanowiącą tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Jeden Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert lub złożenie ofert wariantowych/alternatywnych spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez Wykonawcę.
3. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w trwale zamkniętej kopercie, uniemożliwiającej odczytanie zawartości. Koperta winna być oznaczona **danymi Wykonawcy** oraz zaadresowana i opisana następująco:

**✀**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wykonawca:*** | ***Zamawiający:***  **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim**  **ul. M. Skłodowskiej-Curie 1**  **95-070 Aleksandrów Łódzki** |
| **OFERTA NA:**  **„Zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ  w Aleksandrowie Łódzkim przy ul. Pabianickiej”**  **Sprawa nr 5/2017**  **Nie otwierać przed dniem ..... (podać ostateczny termin otwarcia ofert)** | |

**✀**

1. Wykonawca może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że uczyni to przed upływem terminu składania ofert. Zarówno zmiana jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej.
2. W przypadku zmiany na kopercie należy dodatkowo umieścić zastrzeżenie:

**„Zmiana oferty (lub Wycofanie oferty) na Zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim przy ul. Pabianickiej”**

**Sprawa nr 5/2017**

**nie otwierać przed ..... (podać ostateczny termin otwarcia ofert)**

#### XIII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć - w siedzibie Zamawiającego, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim, ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 95-070 Aleksandrów Łódzki, pok. Nr 48.
2. W przypadku wysłania oferty przesyłką pocztową czy kurierską o zachowaniu terminu do złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu oferty do Urzędu.
3. **Ostateczny termin składania ofert upływa dnia 23.11.2017 r. o godz. 10:00.** Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Wykonawcy na zasadach określonych w art. 84 ust. 2 Ustawy.
4. **Publiczne otwarcie ofert nastąpi w dniu 23.11.2017 r. o godz. 10:30** w siedzibie Zamawiającego; w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim, ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 95-070 Aleksandrów Łódzki - Gabinet Dyrektora
5. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający podaje kwotę jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
6. Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieszcza na stronie internetowej informacje dotyczące:
7. kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;
8. firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie;
9. ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych   
   w ofertach.

#### XIV. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY

1. Cenę oferty, dla każdego pakietu odrębnie, należy umieścić w formularzu ofertowym wg załączonego druku (zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SIWZ).
2. Cena oferty musi być podana w PLN cyfrowo i słownie, z wyodrębnieniem stawki należnego podatku VAT.
3. Pod pojęciem ceny ofertowej brutto należy rozumieć cenę w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy i ust 2 ustawy z dnia 9 maja 2014r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. z 2014r., poz.915) tj. wartość wyrażoną w jednostkach pieniężnych, którą kupujący jest obowiązany zapłacić przedsiębiorcy za towar lub usługę”. W tak rozumianej cenie, uwzględnia się podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów towar/usługa podlega obciążeniu podatkiem od towarów i usług oraz podatkiem akcyzowym.
4. Prawidłowe ustalenie stawki podatku VAT należy do obowiązków Wykonawcy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowym. Zamawiający nie uzna za oczywistą pomyłkę i nie będzie poprawiał błędnie ustalonej stawki podatku VAT.
5. Określenie stawki podatku VAT jest obowiązkiem Wykonawcy. Zgodnie z ust. 1 Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 24 stycznia 2005 r. (Dz. U. GUS Nr 1 z 2005 r., poz. 11) w sprawie trybu wydawania opinii interpretacyjnych - „Zasadą jest, że zainteresowany podmiot sam klasyfikuje prowadzoną działalność, swoje produkty (wyroby i usługi), towary, środki trwałe i obiekty budowlane według zasad określonych w poszczególnych klasyfikacjach i nomenklaturach, wprowadzonych rozporządzeniami Rady Ministrów lub stosowanych bezpośrednio na podstawie przepisów Wspólnoty Europejskiej".
6. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone w złotych polskich.
7. Cena winna być określona przez Wykonawcę z uwzględnieniem wszystkich upustów cenowych (rabatów), jakie Wykonawca oferuje.
8. Cena może być tylko jedna; nie dopuszcza się wariantowości cen.
9. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

#### XV. OPIS KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT

1. Zamówienie udzielone będzie wyłącznie Wykonawcy wybranemu zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą na podstawie kryteriów oceny ofert określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Jeżeli Zamawiający nie będzie mógł wybrać oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny i innych kryteriów oceny ofert, Zamawiający spośród tych ofert wybierze ofertę z niższą ceną.
2. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:
   1. **Pakiet nr 1 - Aparat ultrasonograficzny klasy Premium**
      1. **Kryterium „cena” – wskaźnik C, ranga – 60%.**

**Wskaźnik C obliczany jest wg wzoru:**

**C = (C m / C b) x 100 pkt x 60%**

gdzie:

C m – najniższa cena oferty, C b – cena oferty badanej

* + 1. **Kryterium „gwarancja”– wskaźnik G, ranga – 20%.**

Zamawiający ustala **minimalny wymagany termin udzielonej przez Wykonawcę gwarancji na okres 24 miesięcy**. Wykonawca może przedłużyć termin gwarancji na okres **maksymalnie 48 miesięcy**, licząc od dnia podpisania protokołu odbioru. Jeżeli Wykonawca udzieli gwarancji na okres dłuższy niż 48 miesięcy, Zamawiający obliczając ilość punktów w kryterium „gwarancja ”, będzie traktował taki zapis tak, jak gdyby Wykonawca udzielił gwarancji na okres 48 miesięcy. Do umowy również zostanie wprowadzony termin gwarancji na okres 48 miesięcy (pomimo proponowanego w ofercie przez Wykonawcę dłuższego okresu gwarancji).

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda żadnego okresu gwarancji w Formularzu oferty, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca udziela gwarancji na okres 24 miesięcy.

Jeżeli Wykonawca w Formularzu oferty zaoferuje okres gwarancji krótszy, niż wymagane 24 miesięcy, Zamawiający odrzuci jego ofertę na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

**Wskaźnik G obliczany jest wg wzoru:**

**G = (G b / G m) x 100 pkt x 20%**

gdzie:

G b – ilość miesięcy udzielonej gwarancji w ofercie badanej,

G m – największa ilość miesięcy udzielonej gwarancji w złożonych ofertach

**Wymagane jest podanie w ofercie okresu gwarancji w miesiącach.**

* + 1. **Kryterium „parametry techniczne”– wskaźnik P, ranga – 20%.**

Liczba punktów zostanie przyznana za ocenę parametrów technicznych w badanej ofercie zgodnie z wypełnioną kolumną „Parametr” w Załączniku nr 4 do SIWZ – Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia dla Pakietu nr 1.

* + 1. **Końcowa ocena oferty to suma punktów uzyskanych za poszczególne kryteria wg wzoru:**

**Lp = C +G + P**

gdzie:

Lp – liczba punktów uzyskanych przez ofertę,

C – liczba punktów uzyskanych w kryterium „cena”,

G – liczba punktów uzyskanych w kryterium „gwarancja”

P – liczba punktów uzyskanych w kryterium „parametry techniczne”

* 1. **Pakiety od nr 2 do nr 19**
     1. **Kryterium „cena” – wskaźnik C, ranga – 60%.**

**Wskaźnik C obliczany jest wg wzoru:**

**C = (C m / C b) x 100 pkt x 60%**

gdzie:

C m – najniższa cena oferty, C b – cena oferty badanej

* + 1. **Kryterium „gwarancja”– wskaźnik G, ranga – 40%.**

Zamawiający ustala **minimalny wymagany termin udzielonej przez Wykonawcę gwarancji na okres 24 miesięcy**. Wykonawca może przedłużyć termin gwarancji na okres **maksymalnie 48 miesięcy**, licząc od dnia podpisania protokołu odbioru. Jeżeli Wykonawca udzieli gwarancji na okres dłuższy niż 48 miesięcy, Zamawiający obliczając ilość punktów w kryterium „gwarancja ”, będzie traktował taki zapis tak, jak gdyby Wykonawca udzielił gwarancji na okres 48 miesięcy. Do umowy również zostanie wprowadzony termin gwarancji na okres 48 miesięcy (pomimo proponowanego w ofercie przez Wykonawcę dłuższego okresu gwarancji).

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda żadnego okresu gwarancji w Formularzu oferty, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca udziela gwarancji na okres 24 miesięcy.

Jeżeli Wykonawca w Formularzu oferty zaoferuje okres gwarancji krótszy, niż wymagane 24 miesięcy, Zamawiający odrzuci jego ofertę na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

**Wskaźnik G obliczany jest wg wzoru:**

**G = (G b / G m) x 100 pkt x 40%**

gdzie:

G b – ilość miesięcy udzielonej gwarancji w ofercie badanej,

G m – największa ilość miesięcy udzielonej gwarancji w złożonych ofertach

**Wymagane jest podanie w ofercie okresu gwarancji w miesiącach.**

* + 1. **Końcowa ocena oferty to suma punktów uzyskanych za poszczególne kryteria wg wzoru:**

**Lp = C +G**

gdzie:

Lp – liczba punktów uzyskanych przez ofertę,

C – liczba punktów uzyskanych w kryterium „cena”,

G – liczba punktów uzyskanych w kryterium „gwarancja”

1. Najkorzystniejsza oferta to oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów – czyli oferta, która uzyska najwyższą sumaryczną liczbę punktów (liczoną do dwóch miejsc po przecinku).

#### XVI. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH, JAKIE WINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY W SPRAWIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

1. Zamawiający informuje niezwłocznie wszystkich wykonawców o:
2. wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy, którego ofertę wybrano, oraz nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację,
3. wykonawcach, którzy zostali wykluczeni,
4. wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, powodach odrzucenia oferty, a w przypadkach,   
   o których mowa w art. 89 ust. 4 i 5, braku równoważności lub braku spełniania wymagań dotyczących wydajności lub funkcjonalności,
5. unieważnieniu postępowania

– podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

Zamawiający udostępnia informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 4, na stronie internetowej.

1. Zamawiający zawiera umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminach określonych w art. 94 ust. 1 i 2 Ustawy.
2. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (konsorcjum), których oferta została wybrana, zobowiązani będą niezwłocznie do przekazania Zamawiającemu umowy regulującej współpracę tych Wykonawców (umowy konsorcjum).

#### XVII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIA NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY

Zamawiający nie wymaga wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

#### XVIII. WZÓR UMOWY

1. Wykonawca, który przedstawił najkorzystniejszą ofertę, będzie zobowiązany do podpisania umowy zgodnej z opracowanym wzorem umowy - załącznik Nr 5 do SIWZ.
2. **Wzór umowy, po upływie terminu do składania ofert, nie podlega negocjacjom  
   i złożenie oferty jest równoznaczne z pełną akceptacją umowy przez Wykonawcę.**
3. Na podstawie art. 144 ust. 1 Prawa zamówień publicznych Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień zawartej umowy w przypadku wycofania lub wstrzymania dystrybucji przedmiotu umowy, który Wykonawca zaoferował w ofercie i niemożności dostarczenia go Zamawiającemu, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić model będący następcą urządzenia pierwotnie zaoferowanego o identycznych lub lepszych parametrach. Przed wykonaniem dostawy Wykonawca zobowiązany jest złożyć u Zamawiającego oświadczenie potwierdzające niemożność dostarczenia oferowanego modelu oraz wskazujące model i typ urządzenia proponowanego wraz z zapewnieniem o spełnieniu minimalnych parametrów wymaganych. Brak sprzeciwu zamawiającego w okresie 2 dni od otrzymania oświadczenia uznaje się jako zgodę na zmianę urządzenia.

#### XIX. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ

1. Sposób korzystania oraz rozpatrywania środków ochrony prawnej regulują przepisy ustawy Prawo Zamówień Publicznych Dział VI, art. 179 ÷ art. 198 ustawy Pzp.
2. W przypadku przedmiotowego postępowania Wykonawcy przysługuje prawo do:
3. odwołania wyłącznie wobec czynności:
   1. określenia warunków udziału w postępowaniu;
   2. wykluczenia odwołującego z postępowania o udzielenie zamówienia;
   3. odrzucenia oferty odwołującego;
   4. opisu przedmiotu zamówienia;
   5. wyboru najkorzystniejszej oferty.
4. skargi do sądu.

#### XX. ZAŁĄCZNIKI

Następujące załączniki stanowią integralną część SIWZ:

* Załącznik nr 1 – Formularz oferty,
* Załącznik nr 2 – Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu,
* Załącznik nr 3 – Oświadczenie Wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 Ustawy,
* Załącznik nr 4 – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – pakiety od 1 do 19,
* Załącznik nr 5 – Wzór umowy.

Numer sprawy **5/2017 Załącznik nr 1 do SIWZ**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu...........................................................................................................................

Regon:......................................................................... NIP:....................................................................

Województwo............................................................... Powiat.................................................................

Internet: http://............................................................ e-mail:..........................@.........................

Dla:

**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim,   
ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 95-070 Aleksandrów Łódzki**

Nawiązując do ogłoszenia zamieszczonego w Biuletynie Zamówień Publicznych **w dniu …..11.2017 r.**o przetargu nieograniczonym – numer sprawy 5/2017 **– „Zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim przy ul. Pabianickiej”:**

1. Oferujemy wykonanie **pakietu nr 1** zgodnie z opisem, warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Aparat ultrasonograficzny klasy Premium | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 1.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 2** zgodnie z opisem, warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Aparat do kriochirurgii | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 2.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 3** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Aparat do elektrokoagulacji | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny o którym mowa pakiecie nr 3.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 4** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Detektor tętna płodu | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 4.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 5** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Fotel ginekologiczny | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny o którym mowa pakiecie nr 5.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 6** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Waga lekarska ze wzrostomierzem | 3 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 2. | Waga niemowlęca ze wzrostmiarką | 2 sz. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY**  **(suma wartości brutto poz. 1,2 w kol. E):** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny o którym mowa pakiecie nr 6.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 7** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Aparat EKG | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny o którym mowa pakiecie nr 7.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 8** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Lampa naczołowa | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny o którym mowa pakiecie nr 8.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 9** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Spirometr | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny o którym mowa pakiecie nr 9.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 10** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Kolposkop | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny o którym mowa pakiecie nr 10.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 11** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Chłodziarka farmaceutyczna | 2 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 11.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 12** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Lampka bezcieniowa | 2 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 12.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 13** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Aparat 2-kanałowy do elektroterapii | 2 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 13.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 14** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Aparat do magnetoterapii | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 14.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 15** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Lampa do naświetlań statywowa | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 2. | Lampa do naświetlań stołowa | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY**  **(suma wartości brutto poz. 1,2 w kol. E):** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 15.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 16** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Wanna do kąpieli kończyn górnych | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 2. | Wanna do kąpieli kończyn dolnych | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY**  **(suma wartości brutto poz. 1,2 w kol. E):** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 16.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 17** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Laser biostymulacyjny ze skanerem + sonda punktowa | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY:** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 17.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 18** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Kabina Ugul z osprzętem | 2 zestawy | .....................zł | ...............................................zł |
| 2. | Drabinki przyścienne | 2 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 3. | Tor do nauki chodzenia z przeszkodami | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 4. | Materac korekcyjny | 2 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 5. | Wałki 15x60 | 3 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 6. | Półwałki 60x19x9 | 3 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 7. | Tablica do ćwiczeń manualnych z oporem | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 8. | Tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 9. | Rotor kończyn dolnych | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 10. | Rotor kończyn górnych | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 11. | Wycinek kuli z sandałami | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 12. | Wycinek walca z sandałami | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 13. | Stół pionizacyjny | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 14. | Stół do masażu | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 15. | Schodek rehabilitacyjny | 2 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 16. | Rower treningowy | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 17. | Taśma rehabilitacyjna żółta (opór słaby) | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 18. | Taśma rehabilitacyjna czerwona (opór średni) | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 19. | Taśma rehabilitacyjna zielona (opór mocny) | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 20. | Taśma rehabilitacyjna niebieska (extra mocny) | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 21. | Taśma rehabilitacyjna złota (opór maksymalnie mocny) | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 22. | Stół rehabilitacyjny do Ugula | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY**  **(suma wartości brutto poz. od 1 do 22 w kol. E):** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 18.

Oferujemy wykonanie **pakietu nr 19** zgodnie z opisem i warunkami SIWZ i poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **przedmiotu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość Brutto**  **( C x D)** |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* |
| 1. | Balkonik aluminiowy | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 2. | Wózek inwalidzki | 2 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 3. | Leżanka metalowa | 5 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
| 4. | Leżanka drewniana | 1 szt. | .....................zł | ...............................................zł |
|  | **CENA BRUTTO OFERTY**  **(suma wartości brutto poz. od 1 do 4 w kol. E):** | | | ...............................................zł  słownie:........................................................................................ |
|  | **w tym stawka VAT:** | | | ...........% |

Udzielamy **...........- miesięcznej gwarancji** (min. 24, max. 48 miesięcy) na sprzęt medyczny   
o którym mowa pakiecie nr 19.

1. Termin realizacji zamówienia: **do 5 tygodni od dnia podpisania umowy z zastrzeżeniem, że dostawa przedmiotu zamówienia zostanie zrealizowana nie wcześniej niż dnia 28 grudnia 2017 r.**
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że projekty umów, stanowiące załącznik Nr 5 do SIWZ, zostały przez nas zaakceptowane w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego terminu płatności, tj. 30 dni, od dnia dostarczenia do Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
6. Wadium na pakiet nr 1 w kwocie **…………….. zł (słownie: ………………)** zostało wniesione w **formie .............................................................................................................**Informujemy, że zwrot wadium wniesionego w pieniądzu powinien nastąpić przelewem na konto bankowe nr[[1]](#footnote-1):...............................................................................................................................................
7. Oferta została złożona na ……………………………….. zapisanych stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr ….....……… do nr ……………….. .
8. **Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa (należy zaznaczyć właściwy kwadrat):**

Żadna z informacji wskazanych w ofercie nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa   
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji

Wskazane poniżej informacje wskazane w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa   
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam dokumenty   
w postaci ……………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj informacji** | **Strony w ofercie** | |
|  |  | od numeru | do numeru |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Zamówienie zrealizujemy przy pomocy podwykonawców (zaznaczyć właściwy kwadrat):

TAK, wykaz części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa/firma, adres podwykonawcy** | **Powierzane czynności** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

NIE, zrealizujemy zamówienie sami.

**Stosownie do treści art. 36ba Ustawy Zamawiający informuje, że jeżeli powierzenie podwykonawcy wykonania części zamówienia na usługi nastąpi w trakcie jego realizacji, Wykonawca na żądanie Zamawiającego przedstawi oświadczenie lub dokumenty potwierdzające brak podstaw wykluczenia wobec tego podwykonawcy.**

1. Zamówienie zrealizujemy (zaznaczyć właściwy kwadrat):

sami

w konsorcjum z:

- ………………………………………………………………………………………………….………………………………………..

1. Informujemy, że Wykonawca[[2]](#footnote-2) jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem (zaznaczyć właściwy kwadrat)[[3]](#footnote-3):

TAK,

NIE.

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

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

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

............... …………................................................................

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Numer sprawy **5/2017 Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Aleksandrowie Łódzkim**

**ul. M. Skłodowskiej-Curie 1**

**95-070 Aleksandrów Łódzki**

**Wykonawca:**

………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim przy ul. Pabianickiej**,prowadzonego przez **SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim**,oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1) ustawy Pzp.

Miejscowość …………….……., dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. art. 24 ust. 5 pkt. 1) ustawy Pzp. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Miejscowość …………….……., dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także   
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

Miejscowość …………….……., dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**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.

Miejscowość …………….……., dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Numer sprawy **5/2017 Załącznik Nr 3 do SIWZ**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Aleksandrowie Łódzkim**

**ul. M. Skłodowskiej-Curie 1**

**95-070 Aleksandrów Łódzki**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i wdrożenie sprzętów medycznych dla nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim przy ul. Pabianickiej**,prowadzonego przez **SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim**,oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w punkcie IV SIWZ.

Miejscowość …………….……., dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**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.

Miejscowość …………….……., dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Numer sprawy **5/2017 Załącznik nr 4 do SIWZ**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

Pakiet nr 1 **Aparat ultrasonograficzny klasy Premium – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane ogólne** | | |
| Pełna nazwa ultrasonografu | Podać |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj | Podać |  |
| Dystrybutor / Oferent | Podać |  |

| **Lp.** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **Warunek graniczny** | **Parametr - podać/opisać** | **Punktacja techniczna** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Aparat ultrasonograficzny klasy Premium wyposażony w funkcję kolorowego dopplera,  z obrazowaniem 3/4D z głowic wolumetrycznych. Aparat fabrycznie nowy – wymagany rok produkcji: 2017** | TAK |  |  |
|  | **Głowica convextypu 2D do badań narządów jamy brzusznej, położnictwa i ginekologii** | **TAK, podać**  **typ** |  |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy min. 2 do 5 MHz | TAK |  |  |
|  | Ilość elementów min. 190 | TAK/podać |  |  |
|  | Maksymalna głębokość obrazowa min. 28 cm | TAK |  |  |
|  | Kąt widzenia>100° | TAK |  |  |
|  | Przystawka biopsyjna | TAK |  |  |
|  | **Głowica liniowa matrycowa typu 2D do badań narządów położonych powierzchownie** | **TAK, podać typ** |  |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy min. 5 do 12 MHz | TAK |  |  |
|  | Ilość elementów piezoelektrycznych min. 1000 | TAK/podać |  |  |
|  | Maksymalna głębokość obrazowania min. 12 cm | TAK |  |  |
|  | **Głowica sektorowa typu 2D do badań serca dorosłych oraz transkranialnych** | **TAK, podać typ** |  |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy min. 2 do 4 MHz | TAK |  |  |
|  | Ilość elementów min. 60 | TAK/podać |  |  |
|  | Kąt widzenia min. 900 | TAK |  |  |
|  | **Głowica endokawitarna typu 3/4D do badań ginekologicznych, położniczych i urologicznych** | **TAK, podać typ** |  |  |
|  | Rendering 3/4D z możliwością ustawienia punktu światła | TAK |  |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy min. 4 do 9 MHz | TAK |  |  |
|  | Ilość elementów - min. 190 | TAK |  |  |
|  | Maksymalna głębokość obrazowania – min. 15 cm | TAK |  |  |
|  | Wykonywanie przestrzennych i 2D wizualizacji procedur Sonohisterografii (SIS) | TAK |  |  |
|  | Kąt obrazowania – min. 1800 x 1100 | TAK |  | 1800 x 1100  – 0 pkt.  Powyżej 1800 x 1100 – 3 pkt. |
|  | Możliwość przestawienia płaszczyzny badania (bez poruszania głowicą) o co najmniej +/- 450 w trybie obrazowania 2D | TAK |  |  |
|  | **Głowica konweksowa typu 3/4D do badań położniczych, ginekologicznych, jamy brzusznej, urologicznych** | **TAK, podać typ** |  |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy min. 3 do 8 MHz | TAK |  |  |
|  | Ilość elementów - min. 190 | TAK |  |  |
|  | Kąt widzenia - min. 900 x 800 | TAK |  | 900 x 800  – 0 pkt.  Powyżej 900 x 800  – 3 pkt. |
|  | Oprogramowanie i przystawka do wykonywania biopsji 4D | TAK |  |  |
|  | **Aparat USG – parametry podstawowe** | | | |
|  | Wysoka ergonomia aparatu zapewniająca komfortowe ustawianie konsoli operatorskiej oraz panel dotykowy LCD do sterowania funkcjami | TAK |  |  |
|  | Monitor kolorowy LCD LED min. 21” | TAK |  |  |
|  | Dodatkowy monitor kolorowy LCD mocowany na ścianie do celów konsultacyjno/prezentacyjnych min. 27” | TAK |  |  |
|  | Zasilanie 230V | TAK |  |  |
|  | Gniazdo i kabel 3-odprowadzeniowy EKG do synchronizacji podczas badań echokardiograficznych | TAK |  |  |
|  | Wbudowany fabrycznie zasilacz UPS, umożliwiający dokończenie badania po utracie zasilania w minimum 20min. | TAK |  |  |
|  | Wewnętrzny dysk twardy aparatu przeznaczony do archiwizacji badań o min. 300 GB pojemności | TAK |  |  |
|  | Ilość cyfrowych kanałów przetwarzania > 300.000 | TAK |  |  |
|  | Dynamika systemu ≥260 dB | TAK |  | 260 dB  – 0 pkt.  Powyżej 260 dB – 3 pkt |
|  | Zakres głębokości obrazowania min. od 2 do 30 cm | TAK |  |  |
|  | Minimum 4 równorzędne aktywne gniazda dla głowic obrazowych | TAK |  |  |
|  | Tryby pracy aparatu:   * 2-D z maksymalna częstotliwość odświeżania (Frame Rate) min. 1000 Hz * Obrazowanie 3/4D z prędkością maksymalną dla 4D ponad 40 obr/s * Funkcja CINE z możliwością zapamiętywania min. 4000 obrazów i 100 sek. * M-mode * Kolor M-mode * Doppler kolorowy * Power Doppler * Tryb wysokoczuły do wizualizacji bardzo wolnych przepływów eliminujący ograniczenia Dopplera (kierunki przepływu), technika obrazowania rzeczywistego echa krwi, podczas badania przepływów – wykorzystywany w 2D oraz 3D/4D * PW Doppler * CWD Doppler * Duplex (2D/PWD) * Triplex (2D/PWD/CD) na wszystkich głowicach | TAK, podać |  | Funkcja CINE z możliwością zapamiętywania 4000 obrazów – 0 pkt.  Funkcja CINE z możliwością zapamiętywania powyżej 4000 obrazów  – 3 pkt. |
|  | Technika pozwalająca na jednoczesne użycie dwóch różnych częstotliwości podczas badania 2D | TAK, opisać |  |  |
|  | Obrazowanie w skrzyżowanych ultradźwiękach (minimum 9 kątów) dostępne na wszystkich zaoferowanych głowicach współpracująca na żywo z trybami color doppler, power doppler | TAK/podać |  | 9 kątów  – 0 pkt.  Powyżej 9 kątów  – 6 pkt. |
|  | Oprogramowanie do wygładzenia oraz wykontrastowania obrazu i uzyskania obrazu zbliżonego do obrazów MR (np. Sono MR) współpracujące na żywo z trybami color doppler, power doppler, skrzyżowanymi ultradźwiękami, obrazowaniem 3D. Funkcja dostępna na żywo, na obrazach zatrzymanych, pętlach obrazowych i obrazów z archiwum | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja parametrów obrazu 2D do aktualnie badanego obszaru przy pomocy jednego klawisza | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu PW przy pomocy jednego klawisza (min. automatyczne dopasowanie linii bazowej oraz skali) | TAK |  |  |
|  | Pakiety obliczeniowe/ raporty do badań  jamy brzusznej  małych narządów  naczyniowych  kardiologicznych  ginekologicznych  położniczych | TAK |  |  |
|  | Automatyczne obrysowanie i wyznaczanie parametrów (min. RI, PI, S/D) widma dopplerowskiego w czasie rzeczywistym na ruchomym i zamrożonym spektrum | TAK |  |  |
|  | Funkcja do automatycznego pomiaru NT, IT, biometrii BPD, HC, FL | TAK |  |  |
|  | Oprogramowanie do wykonywania procedur biopsyjnych z pełną kontrolą i dokumentacją w 3 płaszczyznach w czasie rzeczywistym. Technologia gwarantująca prawidłowe wykonanie biopsji. | TAK |  |  |
|  | Oprogramowanie do wizualizacji wielopłaszczyznowej z zeskanowanych wolumenów, minimum 6 równoległych płaszczyzn | TAK/podać |  | 6 równoległych płaszczyzn  – 0 pkt.  Powyżej 6 równoległych płaszczyzn  – 2 pkt. |
|  | Oprogramowanie do badań z ultrasonograficznymi środkami kontrastującymi do procedury HyCoSy | TAK |  |  |
|  | Możliwość wykonania funkcji przetwarzania obrazów zatrzymanych i pętli obrazowych oraz obrazów i pętli zarchiwizowanych – minimum :  B Mode:  - Regulacja wzmocnienia 2D gain  - Powiększenie obrazu  - Mapy szarości  - Koloryzacja  - Regulacja funkcji wygładzania obrazu  - Zakres dynamiki obrazu  PW-Mode  - Przesuniecie linii bazowej  - Korekcja kąta  - Automatyczne kalkulacje  - Modyfikacja obliczeń  - Czułość obrysu spektrum dopplerowskiego  Color Flow Mode  - Przesunięcie Linii bazowej  - Mapy koloru  - Próg przejścia do analizy koloru 3D  - regulacja wzmocnienia  - regulacja płaszczyzn x/y/z  -możliwość ugięcia bramki referencyjnej 3D umożliwiająca dopasowanie do anatomii badanych struktur  -możliwość zmiany presetu renderingu | TAK |  |  |
|  | Możliwość archiwizacji sekwencji ruchomych (z pamięci CINE i w czasie badania - w czasie rzeczywistym) i statycznych na dysku aparatu, obrazów objętościowych 3/4D | TAK |  |  |
|  | Aktywne gniazdo USB do archiwizacji obrazów na dyskach typu PEN DRIVE, zewnętrznych dyskach twardych | TAK |  |  |
|  | Funkcja zapisu na płytach DVD i pamięciach PENDrive całego badania jako filmu – funkcja fabrycznie wbudowana w aparat | TAK |  |  |
|  | Wideoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | Oprogramowanie DICOM 3.0 (minimalna konfiguracja WORKLIST, SR data, STORE) – licencja bezterminowa | TAK |  |  |
|  | **Wymagane funkcje rozbudowy aparatów** | | | |
|  | Oprogramowanie wspomagające analizę serca płodu w trybie STIC, pozwalające na automatyczne otrzymanie standardowych projekcji serca: 4CH, LVOT, RVOT, Stomach, SVC/IVC, DuctalArch, AorticArch, 3VT | TAK |  |  |
|  | Podłączenie urządzenia do systemu PACS (AGFA) oraz odbieranie listy roboczej | TAK |  |  |
|  | Utworzenie i konfiguracja nowej pracowni USG w systemie HIS/LIS firmy PROGMED | TAK |  |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** |  |  |  |
|  | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | TAK |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrvie lub płyty CD/DVD | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK |  |  |
|  | Nagrywarka DVD-R/RW lub CD-R/RW | TAK |  |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet min. 10/100 Mbps | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowym 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja na cały system (aparat, głowice,printer) przez okres…. Miesięcy (min.24 max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru.  W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem) | TAK |  |  |
|  | Certyfikat CE na aparat i głowice | TAK |  |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (dokumenty załączyć) | TAK |  |  |
|  | Szkolenia dla lekarzy w zakresie:  -pełnej obsługi aparatu  -diagnostyki płodu zgodnie z rekomendacjami PTU i Sekcji USG RTG | TAK |  |  |
|  | Dodatkowo szkolenie dla lekarzy wykonujących USG płodu z zakresu diagnostyki prenatalnej oraz badań dopplerowskich z ginekologii i położnictwa | TAK |  |  |
|  | Automatyzacja lub półautomatyzacja badania u kobiety ciężarnej parametrów przepływów:  - tętnica maciczna  -tętnica pępkowa  - tętnica środkowa mózgu płodu  - przepływ żylny płodu | TAK |  |  |
|  | Pełny protokół położniczy obejmujący protokół dla ciąży mnogiej włącznie z wyliczeniem wskaźników i parametrów prawidłowego wzrostu płodu | TAK |  |  |
|  | Możliwość wykonania badań kardiologii prenatalnej zgodnie z wymogami FMF (Fetal Medicine Foundation), PTU i Sekcji USG PTG | TAK |  |  |
|  | Pełne raportowanie położnicze do badania USG ciąży w tym raportowanie ciąży bliźniaczej | TAK |  |  |

Pakiet nr 2 **Aparat do kriochirurgii – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Urządzenie sterowane pneumatycznie, nie wymagające zasilania elektrycznego z sieci. |  |  |
|  | Czynnik mrożący: podtlenek azotu N2O lub dwutlenek węgla CO2  w stalowych butlach ciśnieniowych. |  |  |
|  | Ciśnienie robocze w przedziale: min. 3.4 – 5.0 MPa. |  |  |
|  | Pojemność butli: maks. do 10 litrów z cyklem pracy ciągłej min. od 3 do 5 godzin. |  |  |
|  | Możliwość stosowania krioaplikatorów o dowolnych kształtach dla każdej specjalizacji medycznej, w szczególności: ginekologia i dermatologia. |  |  |
|  | W wyposażeniu wózek ułatwiający przemieszczanie urządzenia wraz z butlą. |  |  |
|  | Szerokość robocza aparatu: 300/280/250 mm (+/- 5%). |  |  |
|  | Preferowana szerokość robocza aparatu z obudową butli: 1100/500/250 mm (+/- 5%). |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 3 **Aparat do elektrokoagulacji – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Aparat dwubiegunowy wyposażony między innymi w programy: CUT, BLEND, FORCED COAG, SOFT COAG, BIPOLAR COAG. |  |  |
|  | Możliwość założenia elektrody neutralnej jako gwarancja bezpieczeństwa pacjenta. |  |  |
|  | Parametry obwodu wyjściowego stale monitorowane. |  |  |
|  | Rękojeść jednobiegunowa autoklawowalna. |  |  |
|  | Możliwość wyboru elektrod jednobiegunowych. |  |  |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy min.: 600 kHz. |  |  |
|  | Napięcie w przedziale: 115 – 230V / 50 – 60 Hz. |  |  |
|  | szerokość robocza: (dł. x szer. x wys.) 254x104x288 mm (+/- 5%). |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 4 **Detektor tętna płodu – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Detektor fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Automatyczne wykrywanie ruchów płodu + marker dla pacjentki |  |  |
|  | Tętno płodu dla ciąży bliźniaczej z dopplerem pulsacyjnym. |  |  |
|  | Sondy wysokiej czułości, dopplerowskie o częstotliwości ultradźwięków 1MHz. |  |  |
|  | Zakres odczytu dla tętna płodu w granicach: od min. 30 do maks. 240 u/min. |  |  |
|  | Pomiar zewnętrzny. |  |  |
|  | Funkcje alarmów niskiego i wysokiego tętna, końca papieru. |  |  |
|  | EVENT MARKER: znacznik zdarzeń. |  |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna. |  |  |
|  | Wbudowana analiza badania. |  |  |
|  | Zasilanie AC w przedziale: 100V – 240V/ 50 – 60 Hz. |  |  |
|  | W wyposażeniu wózek, stojak na urządzenie. |  |  |
|  | Oprogramowanie detektora w języku polskim. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 5 **Fotel ginekologiczny – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fotel fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Konstrukcja fotela kolumnowa wykonana ze stali lakierowanej proszkowo. |  |  |
|  | Leże fotela 3-segmentowe: segment pleców z regulowanym zagłówkiem, segment siedziska, segment nóg. |  |  |
|  | Segmenty leża wykonane z zastosowaniem pianki i tapicerki odpornej na mycie i dezynfekcję. Kolorystyka tapicerki do uzgodnienia. |  |  |
|  | Demontowany podnóżek lub stopień zintegrowany z podstawą fotela. |  |  |
|  | Podkolanniki z możliwością regulacji wysokości i kąta nachylenia. |  |  |
|  | Wysokość oraz kąt nachylenia oparcia i siedliska fotela sterowane elektrycznie za pomocą pilota ręcznego lub sterownik funkcji elektrycznych wbudowany w podstawę fotela. |  |  |
|  | W wyposażeniu fotela pojemnik ze stali nierdzewnej. |  |  |
|  | Uchwyt na podkład jednorazowy. |  |  |
|  | Pozycja Trendelenburga. |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie minimum: 150 kg. |  |  |
|  | Zasilanie w przedziale: 100V – 240V / 50 – 60 Hz. |  |  |
|  | Pobór mocy: max.160VA. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 6

* + - 1. **Waga lekarska ze wzrostomierzem – 3 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

* + - 1. **Waga niemowlęca ze wzrostmiarką – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A)** | **Waga lekarska ze wzrostomierzem – 3 szt.** |  |  |
|  | Waga fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Obciążenie maksymalne: 300 kg. |  |  |
|  | Zasilanie: baterie / opcjonalnie zasilacz. |  |  |
|  | Wyświetlacz LED z możliwością obracania od strony pacjenta lub lekarza / pielęgniarki. |  |  |
|  | Urządzenie z funkcją BMI do podstawowej oceny stanu odżywienia pacjenta, HOLD, TARA, automatyczne wyłączanie. |  |  |
|  | wzrostomierz: - zakres pomiaru w przedziale min. 30 – 220 cm  - podziałka: 1mm  - funkcja pozycjonera głowy |  |  |
| **B)** | **Waga niemowlęca ze wzrostmiarką – 2 szt.** |  |  |
|  | Waga fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Obciążenie maksymalne: 15 kg. |  |  |
|  | Szalka pomiarowa z zakresem pomiaru min.: 33 – 100 cm. |  |  |
|  | Zasilanie: baterie / opcjonalnie zasilacz. |  |  |
|  | Wyświetlacz LED wbudowany w obudowę wagi. |  |  |
|  | Podziałka: 1 mm. |  |  |
|  | **Dotyczy części A i B** |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 7 **Aparat EKG – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Aparat 12 kanałowy z kolorowym wyświetlaczem. |  |  |
|  | Pełna klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych pacjenta. |  |  |
|  | Podgląd 12 kanałów na ekranie. |  |  |
|  | Automatyczna analiza / interpretacja w trakcie zapisu. |  |  |
|  | Interpretacja badania zależna od wieku pacjenta podawanego w dniach, miesiącach i latach. |  |  |
|  | Ciągłe wyświetlanie tętna pacjenta na ekranie. |  |  |
|  | Wbudowana pamięć na zapis badań. |  |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna. |  |  |
|  | Filtry artefaktów: filtr zakłóceń sieciowych 50/60HZ, filtr zakłóceń mięśniowych 25/35 Hz. |  |  |
|  | Filtr linii izoelektrycznej w zakresie min. od 0,05 do 1,5 Hz. |  |  |
|  | Możliwość współpracy z PC. |  |  |
|  | Oprogramowanie aparatu w języku polskim. |  |  |
|  | Prędkości zapisu minimum: 10, 25, 50 mm/s. |  |  |
|  | Zasilanie: 100V – 230V / 50 – 60 Hz sieciowe lub poprzez wbudowany akumulator. |  |  |
|  | Wózek do przewożenia aparatu z wysięgnikiem na kabel pacjenta. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu  z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 8 **Lampa naczołowa – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Lampa fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Światło diodowe LED – dioda biała. |  |  |
|  | Temperatura barwowa w przedziale: 4.000K – 6.500K lub żarówka standardowa 6V. |  |  |
|  | Zasilanie: baterie lub akumulatorki ładowane za pomocą ładowarki sieciowej. |  |  |
|  | Bezprzewodowa. |  |  |
|  | Regulowana wielkość pola zabiegowego. |  |  |
|  | Regulacja opaski. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 9 **Spirometr – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Spirometr fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Zasilanie: akumulator i zasilanie z sieci głównej. |  |  |
|  | Czujnik temperatury. |  |  |
|  | Przepływomierze: cyfrowa turbina dwukierunkowa. |  |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz wysokiej rozdzielczości. |  |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna. |  |  |
|  | Wydruk pełnego raportu spirometrycznego. |  |  |
|  | Interpretacja spirometrii z określeniem jakości testu spirometrycznego. |  |  |
|  | Pamięć wyników: minimum 1500 |  |  |
|  | Ocena wieku płuc. |  |  |
|  | Krzywa przepływów / objętość (F/V) i objętość / czas (V/t) wyświetlane na ekranie w czasie rzeczywistym. |  |  |
|  | Możliwość wykonania próby bronchodilatacyjnej (PRE-POST)  z możliwością porównania wyników. |  |  |
|  | Możliwość korzystania z turbin jednorazowych i turbin wielokrotnego użytku. |  |  |
|  | Możliwość połączenia z PC. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu  z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 10 **Kolposkop – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kolposkop fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Konstrukcja jezdna (na kółkach z hamulcami)statywowa wyposażona w głowicę na składanym ramieniu oraz monitor z regulacją wysokości w zakresie min.1350 – 1500mm. |  |  |
|  | 3 stopnie powiększenia obrazu. |  |  |
|  | Zakres pola widzenia min. 5 mm do 150 mm |  |  |
|  | Odległość od badanego obiektu min. 50 – 340 mm |  |  |
|  | Natężenie światła powyżej 25000 luksów. |  |  |
|  | Oświetlenie LED, światło białe, zimne o charakterystyce widma zapewniającej wierne odtworzenie barw oraz regulowany filtr polaryzacyjny niwelujący odblaski powstające na powierzchniach odbijających światło. |  |  |
|  | Wbudowana kamera. |  |  |
|  | Kamera z funkcją precyzyjnego, automatycznego ustawienia ostrości obrazu (z możliwością ręcznej korekty ostrości). |  |  |
|  | Indywidualnie regulowane okulary. |  |  |
|  | Monitor z regulacją wysokości, obrotu i kata nachylenia min.35° umożliwiający podgląd obrazu zarówno operatorowi jak i pacjentowi. |  |  |
|  | Blokada pozycji monitora. |  |  |
|  | Napięcie zasilające 100 – 240 V AC |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja kolposkopu oraz 2 godzinne szkolenie personelu  z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 11 **Chłodziarka farmaceutyczna – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodziarka fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Chłodziarka farmaceutyczna z drzwiami pełnymi, z wymuszonym obiegiem powietrza. |  |  |
|  | Zakres temperatur: nie wyższa niż 00 C i nie niższa niż 100 C |  |  |
|  | Regulacja temperatury co 0,10 C. |  |  |
|  | Komora zamykana na klucz. |  |  |
|  | Zewnętrzny wyświetlacz LED temperatury panującej w komorze. |  |  |
|  | Zewnętrzne drzwi szklane. |  |  |
|  | Wbudowany rejestrator temperatur z powiadomieniem SMS. |  |  |
|  | Pamięć wyników pomiarów: minimum 1500 |  |  |
|  | Funkcja rozmrażania. |  |  |
|  | Zegar czasu rzeczywistego. |  |  |
|  | Wewnętrzne światło, półki. |  |  |
|  | Pojemność robocza: min. 66 l |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 12 **Lampa bezcieniowa – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
|  | Lampa fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Lampa zabiegowa – bezcieniowa wyposażona w zestaw jezdny |  |  |
|  | Możliwość obrotu kopuły względem osi pionowej i poziomej. |  |  |
|  | Oświetlenie typu LED. |  |  |
|  | Niska emisja ciepła. |  |  |
|  | Uzyskanie wysokiej intensywności świecenia oraz bezcieniowe pole operacyjne. |  |  |
|  | Natężenie oświetlenia w odległości 1 m: maks. do 60.000 lux |  |  |
|  | Wgłębność oświetlenia L1+L2: 130 cm – 150 cm. |  |  |
|  | Współczynnik odwzorowania barw Ra 95 – 97. |  |  |
|  | Żywotność źródła światła min. 40.000 godz. |  |  |
|  | Bezdotykowe włączanie / wyłączanie (na podczerwień). |  |  |
|  | Elastyczne ramię typu „Gęsia szyja”, ułatwiające skierowanie strumienia światła w dowolne wybrane miejsce zabiegowe. |  |  |
|  | Temperatura barwowa w przedziale: 4.200 – 4.600 K |  |  |
|  | Klasa zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym: I. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 13 **Aparat 2-kanałowy do elektroterapii – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Aparat 2-kanałowy do elektroterapii |  |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem |  |  |
|  | Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów |  |  |
|  | Dostępne prądy:  Galwaniczny, Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO), Träberta, Faradaya, NPHV, Sekwencje, Neofaradyczny, Rosyjska stymulacja - prąd Kotza, Impulsy trapezoidalne, Impulsy stymulujące, Impulsy prostokątne, Impulsy trójkątne, Impulsy ekspotencjalne, Impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym, Impulsy łączone, Impulsy Przerywane, TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty), 2-polowa interferencja, 4-polowa interferencja, Izoplanarne pole wektorowe, Fale o średniej częstotliwości, HVT, Impulsy IG, Modulowany prąd impulsowy, Prąd VMS, Prąd Kotza, EPIR, Prąd Leduca, Fale H, Mikroprądy, Stymulacja spastyczna wg Hufschmidta, Stymulacja spastyczna wg Jantscha, Elektrodiagnostyka |  |  |
|  | Prosta zmiana polaryzacji elektrod |  |  |
|  | Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv) |  |  |
|  | Programowalne sekwencje (zestawy) prądów |  |  |
|  | Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji. |  |  |
|  | Test jakości elektrod |  |  |
|  | Kontrola kontaktu elektrod ze skórą |  |  |
|  | Płynna modyfikacja parametrów prądów |  |  |
|  | Sekwencje zapisywane przez użytkownika |  |  |
|  | Historia ostatnich min. 20 zabiegów |  |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) |  |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych |  |  |
|  | Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii |  |  |
|  | Wyposażenie aparatu : 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod, kabel sieciowy wraz z zasilaczem. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu  z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 14 **Aparat do magnetoterapii – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Impulsowe pole magnetyczne – impusly: prostokątne, trójkątne, sinusiodalne, eksponencjalne i ciągłe |  |  |
|  | Możliwość modulacji impulsów: częstotliwość losowa, seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne |  |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie aplikatora przez aparat |  |  |
|  | Maksymalna indukcja impulsowa 128mT |  |  |
|  | Zakres częstotliwości 1-166 Hz |  |  |
|  | Aplikatory: cewka 70 cm z leżanką i cewka 30 cm |  |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) |  |  |
|  | Wbudowana encyklopedia terapii w języku polskim wraz z rysunkami anatomicznymi |  |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych |  |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 4,3” |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu  z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 15

1. **Lampa do naświetlań statywowa – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Lampa do naświetlań stołowa – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A)** | **Lampa do naświetlań statywowa – 1 szt.** |  |  |
|  | Lampa do naświetlań światłem podczerwonym. |  |  |
|  | Moc żarówki: 375 W |  |  |
|  | Regulowana jasność świecenia |  |  |
|  | Zegar zabiegowy: 1-30 min |  |  |
|  | Zasilanie: 230 V, 50 Hz, 450 W |  |  |
|  | Wymiary podstawy: 0,5 x 0,6 m (+/- 5%)  Wysokość regulowana w zakresie: min. 1,2- 1,9 m |  |  |
|  | Masa: maks. 14 kg |  |  |
|  | Wyposażenie:  komplet przewodów  elektroniczny sterownik  filtr czerwony  filtr niebieski  instrukcja użytkowania  okulary pacjenta  okulary terapeuty |  |  |
| **B)** | **Lampa do naświetlań stołowa – 1 szt.** |  |  |
|  | Lampa do naświetlań światłem podczerwonym. |  |  |
|  | Moc żarówki: 375 W |  |  |
|  | Płynna regulacja mocy naświetlania |  |  |
|  | Automatyczne odmierzanie czasu naświetlania: 10, 15, 20, 25 minut |  |  |
|  | Gęstość mocy promieniowania ≥0,3W/cm2 |  |  |
|  | Wersja stołowa |  |  |
|  | Wymiary: 32x32x16 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Wyposażenie:      Okulary ochronne operatora     Okulary ochronne pacjenta      Filtr czerwony      Filtr niebieski      Siatka zabezpieczająca |  |  |
|  | Chłodzenie – wymuszone |  |  |
|  | Zasilanie 230 V, 50 Hz |  |  |
|  | **Dotyczy części A i B** |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 16 – Sprzęt do hydroterapii

1. **Wanna do kąpieli kończyn górnych – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Wanna do kąpieli kończyn dolnych – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A)** | **Wanna do kąpieli kończyn górnych: okolic dłoni, przedramion i stawów łokciowych – 1 szt.** |  |  |
|  | 10 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia wody montowane na ścianie wanny |  |  |
|  | Prysznic ręczny |  |  |
|  | Sterowanie za pomocą panelu |  |  |
|  | System napełniania automatyczny |  |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu zabiegowego |  |  |
|  | Pojemność użytkowa min. 30 – maks. 35 l |  |  |
|  | Wymiary: 755x955x1000 mm (+/- 5%) |  |  |
|  | Taboret dla pacjenta |  |  |
|  | Pompa wodna oddzielona - 230V, 50 Hz, 0,9 kW |  |  |
|  | Manualny spust wody |  |  |
|  | Blokada przed pracą na sucho |  |  |
|  | Czujnik temperatury |  |  |
| **B)** | **Wanna do kąpieli kończyn dolnych – 1 szt.** |  |  |
|  | 16 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia wody montowane na ścianie wanny |  |  |
|  | Prysznic ręczny |  |  |
|  | Sterowanie za pomocą panelu |  |  |
|  | System napełniania automatyczny |  |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu zabiegowego |  |  |
|  | Pojemność użytkowa: min. 55 – maks. 60 l |  |  |
|  | Wymiary: 900x835x650 mm (+/- 5%) |  |  |
|  | Krzesło dla pacjenta . |  |  |
|  | Pompa wodna oddzielona - 230V, 50 Hz, 1,1 kW |  |  |
|  | Manualny spust wody |  |  |
|  | Blokada przed pracą na sucho |  |  |
|  | Czujnik temperatury |  |  |
|  | **Dotyczy części A i B** |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 17 – **Laser biostymulacyjny ze skanerem + sonda punktowa – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Możliwość współpracy z aplikatorem skanującym,sondami punktowymi i prysznicowymi. |  |  |
|  | Regulacja mocy sond i aplikatorów |  |  |
|  | Tryby emisji: ciągły i impulsowy |  |  |
|  | Regulacja mocy w zakresie min. 25-100% |  |  |
|  | Zakres częstotliwości 1-5000Hz |  |  |
|  | Regulacja wypełnienia lub czasu impulsu |  |  |
|  | Możliwość podłączenia minimum 2 sond punktowych oraz aplikatora skanującego równocześnie |  |  |
|  | Liczniki czasu pracy sond laserowych |  |  |
|  | Regulacja mocy sond |  |  |
|  | Tryby pracy: programowy/manualny |  |  |
|  | Wbudowane programy zabiegowe min. 50 |  |  |
|  | Możliwość tworzenia sekwencji zabiegowych min. 25 |  |  |
|  | Programy użytkownika min. 49 |  |  |
|  | Wymiary sterownika 30x23x11 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Wyświetlacz graficzny |  |  |
|  | Aplikator skanujący o mocy: R.100mW/IR.450mW |  |  |
|  | Aplikator skanujący z regulacją wysokości ramienia w zakresie min. 60-140 cm |  |  |
|  | Regulacja położenia głowicy w min. dwóch osiach |  |  |
|  | Określanie pola zabiegowego w minimum 3 trybach kreślenia: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta |  |  |
|  | Automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego |  |  |
|  | Ramię podtrzymywane za pomocą siłowników pneumatycznych |  |  |
|  | Półka na sterownik i okulary |  |  |
|  | Aplikator na podstawie jezdnej z hamulcem |  |  |
|  | Sonda punktowa IR. 808nm/400mW |  |  |
|  | Okulary do laseroterapii min. 2 szt. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja urządzenia oraz 2 godzinne szkolenie personelu  z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Gwarancja min. 5 lat na sterownik oraz bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru.  **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 18 – Sprzęt do kinezyterapii

1. **Kabina Ugul z osprzętem – 2 zestawy**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Drabinki przyścienne – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Tor do nauki chodzenia z przeszkodami – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Materac korekcyjny – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Zestaw wałków: wałki 15x60 – 3 szt.; półwałki 60x19x9 – 3 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Tablica do ćwiczeń manualnych z oporem – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Rotor kończyn dolnych – 1 szt.; rotor kończyn górnych – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Wycinek kuli z sandałami – 1 szt.; wycinek walca z sandałami – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Stół pionizacyjny – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Stół do masażu – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Schodek rehabilitacyjny – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Rower treningowy – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Zestaw taśm rehabilitacyjnych: żółta (opór słaby) – 1 szt.; czerwona (opór średni) – 1 szt.; zielona (opór mocny) – 1 szt.; niebieska (opór extra mocny) – 1 szt.; złota (opór maksymalnie mocny) – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Stół rehabilitacyjny do Ugula – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A)** | **Kabina Ugul z osprzętem – 2 zestawy** |  |  |
|  | Kabina do ćwiczeń i zawieszeń przeznaczona do stosowania w  kinezyterapii indywidualnej z kilkoma pacjentami równocześnie |  |  |
|  | Szerokość: 200 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Wysokość: 200 cm (na stopkach) (+/- 5%) |  |  |
|  | Głębokość: 200 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Waga maksymalna 180 kg |  |  |
|  | Wykonanie: lakier proszkowy |  |  |
|  | Możliwość zastosowania wyciągu do pozycji Perschl'a. |  |  |
|  | W skład osprzętu wchodzą: ciężarek 0,5 kg-1szt, ciężarek 1 kg- 1 szt. , ciężarek 1,5 kg- 1 szt. ,ciężarek 2 kg- 1szt. , ciężarek 2,5 kg- 1 szt. , ciężarek 3kg- 1 szt. , ciężarek 4 kg- 1 szt., esik metalowy 30 szt., kamaszek skórzany do wyciągu 1 szt., Linka do podwieszeń i ćw. w odciążeniu dł. 120 cm- 6 szt. , Linka do podwieszeń i ćw. w odciążeniu dł. 160 cm- 4 szt. , Linka z bloczkami do ćw. z obciążeniem dł. 350 cm- 2 szt. , Linka do ćw. samo wspomaganych dł. 225 cm- 1 szt. , Mankiet nadgarstkowo-kostkowy- 1 szt. , Mankiet udowy- 1 szt. , Pas do stabilizacji ud i kręgosłupa- 1 szt. , Pas do wyciągu za miednicę- 1 szt. , Pętla Glissona z orczykiem- 1 szt. , Podwieszka dwustawowa ze skóry- 4 szt., Podwieszka klatki piersiowej- 1 szt. , Podwieszka pod miednicę- 1 szt. , Podwieszka pod głowę- 1 szt. , Podwieszka ramienna- 2 szt. , Podwieszka udowa- 2 szt. , Podwieszka kolanowa- 2 szt., Uchwyt metalowy na linkę- 2 szt. |  |  |
|  | Urządzenie do trakcji kręgosłupa za podudzia do pozycji **Perschl’a** |  |  |
| **B)** | **Drabinki przyścienne – 2 szt.** |  |  |
|  | Wymiar 220 x 76 cm (+/- 5%) + okucia |  |  |
| **C)** | **Tor do nauki chodzenia z przeszkodami – 1 szt.** |  |  |
|  | Długość toru z podjazdami: min. 300 cm – maks. 320 cm |  |  |
|  | Długość pochwytów/ poręczy: min. 300 cm |  |  |
|  | Rozstaw pochwytów/poręczy: min. 32 - 125 cm |  |  |
|  | Rozstaw pochwytów/poręczy: min. 32 - 125 cm |  |  |
|  | Szerokość bieżni: 60 cm |  |  |
|  | Regulacja przeszkód na wysokości: 6, 9, 33 cm |  |  |
| **D)** | **Materac korekcyjny – 2 szt.** |  |  |
|  | Materac gimnastyczny, wym. 200x120x5 cm wykonany z gąbki,  tapicerka typu skaj łatwo zmywalna, do dezynfekcji |  |  |
| **E)** | **Zestaw wałków: wałki 15x60 – 3 szt.; półwałki 60x19x9 – 3 szt.** |  |  |
|  | Kształtki pokryte materiałem zmywalnym |  |  |
|  | Wykonane z twardej pianki poliuretanowe |  |  |
|  | Wymiary:  Wałek rehabilitacyjny 15x60 cm – 3 szt.  Półwałek rehabilitacyjny 60x19x9 cm - 3 szt. |  |  |
| **F)** | **Tablica do ćwiczeń manualnych z oporem – 1 szt.** |  |  |
|  | Tablica do ćwiczeń manualnych ręki |  |  |
|  | Przeznaczona dla dorosłych i dzieci |  |  |
|  | Zestaw przyrządów do ćwiczeń umocowanych na blacie z możliwością regulacji wysokości. |  |  |
|  | Do ćwiczeń czynnych wspomaganych z oporem |  |  |
|  | Obciążniki miękkie ze skóry 5 x 250 g. mocowane do linek za pomocą esików |  |  |
|  | Blat: 72x52 cm (+/- 5%)  Wysokość regulowana w zakresie: min. 54-86 cm. Waga maks. 12 kg. |  |  |
| **G)** | **Tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu – 1 szt.** |  |  |
|  | Tablica do ćwiczeń manualnych ręki bez oporu |  |  |
|  | Przeznaczona dla dorosłych i dzieci |  |  |
|  | Zestaw przyrządów do ćwiczeń umocowanych na blacie z możliwością regulacji wysokości. |  |  |
|  | Blat: 72x52 cm (+/- 5%)  Wysokość regulowana w zakresie: min. 54-86cm. Waga maks. 10 kg. |  |  |
| **H)** | **Rotor kończyn dolnych – 1 szt.; rotor kończyn górnych – 1 szt.** |  |  |
|  | Rotor do ćwiczeń czynnych i samo wspomaganych w obrębie kończyn górnych. Przystosowany do montażu na ścianie kabiny UGUL.  Szerokość min. 37 cm, Wysokość min. 40 cm, waga min. 4 kg. |  |  |
|  | Rotor do ćwiczeń czynnych i samo wspomaganych w obrębie kończyn dolnych. Przystosowany do montażu na ścianie kabiny UGUL.  Szerokość min. 40 cm, Wysokość min. 41 cm, waga min. 4 kg. |  |  |
| **I)** | **Wycinek kuli z sandałami – 1 szt.; wycinek walca z sandałami – 1 szt.** |  |  |
|  | Wykorzystywane do ćwiczeń równoważnych stawu skokowego i nauki chodzenia |  |  |
|  | Wycinek kuli i wycinek walca o podstawie drewnianej |  |  |
|  | Średnica: 495 mm |  |  |
|  | Wysokość: 160 mm |  |  |
|  | Waga: 2,5 kg |  |  |
| **J)** | **Stół pionizacyjny – 1 szt.** |  |  |
|  | Wymiary całkowite (dł. x szer.): 201x68cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Wymiary leżyska (dł. x szer.): 196x60cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Pasy stabilizacyjne: 3 szt. |  |  |
|  | Wysokość leżyska w pozycji pionowej: 204 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Elektryczna regulacja kąta nachylenia leżyska: od 0 do +90° |  |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leżyska w pozycji poziomej: min. 50- 90 cm |  |  |
|  | Waga: maks. 95kg |  |  |
|  | System jezdny- cztery skrętne koła |  |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 150kg |  |  |
| **K)** | **Stół do masażu – 1 szt.** |  |  |
|  | Stół trzysegmentowy + podgłówek |  |  |
|  | Podgłówek 3-częściowy, z wycięciem na twarz. |  |  |
|  | Regulacja wysokości elektryczna z ramy wokół stołu. |  |  |
|  | Tapicerka odporna na ścieranie |  |  |
|  | Po obu stronach leżyska pręty do  mocowania pasów stabilizacyjnych |  |  |
|  | Regulowany podgłówek w zakresie min. - 40° ÷ + 45° |  |  |
|  | Część dolna dzielona na dwa przy pomocy sprężyn gazowych |  |  |
|  | Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji krzesełkowej |  |  |
|  | System jezdny - cztery skrętne koła |  |  |
|  | Uchwyt na papier |  |  |
|  | Długość: 2000 mm (+/- 5%) |  |  |
|  | Szerokość: 660 mm (+/- 5%) |  |  |
|  | Wysokość regulowana w zakresie min. 470 ÷ 930 mm |  |  |
| **L)** | **Schodek rehabilitacyjny – 2 szt.** |  |  |
|  | Schodek metalowy 2-stopniowy |  |  |
|  | Schodek wykonany z konstrukcji metalowej malowanej  na biało |  |  |
|  | Nasadki gumowe |  |  |
|  | Stopnie pokryte wykładziną antypoślizgową |  |  |
|  | Wysokość 49 cm (+/- 5%)  Szerokość: 45 cm (+/- 5%)  Głębokość: 39 cm ( II stopnia – 24cm) (+/- 5%)  Waga maks. 8,5 kg |  |  |
| **M)** | **Rower treningowy – 1 szt.** |  |  |
|  | Opór: magnetyczny |  |  |
|  | Obciążenie: 8 stopni |  |  |
|  | Koło zamachowe: 14 kg |  |  |
|  | Wyświetlacz: prędkość/RPM, czas, kalorie, dystans, data, zegar, puls, recovery test |  |  |
|  | Pomiar pulsu: sensory dotykowe |  |  |
|  | Rolki transportowe |  |  |
|  | Regulacja siodełka: pion/poziom |  |  |
|  | Nawiew |  |  |
|  | Max. waga użytkownika: 150 kg |  |  |
| **N)** | **Zestaw taśm rehabilitacyjnych: żółta (opór słaby) – 1 szt.; czerwona (opór średni) – 1 szt.; zielona (opór mocny) – 1 szt.; niebieska (opór extra mocny) – 1 szt.; złota (opór maksymalnie mocny) – 1 szt.** |  |  |
|  | Żółta (opór słaby): 5,5m |  |  |
|  | Czerwona (opór średni): 5,5m |  |  |
|  | Zielona (opór mocny): 5,5 m |  |  |
|  | Niebieska (opór extra mocny): 5,5 m |  |  |
|  | Złota (opór maksymalnie mocny): 5,5m |  |  |
| **O)** | **Stół rehabilitacyjny do ugula – 1 szt.** |  |  |
|  | Stół dwuczęściowy |  |  |
|  | Podgłówek 1-częściowy, z wycięciem na twarz. |  |  |
|  | Regulacja wysokości elektryczna z ramy wokół stołu. |  |  |
|  | Tapicerka odporna na ścieranie |  |  |
|  | Po obu stronach leżyska pręty domocowania pasów stabilizacyjnych |  |  |
|  | Regulowany podgłówek w zakresie min. - 40° ÷ + 40° |  |  |
|  | Pasy stabilizacyjne 1 kpl. |  |  |
|  | System jezdny - cztery skrętne koła |  |  |
|  | Uchwyt na papier |  |  |
|  | Długość: 2000 mm (+/- 5%) |  |  |
|  | Szerokość: 720 mm (+/- 5%) |  |  |
|  | Wysokość regulowana w zakresie min. 470 ÷ 930 mm |  |  |
|  | **Dotyczy części od A do O** |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowe, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 18 – Pozostały sprzęt rehabilitacyjny

1. **Balkonik aluminiowy – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Wózek inwalidzki – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Leżanka metalowa – 5 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

1. **Leżanka drewniania – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A)** | **Balkonik aluminiowy – 1 szt.** |  |  |
|  | Dwa kółka, dwie stopki |  |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie min.: 795-915 mm |  |  |
|  | Szerokość maks. 560 mm |  |  |
|  | Waga maks. 3.6 kg |  |  |
|  | Możliwość złożenia |  |  |
| **B)** | **Wózek inwalidzki – 2 szt.** |  |  |
|  | Wózek inwalidzki ręczny |  |  |
|  | wykonany ze stali precyzyjnej |  |  |
|  | Podłokietnik ścięty |  |  |
|  | koła przednie krypton, |  |  |
|  | koła tylne pompowane |  |  |
|  | Wysokość oparcia 41 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Ciężar wózka maks. 18 kg. |  |  |
|  | Dopuszczalna maks. waga użytkownika: 120 kg. |  |  |
| **C)** | **Leżanka metalowa – 5 szt.** |  |  |
|  | Kozetka lekarska wykonana z rur stalowych malowanych proszkowo |  |  |
|  | Tapicerka 2-częściowa z regulowanym zagłówkiem |  |  |
|  | Uchwyt na papier |  |  |
|  | Długość: 180 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Wysokość: 51 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Szerokość: 61 cm (+/- 5%) |  |  |
|  | Regulowany zagłówek skokowo w zakresie: min. od -60° do +45° |  |  |
|  | Waga: maks. 30 kg |  |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 200 kg |  |  |
| **D)** | **Leżanka drewniania – 1 szt.** |  |  |
|  | Leżanka wykonana z drewna bukowego |  |  |
|  | Długość min. 180 cm |  |  |
|  | Wysokość min 65 cm |  |  |
|  | Szerokość min. 65 cm |  |  |
|  | Regulowany zagłówek w zakresie 0 - 35° |  |  |
|  | Masa: maks. 30 kg. |  |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 200 kg. |  |  |
|  | **Dotyczy części od A do D** |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. **W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia  z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

**UWAGA:**

**Wszystkie ww. parametry i wymogi są parametrami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**Oświadczam/y, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

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

(podpis osoby uprawnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

Numer sprawy **5/2017** **Załącznik Nr 5 do SIWZ**

**UMOWA Nr ……………… - wzór dla pakietu nr 1,2,3,4,7,9,10,13,14,17**

zawarta w dniu ......................................, pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim, ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 95-070 Aleksandrów Łódzki

posiadającym NIP : 732-18-60-164

posiadającym KRS : 0000016940

reprezentowanym przez:

1. ....................................................................................................................................................

zwanym w treści umowy „Zamawiającym”

a

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

posiadającym NIP : ...........................................

posiadającym KRS : .........................................

reprezentowanym przez :

1. ....................................................................................................................................................

2. ....................................................................................................................................................

zwanym w treści umowy „Wykonawcą”.

Strony zawierają umowę w wyniku przeprowadzonego na podstawie art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1579), przetargu nieograniczonego (numer sprawy 5/2017), o następującej treści:

**§ 1. PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem umowy jest zakup i dostawa (wraz z montażem, uruchomieniem i przeszkoleniem personelu) sprzętu laboratoryjnego (Pakiet nr ........ zamówienia), tj.:

1 sztuki aparatu ultrasonograficznego klasy Premium /

1 sztuki aparatu do kriochirurgii /

1 sztuki aparatu do elektrokoagulacji /

1 sztuki detektora tętna płodu /

1 sztuki aparatu EKG /

1 sztuki spirometru /

1 sztuki kolposkopu /

2 sztuk aparatu 2-kanałowego do elektroterapii /

1 sztuki aparatu do magnetoterapii /

1 sztuki lasera biostymulacyjnego ze skanerem wraz z sondą punktową

na potrzeby nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim zlokalizowanej przy ulicy Pabianickiej, 95-070 Aleksandrów Łódzki, zgodnie z warunkami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz oferowanymi parametrami przedstawionymi w ofercie Wykonawcy, stanowiącymi odpowiednio załącznik nr 1 i 2 do niniejszej umowy.

1. Wykonawca oświadcza, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2017), kompletny, zgodny ze złożoną ofertą, nie ma żadnego uszczerbku, jest wolny od wad fizycznych   
   i prawnych, posiada odpowiednie certyfikaty i spełnia obowiązujące normy dla tego rodzaju urządzeń wraz z dokumentami potwierdzającymi dopuszczalność do użytkowania w placówkach służby zdrowia.
2. Wykonawca oświadcza, że sprzęt będący przedmiotem umowy jest dopuszczony do obrotu   
   i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych w brzmieniu nadanym ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211).

**§ 2. OBOWIĄZKI WYKONAWCY**

* + - 1. Wykonawca dostarczy Zamawiającemu przedmiot umowy w nieprzekraczalnym terminie **do 5 tygodni od dnia podpisania umowy z zastrzeżeniem, że dostawa przedmiotu umowy zostanie zrealizowana nie wcześniej niż dnia 28 grudnia 2017 r.**
      2. Pod pojęciem dostawy należy rozumieć dostarczenie fabrycznie nowego nieużywanego, nierekondycjonowanego, niedemonstracyjnego, oznakowanego znakiem CE, urządzenia będącego przedmiotem umowy do nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim zlokalizowanej przy ulicy Pabianickiej, 95-070 Aleksandrów Łódzki.
      3. Przedmiot umowy powinien być dostarczony w nienaruszonych, oryginalnych opakowaniach producenta, które powinny posiadać zabezpieczenia zastosowane przez producenta oraz znaki identyfikujące urządzenie, a w szczególności znak towarowy urządzenia lub markę producenta.
      4. Przedmiot umowy musi zostać dostarczony, wniesiony i zamontowany w miejscu i w pomieszczeniu dokładnie wskazanym przez Zamawiającego, przy pomocy sprzętu i personelu należącego do Wykonawcy.
      5. Wykonawca wraz z urządzeniem, dostarczy Zamawiającemu w szczególności instrukcje obsługi   
         w języku polskim, karty gwarancyjne uwzględniające postanowienia § 6 umowy, dokumenty poświadczające, że wyroby medyczne (oferowany sprzęt medyczny) posiadają deklarację zgodności producenta/certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z dyrektywą 93/42/EWG oraz pozostałe dokumenty wskazane w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia/Formularzu ofertowym.
      6. Wykonawca ponosi wszystkie koszty związane z dostarczeniem sprzętu do Zamawiającego oraz odpowiedzialność (ryzyko utraty, uszkodzenia itd.) za sprzęt do czasu jego formalnego przyjęcia przez Zamawiającego.
      7. Dostawa odbędzie się w dzień roboczy w godzinach 8:00 – 15:00. Wykonawca zawiadomi Zamawiającego o terminie realizacji dostawy, z co najmniej 2 - dniowym wyprzedzeniem.
      8. Dostawa przedmiotu zamówienia zrealizowana będzie transportem Wykonawcy na jego koszt   
         i ryzyko.

**§ 3. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

Zamawiający zobowiązuje się do:

1. dokonania odbioru przedmiotu umowy w formie określonej w § 4 umowy,
2. użytkowania sprzętu medycznego zgodnie z instrukcją obsługi,
3. zapłaty wynagrodzenia Wykonawcy za dostarczony przedmiot umowy zgodnie z § 8 umowy.

**§ 4. ODBIÓR PRZEDMIOTU UMOWY**

1. Odbiór przedmiotu umowy nastąpi przez upoważnionego pracownika Zamawiającego i zostanie potwierdzony protokołem zdawczo-odbiorczym, spisanym w dniu dostawy, podpisanym przez upoważnionych pracowników Wykonawcy i Zamawiającego.
2. Zamawiający podczas odbioru sprawdzi czy dostarczony przedmiot umowy jest kompletny   
   i zgodny z umową. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego, że dostarczony przedmiot umowy jest niezgodny z umową (ofertą), uszkodzony, zniszczony lub posiada wady, skutkować będzie odmową przyjęcia dostawy.
3. Jeżeli przy odbiorze przedmiotu umowy Zamawiający stwierdzi wady, usterki bądź braki, Wykonawca zobowiązany jest do nieodpłatnego ich usunięcia w terminie uzgodnionym protokolarnie przez obie Strony, nie dłuższym jednak niż 5 dni roboczych.
4. Podpisany protokół zdawczo – odbiorczy przez obie Strony jest potwierdzeniem dostarczenia przedmiotu umowy do Zamawiającego zgodnie z umową i jest podstawą do wystawienia faktury za wykonanie przedmiotu umowy.

**§ 5. SZKOLENIE PRACOWNIKÓW**

1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia ....... godzinnego szkolenia pracowników Zamawiającego w pełnym zakresie przedmiotowym objętym instrukcją użytkowania sprzętu oraz udzielenia niezbędnych informacji o możliwościach i zagrożeniach wynikających z użytkowania urządzenia w terminie do 5 dni od daty podpisania protokołu odbioru końcowego lub w innym uzgodnionym z Zamawiającym terminie.
2. Wszystkie szkolenia muszą odbywać się w siedzibie Zamawiającego (w języku polskim lub   
   z zapewnieniem tłumaczenia na język polski) od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-15.00.
3. Wykonawca zobowiązany jest wystawić imienne zaświadczenie o przeprowadzeniu szkolenia   
   z zakresu użytkowania przedmiotu umowy dla każdej przeszkolonej osoby.

**§ 6. WARUNKI GWARANCJI**

* + - 1. Wykonawca udziela na dostarczony sprzęt **…… miesięcznej gwarancji** *(zgodnie ze złożoną ofertą)* od daty podpisania protokolarnego odbioru przedmiotu zamówienia.
      2. Wykonawca gwarantuje najwyższą jakość dostarczonego przedmiotu zamówienia. Odpowiedzialność   
         z tytułu gwarancji obejmuje zarówno wady powstałe z przyczyn tkwiących w przedmiocie zamówienia   
         w chwili dokonania odbioru przez Zamawiającego jak i wszelkie inne wady fizyczne, powstałe z przyczyn, za które Wykonawca ponosi odpowiedzialność, pod warunkiem, że wady te ujawnią się w trakcie okresu obowiązywania gwarancji.
      3. Wykonawca zobowiązuje się utrzymać obsługę serwisową w dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku   
         w godzinach od 08:00 do 15:00.
      4. Wykonawca zapewni bezpłatny serwis, przeglądy i konserwację sprzętu przez cały okres gwarancji w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie   
         z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do zapewnienia pełnej sprawności urządzenia. O terminie przeprowadzania przeglądów technicznych, konserwacji i napraw Wykonawca powiadomi pisemnie Zamawiającego.
      5. Wykonawca przez okres gwarancji będzie bezpłatnie usuwał wszystkie awarie sprzętu wraz   
         z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do usunięcia awarii.
      6. Do wykonywania naprawy Wykonawca użyje części nowych, nieużywanych o parametrach techniczno-użytkowych dostosowanych do danego typu sprzętu.
      7. W przypadku **trzykrotnej awarii** tego samego elementu/ podzespołu/ modułu w urządzeniu Wykonawca zobowiązany jest do wymiany wadliwego elementu/ podzespołu/ modułu na nowy. Wykonawca wymieni całe urządzenie na nowe w przypadku braku możliwości wymiany elementu/ podzespołu/ modułu.
      8. Okres naprawy gwarancyjnej przedłuża odpowiednio czas udzielonej gwarancji.
      9. Zamawiający wymaga gwarancji na wymienione części lub podzespoły. Okres gwarancji na wymienione elementy nie może być krótszy niż okres gwarancji na nowe urządzenie licząc od momentu wymiany danej części /podzespołu.
      10. Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii (faxem, e-mailem lub telefonicznie) nie może być dłuższy niż 24 h w dni robocze (rozumiane jako dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Reakcją serwisu na zgłoszenie awarii jest przyjazd przedstawiciela Wykonawcy do siedziby Zamawiającego, w której jest zainstalowany sprzęt w celu wykonania naprawy sprzętu lub jego części.
      11. Naprawa gwarancyjna powinna być wykonana w terminie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii bez wymiany części i do 7 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii z wymianą części, z zastrzeżeniem ust. 3.
      12. Wykonawca zobowiązany jest do przekazania, na czas naprawy trwającej dłużej niż 7 dni, sprzętu zastępczego o parametrach technicznych nie gorszych niż naprawiany sprzęt.
      13. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się odebrać uszkodzony sprzęt z siedziby Zamawiającego   
          i przetransportować go do/z serwisu na własny koszt i ryzyko.
      14. W okresie gwarancyjnym Wykonawca zobowiązany jest to bezpłatnego przeprowadzenia przeglądów serwisowych sprzętu zgodnie ze wskazaniami producenta oraz przestrzegania terminowości ich wykonywania (o ile, sprzęt tego wymaga),
      15. Wykonawca jest zobowiązany do przeprowadzenia przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu okresu gwarancji urządzenia.
      16. Wykonawca po wykonaniu każdego przeglądu wystawia certyfikat, jeżeli stan techniczny sprzętu jest prawidłowy. Nieprawidłowości stwierdzone podczas przeglądu Wykonawca usuwa zgodnie   
          z warunkami umowy, po czym przeprowadza przegląd techniczny zakończony wystawieniem certyfikatu potwierdzającego pełną sprawność techniczną sprzętu.
      17. Zamawiający może dochodzić roszczeń z tytułu gwarancji także po upływie terminu gwarancji, jeżeli reklamował wadę przed upływem tego terminu.
      18. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami umowy a kartą gwarancyjną, pierwszeństwo mają zapisy zawarte w niniejszej umowie.
      19. Niezależnie od uprawnień wynikających z udzielonej gwarancji, przez okres gwarancji, Zamawiającemu przysługują uprawnienia wynikające z rękojmi zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego, z zastrzeżeniem że bieg terminu rękojmi rozpoczyna się w dacie podpisania protokołu odbioru.
      20. Wykonawca nie odpowiada w ramach gwarancji za uszkodzenia przedmiotu umowy powstałe   
          z winy Zamawiającego.
      21. Serwis gwarancyjny pełnić będzie: ………………, numer faks, e-mail: …………………………… .

W razie zmiany numeru faksu lub adresu e-mail Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego wskazania nowego (aktualnego) numeru faks/adresu e-mail. Korespondencja kierowana na ostatni aktualny numer faks/adres e-mail będzie uznana za doręczoną skutecznie.

* + - 1. Jeżeli z powodu wady prawnej przedmiotu umowy Zamawiający będzie zmuszony wydać przedmiot umowy osobie trzeciej, Wykonawca jest obowiązany do bezzwłocznego zwrotu otrzymanej kwoty bez względu na inne postanowienia umowy.
      2. Jeżeli Wykonawca opóźni się z wykonaniem naprawy lub wymiany o co najmniej 14 dni po upływie terminu, o którym mowa w ust. 11, Zamawiający jest uprawniony do wykonania naprawy lub zakupu nowego urządzenia (lub jego elementu) na koszt i ryzyko Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się zwrócić Zamawiającemu koszty i wydatki poniesione na naprawę lub wymianę   
         w terminie 7 dni od dnia przedstawienia odpowiedniego żądania.

**§ 7. WYNAGRODZENIE**

1. Strony ustalają, że za realizację przedmiotu umowy Zamawiający zapłaci Wykonawcy wynagrodzenie ustalone na podstawie oferty cenowej złożonej przez Wykonawcę (załącznik nr 2 do umowy ).
2. Wartość przedmiotu umowy, według przedstawionej oferty wynosi:

…………………………. zł brutto, (słownie:………………………..………........................... złotych brutto), w tym podatek …. % VAT

1. Wykonawca oświadcza, że wynagrodzenie obejmuje wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia na warunkach niniejszej umowy, w tym koszty transportu, ubezpieczenia, serwisu gwarancyjnego w okresie gwarancyjnym, instrukcji w języku polskim oraz jest ceną niezmienną do końca realizacji zamówienia. Zamawiający nie będzie ponosić żadnych dodatkowych kosztów (np. zwrotu niewłaściwego towaru, nieprzewidzianych kosztów związanych z montażem itp.)
2. Wierzytelność przysługująca z tytułu wynagrodzenia Wykonawcy nie może być przedmiotem cesji na jakiekolwiek osoby. Ewentualny przelew wierzytelności jest możliwy za pisemną zgodą Zamawiającego.

**§ 8. PŁATNOŚCI**

* + - 1. Strony ustalają, że zapłata wynagrodzenia za przedmiot umowy nastąpi na podstawie faktury wystawionej przez Wykonawcę po uprzednim dokonaniu odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego, tj. po podpisaniu protokołu zdawczo-odbiorczego.
      2. Płatność za w/w fakturę dokonana zostanie przelewem, na wskazany przez Wykonawcę rachunek bankowy w ciągu 30 dni kalendarzowych, od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.
      3. Za datę płatności faktury uważa się datę dyspozycji przelewu środków finansowych na konto Wykonawcy wskazane w fakturze.

**§ 9. PODWYKONAWCY**

*(niniejszy paragraf znajduje zastosowanie tylko i wyłącznie przy udziale podwykonawców   
w realizacji przedmiotu umowy)*

1. Wykonawca powierzy do wykonania podwykonawcy następujący zakres rzeczowy przedmiotu zamówienia: .........................................................................................................................................................
2. Wykonawca zobowiązany jest do zawarcia z podwykonawcami umów w formie pisemnej.
3. Kopię zawartej umowy o podwykonawstwo, poświadczoną za zgodność z oryginałem, Wykonawca przedstawi Zamawiającemu w terminie 3 dni od jej zawarcia.
4. Termin zapłaty wynagrodzenia podwykonawcy w umowie o podwykonawstwo nie może być dłuższy niż 30 dni od dnia doręczenia Wykonawcy faktury, potwierdzającej wykonanie zleconej podwykonawcy części zamówienia.
5. Wykonawca ponosi wobec Zamawiającego i osób trzecich pełną odpowiedzialność za prace, które wykonuje przy pomocy podwykonawców.

**§ 10. KARY UMOWNE**

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań umownych w formie kar umownych w następujących przypadkach i wysokościach:

1) Wykonawca płaci Zamawiającemu kary umowne:

1. w przypadku niezgodnej z wymaganiami Zamawiającego jakości dostarczanego sprzętu lub nieterminowej dostawy, Zamawiający ma prawo do naliczania kary umownej   
   w wysokości 0,2% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 7 ust. 2 umowy za każdy dzień zwłoki. Wysokość kary nie może przekroczyć 10% wartości brutto przedmiotu umowy;
2. w przypadku zwłoki w wykonywaniu napraw gwarancyjnych, przeglądów technicznych   
   i konserwacji w okresie gwarancyjnym, a także przeszkolenia pracowników, o którym mowa w § 5 niniejszej umowy, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,2% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 7 ust. 2 umowy za każdy dzień zwłoki;
3. w przypadku odstąpienia Wykonawcy od umowy z przyczyn niezależnych od Zamawiającego, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 7 ust. 2 umowy.

2) Zamawiający zapłaci Wykonawcy karę umowną z tytułu odstąpienia od umowy z przyczyn zależnych od Zamawiającego w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 7 ust. 2 umowy, chyba że odstąpienie od umowy nastąpiło na podstawie art. 145 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

2. Jeżeli kara umowna nie pokryje poniesionej szkody, każda ze stron może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach określonych przez Kodeks Cywilny.

**§ 11. ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży   
   w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach, zgodnie z art. 145 ust. 1 Ustawy Prawo zamówień publicznych. W takim przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.
2. Zamawiający może odstąpić od umowy jeżeli:
3. w stosunku do Wykonawcy został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości lub Wykonawca został postawiony w stan likwidacji,
4. termin wykonania dostawy został z winy Wykonawcy przekroczony o więcej niż 7 dni.
5. Zamawiającemu przysługuje prawo do jednostronnego odstąpienia od umowy w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od zawarcia umowy.
6. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej z podaniem uzasadnienia dokonanego poprzez złożenie oświadczenia za pośrednictwem faksu bądź wiadomości e-mail na adres wskazany w ofercie.
7. Odstąpienie przez Zamawiającego od umowy z powodu przyczyn wymienionych w ust. 1-2 nie będzie traktowane jako odstąpienie z przyczyn zależnych od Zamawiającego
8. W związku z odstąpieniem od umowy przez Zamawiającego trybie wskazanym w ust. 2, Wykonawcy nie będzie przysługiwać żadne roszczenie.

**§ 12. ZMIANA UMOWY**

1. Na podstawie art. 144 ust. 1 Prawa zamówień publicznych Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień zawartej umowy w przypadku wycofania lub wstrzymania dystrybucji przedmiotu umowy, który Wykonawca zaoferował w ofercie i niemożności dostarczenia go Zamawiającemu, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić model będący następcą urządzenie pierwotnie zaoferowanego o identycznych lub lepszych parametrach. Przed wykonaniem dostawy Wykonawca zobowiązany jest złożyć   
   u Zamawiającego oświadczenie potwierdzające niemożność dostarczenia oferowanego modelu oraz wskazujące model i typ urządzenia proponowanego wraz z zapewnieniem o spełnieniu minimalnych parametrów wymaganych. Brak sprzeciwu Zamawiającego w okresie 2 dni od otrzymania oświadczenia uznaje się jako zgodę na zmianę urządzenia.
2. Przyczyny dokonania zmian postanowień umowy oraz uzasadnienie takich zmian należy opisać   
   w stosownych dokumentach (notatka służbowa, pismo Wykonawcy, itp.).
3. Zmiana do umowy może nastąpić wyłącznie za obopólną zgodą Zamawiającego   
   i Wykonawcy.
4. W rezultacie dokonania czynności opisanych powyżej może dojść do podpisania przez strony aneksu do umowy. Projekt aneksu przygotuje Zamawiający.

**§ 13. POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE**

1. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia ze strony Wykonawcy jest: ……………………   
   tel. ………………….W przypadku gdy wskazana osoba nie będzie mogła pełnić przypisanych jej funkcji Wykonawca wyznaczy inną osobę i powiadomi o tym Zamawiającego.
2. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia ze strony Zamawiającego jest:

............................................................................. tel. ................................, a w przypadku jego nieobecności inny upoważniony pracownik.

**§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wszelkie spory, których stronom nie udało się rozstrzygnąć polubownie będą poddane rozstrzygnięciu przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
2. W sprawach nieuregulowanych w umowie stosuje się obowiązujące przepisy w szczególności Prawa zamówień publicznych oraz Kodeksu Cywilnego.
3. Strony ustalają, że wszystkie zmiany postanowień umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej, w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w trzech egzemplarzach, z których jeden egzemplarz otrzymuje Wykonawca, a dwa egzemplarze Zamawiający.

Załączniki do umowy:

1. Specyfikacja istotnych warunków zamówienia,
2. Oferta Wykonawcy.

Zamawiający Wykonawca

…………………. …………………

Numer sprawy **5/2017** **Załącznik Nr 5 do SIWZ**

**UMOWA Nr ……………… - wzór dla pakietu nr 5,6,8,11,12,15,16,18,19**

zawarta w dniu ......................................, pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim, ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 95-070 Aleksandrów Łódzki

posiadającym NIP : 732-18-60-164

posiadającym KRS : 0000016940

reprezentowanym przez:

1. ....................................................................................................................................................

zwanym w treści umowy „Zamawiającym”

a

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

posiadającym NIP : ...........................................

posiadającym KRS : .........................................

reprezentowanym przez :

1. ....................................................................................................................................................

2. ....................................................................................................................................................

zwanym w treści umowy „Wykonawcą”.

Strony zawierają umowę w wyniku przeprowadzonego na podstawie art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1579), przetargu nieograniczonego (numer sprawy 5/2017), o następującej treści:

**§ 1. PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem umowy jest zakup i dostawa sprzętu laboratoryjnego (Pakiet nr ... zamówienia), tj.

1 sztuki fotela ginekologicznego /

3 sztuk wagi lekarskiej ze wzrostomierzem oraz 2 sztuk wagi niemowlęcej ze wzrostmiarką /

1 sztuki lampy naczołowej /

2 sztuk chłodziarki farmaceutycznej /

2 sztuk lampy bezcienowej /

1 sztuki lampy do naświetlań statywowej oraz 1 sztuki lampy do naświetlań stołowej /

sprzętu do hydroterapii: 1 sztuki wanny do kąpieli kończyn górnych oraz 1 sztuki wanny do kąpieli kończyn dolnych /

sprzętu do kinezyterapii:

* 2 zestawów Kabiny Ugul z osprzętem,
* 2 sztuk drabinki przyściennej,
* 1 sztuki toru do nauki chodzenia z przeszkodami,
* 2 sztuk materaca korekcyjnego,
* zestawu wałków: wałków 15x60 – 3 sztuki; półwałków 60x19x9 – 3 sztuki,
* 1 sztuki tablicy do ćwiczeń manualnych z oporem,
* 1 sztuki tablicy do ćwiczeń bez oporu,
* rotora kończyn dolnych – 1 sztuka, rotora kończyn górnych – 1 sztuka,
* wycinka kuli z sandałami – 1 sztuka, wycinka walca z sandałami – 1 sztuka,
* stołu pionizacyjnego – 1 sztuka,
* stołu do masażu – 1 sztuka,
* schodka rehabilitacyjnego – 2 sztuki,
* roweru treningowego – 1 sztuka,
* zestawu taśm rehabilitacyjnych: żółta(opór słaby) – 1 sztuka, czerwona(opór średni) – 1 sztuka, zielona(opór mocny) – 1 sztuka, niebieska(opór extra mocny)- 1 sztuka, złota(opór maksymalnie mocny) – 1 sztuka,
* stołu rehabilitacyjny do ugula – 1 sztuka /

balkonika aluminiowego – 1 sztuka,

wózka inwalidzkiego – 2 sztuki,

leżanki metalowej – 5 sztuk,

leżanki drewnianej – 1 sztuka

na potrzeby przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim zlokalizowanej przy ulicy Pabianickiej, 95-070 Aleksandrów Łódzki, zgodnie z warunkami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz oferowanymi parametrami przedstawionymi w ofercie Wykonawcy, stanowiącymi odpowiednio załącznik nr 1 i 2 do niniejszej umowy.

1. Wykonawca oświadcza, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2017), kompletny, zgodny ze złożoną ofertą, nie ma żadnego uszczerbku, jest wolny od wad fizycznych   
   i prawnych, posiada odpowiednie certyfikaty i spełnia obowiązujące normy dla tego rodzaju urządzeń wraz z dokumentami potwierdzającymi dopuszczalność do użytkowania w placówkach służby zdrowia.
2. Wykonawca oświadcza, że sprzęt będący przedmiotem umowy jest dopuszczony do obrotu   
   i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych w brzmieniu nadanym ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211).

**§ 2. OBOWIĄZKI WYKONAWCY**

* + - 1. Wykonawca dostarczy Zamawiającemu przedmiot umowy w nieprzekraczalnym terminie **do 5 tygodni od dnia podpisania umowy z zastrzeżeniem, że dostawa przedmiotu umowy zostanie zrealizowana nie wcześniej niż dnia 28 grudnia 2017 r.**
      2. Pod pojęciem dostawy należy rozumieć dostarczenie fabrycznie nowego nieużywanego, nierekondycjonowanego, niedemonstracyjnego, oznakowanego znakiem CE, urządzenia będącego przedmiotem umowy do nowej przychodni SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim zlokalizowanej przy ulicy Pabianickiej, 95-070 Aleksandrów Łódzki.
      3. Przedmiot umowy powinien być dostarczony w nienaruszonych, oryginalnych opakowaniach producenta, które powinny posiadać zabezpieczenia zastosowane przez producenta oraz znaki identyfikujące urządzenie, a w szczególności znak towarowy urządzenia lub markę producenta.
      4. Przedmiot umowy musi zostać dostarczony, wniesiony i zamontowany w miejscu   
         i w pomieszczeniu dokładnie wskazanym przez Zamawiającego, przy pomocy sprzętu i personelu należącego do Wykonawcy.
      5. Wykonawca wraz z urządzeniem, dostarczy Zamawiającemu w szczególności instrukcje obsługi   
         w języku polskim, karty gwarancyjne uwzględniające postanowienia § 6 umowy, dokumenty poświadczające, że wyroby medyczne (oferowany sprzęt medyczny) posiadają deklarację zgodności producenta/certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z dyrektywą 93/42/EWG oraz pozostałe dokumenty wskazane w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia/Formularzu ofertowym.
      6. Wykonawca ponosi wszystkie koszty związane z dostarczeniem sprzętu do Zamawiającego oraz odpowiedzialność (ryzyko utraty, uszkodzenia itd.) za sprzęt do czasu jego formalnego przyjęcia przez Zamawiającego.
      7. Dostawa odbędzie się w dzień roboczy w godzinach 8:00 – 15:00. Wykonawca zawiadomi Zamawiającego o terminie realizacji dostawy, z co najmniej 2 - dniowym wyprzedzeniem.
      8. Dostawa przedmiotu zamówienia zrealizowana będzie transportem Wykonawcy na jego koszt   
         i ryzyko.

**§ 3. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

Zamawiający zobowiązuje się do:

1. dokonania odbioru przedmiotu umowy w formie określonej w § 4 umowy,
2. użytkowania sprzętu medycznego zgodnie z instrukcją obsługi,
3. zapłaty wynagrodzenia Wykonawcy za dostarczony przedmiot umowy zgodnie z § 7 umowy.

**§ 4. ODBIÓR PRZEDMIOTU UMOWY**

1. Odbiór przedmiotu umowy nastąpi przez upoważnionego pracownika Zamawiającego i zostanie potwierdzony protokołem zdawczo-odbiorczym, spisanym w dniu dostawy, podpisanym przez upoważnionych pracowników Wykonawcy i Zamawiającego.
2. Zamawiający podczas odbioru sprawdzi czy dostarczony przedmiot umowy jest kompletny   
   i zgodny z umową. W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego, że dostarczony przedmiot umowy jest niezgodny z umową (ofertą), uszkodzony, zniszczony lub posiada wady, skutkować będzie odmową przyjęcia dostawy.
3. Jeżeli przy odbiorze przedmiotu umowy Zamawiający stwierdzi wady, usterki bądź braki, Wykonawca zobowiązany jest do nieodpłatnego ich usunięcia w terminie uzgodnionym protokolarnie przez obie Strony, nie dłuższym jednak niż 5 dni roboczych.
4. Podpisany protokół zdawczo – odbiorczy przez obie Strony jest potwierdzeniem dostarczenia przedmiotu umowy do Zamawiającego zgodnie z umową i jest podstawą do wystawienia faktury za wykonanie przedmiotu umowy.

**§ 5. WARUNKI GWARANCJI**

1. Wykonawca udziela na dostarczony sprzęt **…… miesięcznej gwarancji** *(zgodnie ze złożoną ofertą)* od daty podpisania protokolarnego odbioru przedmiotu zamówienia.
2. Wykonawca gwarantuje najwyższą jakość dostarczonego przedmiotu zamówienia. Odpowiedzialność z tytułu gwarancji obejmuje zarówno wady powstałe z przyczyn tkwiących   
   w przedmiocie zamówienia w chwili dokonania odbioru przez Zamawiającego jak i wszelkie inne wady fizyczne, powstałe z przyczyn, za które Wykonawca ponosi odpowiedzialność, pod warunkiem, że wady te ujawnią się w trakcie okresu obowiązywania gwarancji.
3. Wykonawca zobowiązuje się utrzymać obsługę serwisową w dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku   
   w godzinach od 08:00 do 15:00.
4. Wykonawca zapewni bezpłatny serwis, przeglądy i konserwację sprzętu przez cały okres gwarancji w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie   
   z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do zapewnienia pełnej sprawności urządzenia. O terminie przeprowadzania przeglądów technicznych, konserwacji i napraw Wykonawca powiadomi pisemnie Zamawiającego.
5. Wykonawca przez okres gwarancji będzie bezpłatnie usuwał wszystkie awarie sprzętu wraz   
   z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do usunięcia awarii.
6. Do wykonywania naprawy Wykonawca użyje części nowych, nieużywanych o parametrach techniczno-użytkowych dostosowanych do danego typu sprzętu.
7. W przypadku **trzykrotnej awarii** tego samego elementu/ podzespołu/ modułu w urządzeniu Wykonawca zobowiązany jest do wymiany wadliwego elementu/ podzespołu/ modułu na nowy. Wykonawca wymieni całe urządzenie na nowe w przypadku braku możliwości wymiany elementu/ podzespołu/ modułu.
8. Okres naprawy gwarancyjnej przedłuża odpowiednio czas udzielonej gwarancji.
9. Zamawiający wymaga gwarancji na wymienione części lub podzespoły. Okres gwarancji na wymienione elementy nie może być krótszy niż okres gwarancji na nowe urządzenie licząc od momentu wymiany danej części /podzespołu.
10. Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii (faxem, e-mailem lub telefonicznie) nie może być dłuższy niż 24 h w dni robocze (rozumiane jako dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Reakcją serwisu na zgłoszenie awarii jest przyjazd przedstawiciela Wykonawcy do siedziby Zamawiającego, w której jest zainstalowany sprzęt w celu wykonania naprawy sprzętu lub jego części.
11. Naprawa gwarancyjna powinna być wykonana w terminie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii bez wymiany części i do 7 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii z wymianą części, z zastrzeżeniem ust. 3.
12. Wykonawca zobowiązany jest do przekazania, na czas naprawy trwającej dłużej niż 7 dni, sprzętu zastępczego o parametrach technicznych nie gorszych niż naprawiany sprzęt.
13. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się odebrać uszkodzony sprzęt z siedziby Zamawiającego   
    i przetransportować go do/z serwisu na własny koszt i ryzyko.
14. W okresie gwarancyjnym Wykonawca zobowiązany jest to bezpłatnego przeprowadzenia przeglądów serwisowych sprzętu zgodnie ze wskazaniami producenta oraz przestrzegania terminowości ich wykonywania (o ile, sprzęt tego wymaga),
15. Wykonawca jest zobowiązany do przeprowadzenia przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu okresu gwarancji urządzenia.
16. Wykonawca po wykonaniu każdego przeglądu wystawia certyfikat, jeżeli stan techniczny sprzętu jest prawidłowy. Nieprawidłowości stwierdzone podczas przeglądu Wykonawca usuwa zgodnie   
    z warunkami umowy, po czym przeprowadza przegląd techniczny zakończony wystawieniem certyfikatu potwierdzającego pełną sprawność techniczną sprzętu.
17. Zamawiający może dochodzić roszczeń z tytułu gwarancji także po upływie terminu gwarancji, jeżeli reklamował wadę przed upływem tego terminu.
18. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami umowy a kartą gwarancyjną, pierwszeństwo mają zapisy zawarte w niniejszej umowie.
19. Niezależnie od uprawnień wynikających z udzielonej gwarancji, przez okres gwarancji, Zamawiającemu przysługują uprawnienia wynikające z rękojmi zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego, z zastrzeżeniem że bieg terminu rękojmi rozpoczyna się w dacie podpisania protokołu odbioru.
20. Wykonawca nie odpowiada w ramach gwarancji za uszkodzenia przedmiotu umowy powstałe   
    z winy Zamawiającego.
21. Serwis gwarancyjny pełnić będzie: ………………, numer faks, e-mail: …………………………… .

W razie zmiany numeru faksu lub adresu e-mail Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego wskazania nowego (aktualnego) numeru faks/adresu e-mail. Korespondencja kierowana na ostatni aktualny numer faks/adres e-mail będzie uznana za doręczoną skutecznie.

1. Jeżeli z powodu wady prawnej przedmiotu umowy Zamawiający będzie zmuszony wydać przedmiot umowy osobie trzeciej, Wykonawca jest obowiązany do bezzwłocznego zwrotu otrzymanej kwoty bez względu na inne postanowienia umowy.
2. Jeżeli Wykonawca opóźni się z wykonaniem naprawy lub wymiany o co najmniej 14 dni po upływie terminu, o którym mowa w ust. 11, Zamawiający jest uprawniony do wykonania naprawy lub zakupu nowego urządzenia (lub jego elementu) na koszt i ryzyko Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się zwrócić Zamawiającemu koszty i wydatki poniesione na naprawę lub wymianę   
   w terminie 7 dni od dnia przedstawienia odpowiedniego żądania.

**§ 6. WYNAGRODZENIE**

1. Strony ustalają, że za realizację przedmiotu umowy Zamawiający zapłaci Wykonawcy wynagrodzenie ustalone na podstawie oferty cenowej złożonej przez Wykonawcę (załącznik nr 2 do umowy ).
2. Wartość przedmiotu umowy, według przedstawionej oferty wynosi:

…………………………. zł brutto, (słownie:………………………..………........................... złotych brutto), w tym podatek …. % VAT

1. Wykonawca oświadcza, że wynagrodzenie obejmuje wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia na warunkach niniejszej umowy, w tym koszty transportu, ubezpieczenia, serwisu gwarancyjnego   
   w okresie gwarancyjnym, instrukcji w języku polskim oraz jest ceną niezmienną do końca realizacji zamówienia. Zamawiający nie będzie ponosić żadnych dodatkowych kosztów (np. zwrotu niewłaściwego towaru, nieprzewidzianych kosztów związanych z montażem itp.)
2. Wierzytelność przysługująca z tytułu wynagrodzenia Wykonawcy nie może być przedmiotem cesji na jakiekolwiek osoby. Ewentualny przelew wierzytelności jest możliwy za pisemną zgodą Zamawiającego.

**§ 7. PŁATNOŚCI**

* + - 1. Strony ustalają, że zapłata wynagrodzenia za przedmiot umowy nastąpi na podstawie faktury wystawionej przez Wykonawcę po uprzednim dokonaniu odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego, tj. po podpisaniu protokołu zdawczo-odbiorczego.
      2. Płatność za w/w fakturę dokonana zostanie przelewem, na wskazany przez Wykonawcę rachunek bankowy w ciągu 30 dni kalendarzowych, od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.
      3. Za datę płatności faktury uważa się datę dyspozycji przelewu środków finansowych na konto Wykonawcy wskazane w fakturze.

**§ 8. PODWYKONAWCY**

*(niniejszy paragraf znajduje zastosowanie tylko i wyłącznie przy udziale podwykonawców   
w realizacji przedmiotu umowy)*

1. Wykonawca powierzy do wykonania podwykonawcy następujący zakres rzeczowy przedmiotu zamówienia: ..............................................................................................................................................
2. Wykonawca zobowiązany jest do zawarcia z podwykonawcami umów w formie pisemnej.
3. Kopię zawartej umowy o podwykonawstwo, poświadczoną za zgodność z oryginałem, Wykonawca przedstawi Zamawiającemu w terminie 3 dni od jej zawarcia.
4. Termin zapłaty wynagrodzenia podwykonawcy w umowie o podwykonawstwo nie może być dłuższy niż 30 dni od dnia doręczenia Wykonawcy faktury, potwierdzającej wykonanie zleconej podwykonawcy części zamówienia.
5. Wykonawca ponosi wobec Zamawiającego i osób trzecich pełną odpowiedzialność za prace, które wykonuje przy pomocy podwykonawców.

**§ 9. KARY UMOWNE**

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań umownych w formie kar umownych w następujących przypadkach i wysokościach:

1) Wykonawca płaci Zamawiającemu kary umowne:

1. w przypadku niezgodnej z wymaganiami Zamawiającego jakości dostarczanego sprzętu lub nieterminowej dostawy, Zamawiający ma prawo do naliczania kary umownej   
   w wysokości 0,2% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 6 ust. 2 umowy za każdy dzień zwłoki. Wysokość kary nie może przekroczyć 10% wartości brutto przedmiotu umowy;
2. w przypadku zwłoki w wykonywaniu napraw gwarancyjnych, przeglądów technicznych   
   i konserwacji w okresie gwarancyjnym, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną   
   w wysokości 0,2% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 6 ust. 2 umowy za każdy dzień zwłoki;
3. w przypadku odstąpienia Wykonawcy od umowy z przyczyn niezależnych od Zamawiającego, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 6 ust. 2 umowy.

2) Zamawiający zapłaci Wykonawcy karę umowną z tytułu odstąpienia od umowy z przyczyn zależnych od Zamawiającego w wysokości 10% wartości brutto przedmiotu umowy, o której mowa w § 6 ust. 2 umowy, chyba że odstąpienie od umowy nastąpiło na podstawie art. 145 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

2. Jeżeli kara umowna nie pokryje poniesionej szkody, każda ze stron może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach określonych przez Kodeks Cywilny.

**§ 10. ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży   
   w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach, zgodnie z art. 145 ust. 1 Ustawy Prawo zamówień publicznych. W takim przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.
2. Zamawiający może odstąpić od umowy jeżeli:
3. w stosunku do Wykonawcy został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości lub Wykonawca został postawiony w stan likwidacji,
4. termin wykonania dostawy został z winy Wykonawcy przekroczony o więcej niż 7 dni.
5. Zamawiającemu przysługuje prawo do jednostronnego odstąpienia od umowy   
   w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od zawarcia umowy.
6. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej z podaniem uzasadnienia dokonanego poprzez złożenie oświadczenia za pośrednictwem faksu bądź wiadomości e-mail na adres wskazany w ofercie.
7. Odstąpienie przez Zamawiającego od umowy z powodu przyczyn wymienionych w ust. 1-2 nie będzie traktowane jako odstąpienie z przyczyn zależnych od Zamawiającego
8. W związku z odstąpieniem od umowy przez Zamawiającego trybie wskazanym w ust. 2, Wykonawcy nie będzie przysługiwać żadne roszczenie.

**§ 11. ZMIANA UMOWY**

1. Na podstawie art. 144 ust. 1 Prawa zamówień publicznych Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień zawartej umowy w przypadku wycofania lub wstrzymania dystrybucji przedmiotu umowy, który Wykonawca zaoferował w ofercie i niemożności dostarczenia go Zamawiającemu, Wykonawca zobowiązany jest zapewnić model będący następcą urządzenie pierwotnie zaoferowanego o identycznych lub lepszych parametrach. Przed wykonaniem dostawy Wykonawca zobowiązany jest złożyć u Zamawiającego oświadczenie potwierdzające niemożność dostarczenia oferowanego modelu oraz wskazujące model i typ urządzenia proponowanego wraz z zapewnieniem o spełnieniu minimalnych parametrów wymaganych. Brak sprzeciwu Zamawiającego w okresie 2 dni od otrzymania oświadczenia uznaje się jako zgodę na zmianę urządzenia.
2. Przyczyny dokonania zmian postanowień umowy oraz uzasadnienie takich zmian należy opisać   
   w stosownych dokumentach (notatka służbowa, pismo Wykonawcy, itp.).
3. Zmiana do umowy może nastąpić wyłącznie za obopólną zgodą Zamawiającego   
   i Wykonawcy.
4. W rezultacie dokonania czynności opisanych powyżej może dojść do podpisania przez strony aneksu do umowy. Projekt aneksu przygotuje Zamawiający.

**§ 12. POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE**

1. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia ze strony Wykonawcy jest: ……………………   
   tel. ………………….W przypadku gdy wskazana osoba nie będzie mogła pełnić przypisanych jej funkcji Wykonawca wyznaczy inną osobę i powiadomi o tym Zamawiającego.
2. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia ze strony Zamawiającego jest:

............................................................................. tel. ................................, a w przypadku jego nieobecności inny upoważniony pracownik.

**§ 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wszelkie spory, których stronom nie udało się rozstrzygnąć polubownie będą poddane rozstrzygnięciu przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
2. W sprawach nieuregulowanych w umowie stosuje się obowiązujące przepisy w szczególności Prawa zamówień publicznych oraz Kodeksu Cywilnego.
3. Strony ustalają, że wszystkie zmiany postanowień umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej, w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w trzech egzemplarzach, z których jeden egzemplarz otrzymuje Wykonawca, a dwa egzemplarze Zamawiający.

Załączniki do umowy:

1. Specyfikacja istotnych warunków zamówienia,
2. Oferta Wykonawcy.

Zamawiający Wykonawca

…………………. …………………

1. W przypadku braku informacji o numerze rachunku bankowego, na który Zamawiający zwraca wadium wniesione w pieniądzu, wadium zostanie zwrócone na ten rachunek bankowy, z którego zostało wpłacone przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku konsorcjum wymaganą informację należy podać w odniesieniu do lidera konsorcjum. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z definicją zawartą w Załączniku I do rozporządzenia Komisji (UE) NR 651/2014 z dnia 17 czerwca   
   2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 108 Traktatu. [↑](#footnote-ref-3)