



WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

im. Najświętszej Maryi Panny

ul. Bialska 104/118 42-200 Częstochowa
tel. centrala : (34) 367 30 00 sekr. Dyrektora: (34) 367 31 04
fax : (34) 365 17 56 e-mail: sekretariat@szpitalparkitka.com.pl
Regon: 001281053 NIP: 573 22 99 604

Dział Zamówień Publicznych

tel./fax: 34 367 36 74, 367 37 53, www.szpitalparkitka.com.pl e-mail: szp@data.pl

Znak sprawy: DAZ.26.058.2018

**SPECYFIKACJA
ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA
/SIWZ/**

**ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
„KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU
PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZECZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ
WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019”
W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI
MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018
ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W
WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA
ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU
2018”**

**DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY
W CZĘSTOCHOWIE**

Postępowanie o wartości **poniżej** kwot określonych w przepisach
wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
- Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1579 ze zm.)
prowadzone w trybie

PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO

zgodnie z przepisami ww. ustawy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.

ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ:

- Załącznik Nr 1 - Formularz oferty
- Załącznik Nr 2 - Formularze asortymentowo-cenowy
- Załącznik Nr 3 - Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia
- Załącznik Nr 4 - Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej
- Załącznik Nr 5 - Oświadczenie przedmiotowe Wykonawcy
- Załącznik Nr 6 - Tabele parametrów technicznych
- Załącznik Nr 7 - Umowa wzór

I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY
UL. BIALSKA 104/118,
42-200 CZĘSTOCHOWA,
KRS 0000003907, NIP 573-22-99-604, REGON 001281053,
tel./fax: 34 367 36 74, 367 37 53, pn.-pt.: 7.00-14.35.
www.szpitalparkitka.com.pl szp@data.pl.

II. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

1. Przetarg nieograniczony, na podstawie art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1579 ze zm., dalej – ustawa PZP).
2. Wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy PZP.

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest **ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZECZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, w ilościach i asortymencie:

Część Nr 1: APARAT DO MONITOROWANIA NWM I DIAGNOSTYKI ZABURZEŃ ODDYCHANIA W CZASIE SNU, UMOŻLIWIAJĄCY MONITOROWANIE NASTĘPUJĄCYCH PARAMETRÓW: PRZEPŁYW POWIETRZA, CHRAPANIE, POZYCJA CIAŁA, SPO₂, HR, WYSIŁEK ODDECHOWY – 2 SZT
CZĘŚĆ NR 2: RESPIRATOR PRZEZNACZONY DO WSPOMAGANIA WENTYLACJI OKRESOWEJ LUB OKRESOWEJ I CIĄGŁEJ – 4 SZT

CZĘŚĆ NR 3: RESPIRATOR DO NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ -1 SZT

CZĘŚĆ NR 4: KAPNOGRAF DO MONITOROWANIA PRZEZSKÓRNEGO PCO₂ - 1 SZT

CZĘŚĆ NR 5:

- URZĄDZENIE UMOŻLIWIAJĄCE PRZYŁÓŻKOWE MONITOROWANIE: EKG TRZYODPROWADZENIOWE, LICZBY ODDECHÓW, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI METODĄ NIEINWAZYJNĄ, WYSYCENIA OKSYHEMOGLOBINY TLENEM (SATURACJI) METODĄ PRZEZSKÓRNĄ (PULSOKSYMETRIA) - 4 SZT

- STACJA CENTRALNEGO NADZORU - 1 SZT

CZĘŚĆ NR 6: ŁÓŻKO WIELOFUNKCYJNE STEROWANE ELEKTRYCZNIE - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 7: DEFIBRYLATOR – 2 SZT

CZĘŚĆ NR 8: ELEKTRYCZNE URZĄDZENIE DO SSANIA - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 9: SPRZĘT DO SZYBKICH ORAZ REGULOWANYCH PRZETOCZEŃ PŁYNÓW, W TYM CO NAJMNIEJ 1 POMPA STRZYKAWKOWA - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 10: NEBULIZATOR Z ZESTAWEM AKCESORIÓW (MASKA, USTNIK, RURKA T DO UKŁADU RESPIRATORA) - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 11: ZESTAW DO INTUBACJI I WENTYLACJI (WOREK SAMOROZPRĘŻALNY) - 2 SZT

Przedmiot zamówienia opisany szczegółowo w [Załączniku Nr 6 do SIWZ](#). Pozostałe warunki zostały określone w [Załączniku Nr 7](#) – wzór umowy.

2. Zakup finansowany ze środków Ministra Zdrowia w ramach programu polityki zdrowotnej „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZECZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018”

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Pod pojęciem oferty częściowej rozumie się pojedyncze części ustalone w [Załączniku Nr 2 do SIWZ](#). Wykonawca może złożyć ofertę na dowolną część lub na cały przedmiot zamówienia.

4. Kod CPV: 33100000-1; 33182100-0; 33195000-3; 44611200-8; 33171000-9; 33140000-3; 33157400-9; 33162000-3; 33194110-0.

5. Ilekroć w niniejszej treści SIWZ, w zakresie dotyczącym opisu przedmiotu, jest mowa o znaku towarowym, patencie lub pochodzeniu, źródle lub szczególnym procesie, który charakteryzuje produkty, o których mowa w art. 29 ust. 3 ustawy PZP przyjmuje się, że wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważny”. Za asortyment równoważny Zamawiający uzna ten, który posiada te same lub lepsze od opisanych w SIWZ parametry techniczne i jakościowe, a jego zastosowanie w żaden sposób nie wpłynie na prawidłowe funkcjonowanie asortymentu zgodnie z jego przeznaczeniem.

IV. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

1. Zamawiający ustala następujący termin wykonania przedmiotu zamówienia: **do 14 września 2018 r.**

§ V. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

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

1) nie podlegają wykluczeniu na podstawie przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 1 oraz art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy PZP;

2) spełniają warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

a) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;

b) sytuacji ekonomicznej i finansowej;

c) zdolności technicznej i zawodowej;

Zamawiający w pkt. 1), 2) i 3) nie stawia warunków udziału w postępowaniu, których spełnienie należałoby przedstawić w sposób szczególny.

2. Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie zamówienia, stosownie do zapisów zawartych w art. 23 ustawy Pzp. W takim przypadku Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania ich w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. **W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:**

1) brak istnienia podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu musi być wykazany wobec każdego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia,

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

1. Zamawiający wykluczy z przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego wykonawcę:

a) o którym mowa w art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy PZP, tj. 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. poz. 978, z późn. zm.) 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, z późn. zm.).

VII. OŚWIADCZENIA I DOKUMENTY, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU WYKAZANIA BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA ORAZ POTWIERDZENIA, ŻE OFEROWANE DOSTAWY SPEŁNIAJĄ WYMAGANIA OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO

1. W celu wstępnego wykazania braku podstaw do wykluczenia, o których mowa w art. 24 ust. 1 oraz 24 ust. 5 pkt. 1) ustawy PZP, **Wykonawca załączy do oferty:**

1) Wypełnione, aktualne na dzień składania ofert, oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia, według wzoru na Załączniku Nr 3 do SIWZ.

2. W celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23, stosownie do art. 24 ust. 11 ustawy PZP, **Wykonawca przekaze Zamawiającemu:**

1) oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji dotyczących kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie

zamówienia, firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie, ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

Wraz ze złożeniem oświadczenia, wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Wzór oświadczenia o przynależności lub braku przynależności stanowi [Załącznik Nr 4 do SIWZ](#) (oryginał).

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

3. Zamawiający przed udzieleniem zamówienia, którego wartość jest mniejsza niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8, wzywa wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, **nie krótszym niż 5 dni**, terminie aktualnych na dzień złożenia oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1.

4. Wykonawca, którego oferta została najwyżej oceniona w przedmiotowym postępowaniu, w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia, na wezwanie Zamawiającego, złoży następujące dokumenty:

1) odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy.

5. Wykonawca, którego oferta została najwyżej oceniona w przedmiotowym postępowaniu, w celu potwierdzenia że oferowane dostawy spełniają wymagania określone w SIWZ, na wezwanie zamawiającego, złoży następujące dokumenty:

1) Oświadczenie przedmiotowe Wykonawcy – wg wzoru stanowiącego [Załącznik nr 5 do SIWZ](#) (oryginał);

2) Opis przedmiotu zamówienia np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / informacje - potwierdzające, spełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów opisanych w Załączniku Nr 6 do SIWZ (**dot. Części nr 4,5,7,8,9,10 i 11**) - oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem, z zaznaczeniem której części i pozycji dotyczy dokument. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski.

6. Jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia odpowiedniego przebiegu postępowania o udzielenie zamówienia, zamawiający może na każdym etapie postępowania wezwać wykonawców do złożenia wszystkich lub niektórych oświadczeń lub dokumentów potwierdzających, że nie podlegają wykluczeniu, spełniają warunki udziału w postępowaniu, a jeżeli zachodzą uzasadnione podstawy do uznania, że złożone uprzednio oświadczenia lub dokumenty nie są już aktualne, do złożenia aktualnych oświadczeń lub dokumentów.

7. 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 § VII ust. 1 - dotyczące podwykonawców. Zamawiający nie żąda od wykonawcy przedstawienia dokumentów, o których mowa w §VII ust. 4.1) dotyczących podwykonawcy, **któremu zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia, a który nie jest podmiotem na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega na zasadach określonych w art. 22a ustawy.**

8. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie wg wzoru na [Załączniku Nr 3](#) do SIWZ składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokumenty te potwierdzają spełnianie warunków udziału oraz brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia.

9. Dokumenty sporządzone w języku obcym będą składane wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez wykonawcę.

10. Oświadczenia dotyczące wykonawcy oraz dotyczące podwykonawców, składane są w oryginale.

11. Dokumenty inne niż oświadczenia, składane są w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

12. Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio wykonawca, wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów, które każdego z nich dotyczą.

13. Poświadczenie za zgodność z oryginałem następuje w formie pisemnej.

14. Zamawiający będzie żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentów, wyłącznie wtedy, gdy złożona kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

15. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zamiast dokumentów, o których mowa w ust. 4.1) - składa dokument lub dokumenty wystawione w

kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.

16. Dokumenty, o których mowa w ust. 15 powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

17. 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 w ust. 15 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. Przepis ust. 16 stosuje się.

18. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.

19. Wykonawca nie jest obowiązany do złożenia oświadczeń lub dokumentów potwierdzających brak podstaw do wykluczenia oraz spełnianie warunków udziału w postępowaniu, jeżeli zamawiający posiada oświadczenia lub dokumenty dotyczące tego wykonawcy lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych. W takiej sytuacji Wykonawca zobligowany jest do wskazania Zamawiającemu sygnatury postępowania, w którym wymagane dokumenty, oświadczenia się znajdują, o ile są one aktualne.

20. W zakresie nieuregulowanym SIWZ, zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie rodzaju dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016r., poz. 1126).

21. Dokumenty składane w ofercie:

1) formularz ofertowy stanowiący [Załącznik Nr 1 do SIWZ \(oryginał\)](#) – podpisany i wypełniony w sposób czytelny, z należytą starannością. Należy zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe przeniesienie do formularza ofertowego ceny zaoferowanej w załączonym do oferty formularzu asortymentowo-cenowym.

Upoważnienie osób podpisujących ofertę musi bezpośrednio wynikać z dokumentów dołączonych do oferty. Oznacza to, że jeżeli upoważnienie takie nie wynika wprost z dokumentu stwierdzającego status prawny Wykonawcy, to do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo w formie oryginału lub kopii potwierdzonej notarialnie.

2) formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący [Załącznik Nr 2 do SIWZ \(oryginał\)](#) – podpisany i wypełniony w sposób czytelny, z należytą starannością, stosownie do części na którą Wykonawca składa ofertę. Należy zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe obliczenie ceny i sumy formularza asortymentowo-cenowego oraz prawidłowe przeniesienie jej do formularza ofertowego.

Formularz asortymentowo-cenowy powinien być umieszczony bezpośrednio za formularzem ofertowym;

3) oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia, według wzoru w [Załączniku Nr 3 do SIWZ \(oryginał\)](#);

4) tabela parametrów technicznych, stanowiąca [Załącznik Nr 6 do SIWZ \(oryginał\)](#) – podpisana i wypełniona w sposób czytelny, z należytą starannością.

Wykonawca wypełnia tabelę wg wzoru, zamieszczając w ofercie tylko te części, na które składa ofertę.

5) Opis przedmiotu zamówienia np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / informacje - potwierdzające, spełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów opisanych w [Załączniku Nr 6 do SIWZ \(dot. Części nr 1,2,3 i 6\)](#) - oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem, z zaznaczeniem której części i pozycji dotyczy dokument. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. **Opis przedmiotu zamówienia z uwagi na zastosowane kryterium oceny jakości (parametry techniczne) stanowi treść oferty. Nie dołączenie opisu przedmiotu zamówienia (uwzględnia m.in. elementy oceniane spowoduje odrzucenie oferty.**

6) pełnomocnictwo (oryginał lub kopia poświadczona notarialnie), ustanowione do reprezentowania Wykonawcy/ów ubiegającego/-ch się o udzielenie zamówienia publicznego.

- gdy Wykonawca dokonuje jakichkolwiek czynności w postępowaniu przez osobę, której uprawnienie do dokonania tych czynności nie wynika z ustawy lub wpisu do rejestru przedsiębiorców (np. podpisanie i złożenie oferty lub innych oświadczeń w imieniu i na rzecz Wykonawcy, poświadczanie za zgodność z oryginałem kopii dokumentów);

- Wykonawców występujących wspólnie (konsorcjum/spółka cywilna) – podpisane przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli każdego ze współników.

VIII. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM

Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

IX. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIU OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI

1. Niniejsze postępowanie jest prowadzone w języku polskim.
2. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy mogą przekazywać faksem na nr: **34 367 36 74** lub drogą elektroniczną na adres e-mail: szp@data.pl.
3. Dokumenty, oświadczenia i pełnomocnictwa uzupełniane na wezwanie Zamawiającego na podstawie art. 26 ust. 3 i 3a ustawy PZP, muszą zostać złożone w wyznaczonym terminie w formie przewidzianej w § VII SIWZ.
4. Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje faksem lub drogą elektroniczną każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
5. Korespondencję w formie pisemnej w niniejszym postępowaniu, należy kierować na adres: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, Dział Zamówień Publicznych.
6. Przesłanie korespondencji na inny adres lub numer faksu niż zostało to określone powyżej może skutkować tym, że Zamawiający nie będzie mógł zapoznać się z treścią przekazanej informacji we właściwym terminie.
7. Zawsze dopuszczalna jest forma pisemna przekazywania oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji.
8. W sprawie procedury przetargowej należy kontaktować się:
 - sprawy dot. przedmiotu zamówienia - **Dział Aparatury Medycznej i Teletechniki, tel. 34 367 31 20**
 - sprawy proceduralne – **Dział Zamówień Publicznych, tel./fax 34 367 36 74,**w godz. 7:00-14:35,
 - **adres e-mail: szp@data.pl.**

X. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ TREŚCI SIWZ:

1. Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia udostępniona jest na stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl, od dnia publikacji ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych do upływu terminu składania ofert.
2. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Zamawiający niezwłocznie udzieli wyjaśnień, zgodnie z art. 38 ust. 1 ustawy PZP - **pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert, licząc - zgodnie z zapisami art. 43 ust. 1 ustawy PZP od dnia zamieszczenia ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych (tj. 03.08.2018 r.).** Zgodnie z art. 38 ust. 1a ustawy PZP - Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia 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 o wyjaśnienie treści SIWZ.
3. Pytania odnośnie zapisów treści SIWZ **należy przysyłać faksem na numer 34 367 36 74 lub 34 367 37 53 (jednocześnie - w celu usprawnienia postępowania - te same pytania należy przesłać pocztą elektroniczną - szp@data.pl - w formie edytowalnej).** Korespondencja powinna być opatrzona tytułem oraz numerem sprawy.
4. Wyjaśnienia treści specyfikacji oraz jej ewentualne zmiany będą dokonywane zgodnie z art. 38 ustawy Prawo zamówień publicznych. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami, zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy PZP, zamawiający przekazuje Wykonawcom, którym przekazał SIWZ, bez ujawniania źródła zapytania, a jeżeli specyfikacja jest udostępniana na stronie internetowej, zamieszcza na tej stronie. Pozostali wykonawcy, stosownie do zapisu art. 38 ust. 2 ustawy PZP, zobowiązani są do zapoznania się z treścią wyjaśnień zamieszczanych na stronie internetowej Zamawiającego.
5. Zamawiający nie przewiduje zwołania zebrania wszystkich Wykonawców w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących treści SIWZ.
6. Jeżeli w wyniku zmiany treści SIWZ nieprowadzącej do zmiany ogłoszenia o zamówieniu jest niezbędny dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach, Zamawiający przedłuży termin składania ofert i poinformuje o tym Wykonawców, którym przekazano SIWZ oraz zamieści taką informację na własnej stronie internetowej.
7. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Zamawiający może zmienić

treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Dokonaną zmianę Zamawiający niezwłocznie zamieści na stronie internetowej, na której udostępniono specyfikację.

XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

Wykonawca jest związany ofertą przez 30 dni począwszy od dnia upływu terminu składania ofert. Przedłużenie okresu związania ofertą może nastąpić w warunkach określonych w art. 85 ust. 2 ustawy PZP.

XII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
2. Wykonawca może złożyć jedną ofertę, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w art. 83 ust. 1 zdanie drugie ustawy PZP.
3. Treść oferty musi odpowiadać treści SIWZ.
4. Wymaga się aby oferta była sporządzona na piśmie, w języku polskim, trwałym i czytelnym pismem.
5. Wymagane w SIWZ dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski.
6. Wszystkie zmiany w tekście oferty (poprawki, przekreślenia, dopiski) naniesione przez Wykonawcę po sporządzeniu oferty powinny być podpisane lub parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
7. Wielkość i układ załączonych do SIWZ formularzy mogą zostać przez Wykonawcę zmienione, jednak treść oferty winna odpowiadać treści SIWZ.
8. Oferta musi zawierać cenę wraz z podatkiem VAT, podaną cyfrowo i słownie.
9. Oferta i oświadczenia muszą być podpisane przez osobę/osoby uprawnione do reprezentowania i składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.
10. W przypadku gdy ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Pełnomocnictwo musi być przedstawione w formie oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii. Wymagane, a nie złożone lub wadliwe pełnomocnictwa podlegają będą uzupełnieniu na warunkach określonych w art. 26 ust. 3a ustawy PZP.
11. Dokumenty złożone w formie kserokopii powinny być opatrzone klauzulą: „za zgodność z oryginałem” i poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy.
12. Zaleca się, aby wszystkie strony oferty były ponumerowane i trwale spięte.
13. Zaleca się opracowanie pierwszych stron oferty według załączonego do SIWZ wzoru. Niezastosowanie ww. wzoru nie spowoduje odrzucenia oferty. Jednakże Zamawiający wymaga, żeby w złożonej ofercie znalazły się wszystkie oświadczenia zawarte we wzorze formularza ofertowego.
14. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej trwale zamkniętej kopercie, zaadresowanej na Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa. Na kopercie należy umieścić nazwę i adres Wykonawcy oraz napis:

„ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZECZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018”

DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY
W CZĘSTOCHOWIE

Nie otwierać przed dniem 2018 r. godz. ...”

(Wykonawca wpisuje datę i godzinę otwarcia ofert)

W przypadku braku ww. danych Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia mogące wynikać z powodu tego braku, np. przypadkowe otwarcie oferty przed wyznaczonym terminem otwarcia, a w przypadku składania oferty pocztą lub pocztą kurierską – jej nieotwarcie w trakcie sesji otwarcia ofert.

15. Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy PZP Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać ofertę.

1) Zmiana złożonej oferty.

Zmiany, poprawki lub modyfikacje złożonej oferty muszą być złożone w miejscu i według zasad obowiązujących przy składaniu oferty. Odpowiednio opisane koperty (paczki) zawierające zmiany należy dodatkowo opatrzyć dopiskiem „ZMIANA”. W przypadku złożenia kilku „ZMIAN”, kopertę (paczkę) każdej „ZMIANY” należy dodatkowo opatrzyć napisem „ZMIANA Nr”.

2) Wycofanie złożonej oferty.

Wycofanie złożonej oferty następuje poprzez złożenie pisemnego oświadczenia podpisanego przez Wykonawcę. W celu potwierdzenia uprawnienia osób do złożenia oświadczenia o wycofaniu oferty, do oświadczenia należy załączyć odpowiednie dokumenty (np. aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej i jeśli to konieczne - pełnomocnictwo). Wycofanie należy złożyć w miejscu i według zasad obowiązujących przy składaniu ofert. Odpowiednio opisaną kopertę (paczkę) zawierającą powiadomienie należy dodatkowo opatrzyć dopiskiem „WYCOFANIE”.

16. Zamawiający informuje, iż zgodnie z art. 96 ust. 3 ustawy PZP oferty składane w postępowaniu o zamówienie publiczne są jawne i podlegają udostępnieniu od chwili ich otwarcia, z wyjątkiem informacji stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert, zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:

1) Przez tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 419), rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności, tzn. zastrzegł składając ofertę, iż nie mogą być one udostępnione innym podmiotom oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa,

2) Przedstawiając wyjaśnienia i ewentualne dowody Wykonawca powinien szczegółowo wykazać:

a) czy informacja stanowi informację techniczną, organizacyjną lub inną posiadającą wartość gospodarczą, np. poprzez wskazanie, które z danych technicznych zawarte w tych dokumentach stanowią taka wartość,

b) czy informacja nie została ujawniona do informacji publicznej (w szczególności czy w/w informacje nie są dostępne na stronach internetowych),

c) czy przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania informacji w poufności (poprzez wskazanie sposobu ochrony fizycznej dokumentów np. monitoring, sejfy oraz ochrony prawnej np. umowy cywilnoprawne z pracownikami dot. zachowania tajemnicy, odpowiednie akty wewnętrzne dotyczące obiegu dokumentów).

3) Stosowne zastrzeżenie Wykonawca winien złożyć na Formularzu ofertowym. W przeciwnym razie cała oferta zostanie ujawniona na życzenie każdego podmiotu. Zamawiający zaleca, aby informacje zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa były przez Wykonawcę złożone w oddzielnej wewnętrznej kopercie z oznakowaniem „tajemnica przedsiębiorstwa” lub spięte (zszyte) oddzielnie od pozostałych, jawnych elementów oferty,

4) Brak wykazania bądź niewystarczające wyjaśnienia i dowody, iż informacje złożone wraz z ofertą stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji będzie powodowało, iż art. 8 ust. 3 ustawy Pzp nie będzie miał zastosowania, a dokumenty (informacje), które zostały w nieprawidłowy sposób zastrzeżone zostaną udostępnione innym Wykonawcom oraz podmiotom składającym wnioski o ich udostępnienie.

5) Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy PZP.

17. Jeżeli zastrzeżone przez Wykonawcę informacje nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa lub są jawne na podstawie przepisów ustawy lub odrębnych przepisów, Zamawiający zobowiązany jest do ujawnienia tych informacji w ramach prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

XIII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć w KANCELARII (pok. 3.41 – II piętro) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa.

2. Termin składania ofert upływa dnia **13.08.2018 r. o godz. 10:00**

3. Zamawiający zwraca ofertę, która została złożona po terminie zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy Pzp.

4. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w dniu **13.08.2018 r. o godz. 10:15** w siedzibie Zamawiającego, tj. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa, pokój 3.29 (II piętro).

5. Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieszcza na stronie internetowej informacje dotyczące:

1) kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;

2) firm oraz adresów wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie;

3) ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

XIV. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY

1. Opis sposobu obliczenia ceny został podany w formularzu asortymentowo-cenowym, stanowiącym [Załącznik Nr 2 do SIWZ](#).
2. Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania niniejszej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz obejmować wszystkie koszty związane z należyłą realizacją przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami wynikającymi ze wzoru umowy i z obowiązującymi przepisami.
3. Wszystkie płatności będą realizowane wyłącznie w złotych polskich, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Sposób zapłaty i rozliczenia za realizację niniejszego zamówienia określają postanowienia umowy, której wzór stanowi [Załącznik Nr 7 do SIWZ](#).
5. Wszystkie ceny w ofercie należy przedstawić do 2 miejsc po przecinku.
6. Zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy PZP, 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.
7. Jeżeli zaofferowana cena lub koszt, lub ich istotne części składowe, wydają się rażąco niskie zastosowanie mają przepisy art. 90 ustawy PZP. Obowiązek wykazania, że oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny spoczywa na Wykonawcy.

XV. OPIS KRYTERIÓW I SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY OFERTY

1. [Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta zawierająca najkorzystniejszy bilans punktów w kryteriach:](#)

CZĘŚĆ NR 1, 2,3, 6.

| Lp. | Kryterium | Waga kryterium | Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w kryterium |
|--------------|--------------------------|----------------|--|
| 1 | Cena | 60% | 60 pkt |
| 2 | Długość okresu gwarancji | 20% | 20 pkt |
| 3 | Parametry techniczne | 20% | 20 pkt |
| Razem | | | 100 pkt |

1) **Kryterium „Cena” (C)** będzie rozpatrywane na podstawie ceny brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia, podanej przez Wykonawcę w Formularzu Oferty (Załącznik Nr 1 do SIWZ). Punkty za kryterium - cena zostaną obliczone w następujący sposób:

$$C = \frac{C_{min}}{C_o} \times 100 \times 60\%$$

Gdzie:

C - liczba punktów przyznanych w kryterium - CENA;

C_{min} - najniższa cena oferty z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu;

C_o - cena oferty ocenianej;

W kryterium - cena oferta może otrzymać maksymalnie 60 pkt (%).

2) **Kryterium „Długość okresu gwarancji” (G)** będzie rozpatrywane w oparciu o oświadczenie Wykonawcy złożone w Formularzu Oferty (Załącznik Nr 1 do SIWZ).

a) Wykonawca w Formularzu Oferty, musi zaofferować długość okresu gwarancji na zaofferowany przedmiot zamówienia.

b) Punkty za kryterium - długość okresu gwarancji na zaofferowany przedmiot zamówienia zostaną obliczone w następujący sposób:

$$G = \frac{G_o}{G_{max}} \times 100 \times 20\%$$

Gdzie:

G - liczba punktów przyznanych za kryterium – DŁUGOŚĆ OKRESU GWARANCJI;

Go - okres gwarancji oferty ocenianej;

Gmax - najdłuższy okres gwarancji z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu,

W kryterium - długość okresu gwarancji oferta może otrzymać maksymalnie 20 pkt. (%).

c) **Zamawiający dokona oceny tego kryterium w zakresie od 24 do 36 miesięcy. Maksymalny okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia w Części Nr 1,2,3,6 wymagany przez Zamawiającego wynosi 36 miesięcy,**

d) Jeżeli Wykonawca zaoferuje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia dłuższy niż 36 miesięcy, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia 36 miesięcy i przyzna 20,00 pkt.

e) Jeżeli Wykonawca zadeklaruje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia krótszy niż 24 miesiące lub nie wskaże okresu gwarancji, jego oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z SIWZ.

3) **Kryterium „Parametry techniczne” (P)** będzie rozpatrywane w oparciu o Załącznik Nr 6 do SIWZ pn. Tabela parametrów technicznych,

a) Punkty za ocenę techniczną uzyskane przez badaną ofertę na podstawie wypełnionego przez Wykonawcę Załącznika Nr 6 do SIWZ zostaną zsumowane. Oferta, która uzyska najwięcej punktów oceny technicznej otrzyma 20 punktów dla kryterium - parametry techniczne, pozostałe oferty otrzymają proporcjonalnie mniej punktów zgodnie z wzorem przedstawionym poniżej:

$$P = \frac{T_o}{T_{max}} \times 100 \times 20\%$$

Gdzie:

P – łączna liczba punktów przyznanych w kryterium – PARAMETRY TECHNICZNE;

T - liczba punktów uzyskanych przez ocenianą ofertę;

Tmax - maksymalna liczba punktów uzyskana przez jedną ze złożonych ofert;

W kryterium - parametry techniczne oferta może otrzymać maksymalnie 20 pkt. (%).

b) **UWAGA: Wykonawca dołączy do oferty** opis przedmiotu zamówienia, np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / informacje – potwierdzające, spełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów opisanych w Załączniku Nr 6 do SIWZ pn. Tabela parametrów technicznych (**dot. Części nr 1, 2,3, 6**) – oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem, z zaznaczeniem której części i pozycji dotyczy dokument. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. **Opis przedmiotu zamówienia z uwagi na zastosowanie kryterium oceny jakości (parametry techniczne) stanowi treść oferty. Nie dołączenie do oferty opisu przedmiotu zamówienia (uwzględnia m.in. elementy oceniane) spowoduje odrzucenie oferty.**

4) Zamawiający uzna za najkorzystniejszą ofertę ważną, która uzyska największą liczbę punktów, obliczoną jako sumę punktów uzyskanych w kryteriach określonych powyżej, zgodnie ze wzorem:

$$S = C + G + P$$

Gdzie:

S - łączna liczba punktów uzyskanych przez ofertę,

C- liczba punktów uzyskana w kryterium „cena”,

G - liczba punktów uzyskana w kryterium „długość okresu gwarancji”,

P- liczba punktów uzyskana w kryterium „parametry techniczne”.

2. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta zawierająca najkorzystniejszy bilans punktów w kryteriach:

CZĘŚĆ 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11.

| Lp. | Kryterium | Waga kryterium | Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w kryterium |
|--------------|--------------------------|----------------|--|
| 1 | Cena | 60% | 60 pkt |
| 2 | Długość okresu gwarancji | 40% | 40 pkt |
| Razem | | | 100 pkt |

1) **Kryterium „Cena” (C)** będzie rozpatrywane na podstawie ceny brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia, podanej przez Wykonawcę w Formularzu Oferty (Załącznik Nr 1 do SIWZ). Punkty za kryterium - cena zostaną obliczone w następujący sposób:

$$C = \frac{C_{min}}{C_o} \times 100 \times 60\%$$

Gdzie:

C - liczba punktów przyznanych w kryterium - CENA;

C_{min} - najniższa cena oferty z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu;

C_o - cena oferty ocenianej;

W kryterium - cena oferta może otrzymać maksymalnie 60 pkt (%).

2) **Kryterium „Długość okresu gwarancji” (G)** będzie rozpatrywane w oparciu o oświadczenie Wykonawcy złożone w Formularzu Oferty (Załącznik Nr 1 do SIWZ).

a) Wykonawca w Formularzu Oferty, musi zaoferować długość okresu gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia.

b) Punkty za kryterium - długość okresu gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia zostaną obliczone w następujący sposób:

$$G = \frac{G_o}{G_{max}} \times 100 \times 40\%$$

Gdzie:

G - liczba punktów przyznanych za kryterium – DŁUGOŚĆ OKRESU GWARANCJI;

G_o - okres gwarancji oferty ocenianej;

G_{max} - najdłuższy okres gwarancji z pośród ofert ważnych i nie podlegających odrzuceniu,

W kryterium - długość okresu gwarancji oferta może otrzymać maksymalnie 40 pkt. (%).

c) Zamawiający dokona oceny tego kryterium w zakresie od 24 do 36 miesięcy - Część Nr 4,5,7,8,9 i 10 oraz w zakresie od 12 do 18 miesięcy w zakresie Części Nr 11. Maksymalny okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia w Części Nr 4,5,7,8,9 i 10 wymagany przez Zamawiającego wynosi 36 miesięcy, natomiast maksymalny okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia w Części Nr 11 wymagany przez Zamawiającego wynosi 18 miesięcy.

d) Jeżeli Wykonawca zaoferuje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia dłuższy niż 36 miesięcy (Części Nr 4,5,7,8,9 i 10) oraz dłuższy niż 18 miesięcy (Część Nr 11) Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia 36 miesięcy (Części Nr 4,5,7,8,9 i 10) i 18 miesięcy (Część Nr 11) i przyzna 40,00 pkt.

f) Jeżeli Wykonawca zadeklaruje okres gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia krótszy niż 24 miesiące (Części Nr 4,5,7,8,9 i 10) i 12 miesięcy (Część Nr 11) lub nie wskaże okresu gwarancji, jego oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z SIWZ.

3) Zamawiający uzna za najkorzystniejszą ofertę ważną, która uzyska największą liczbę punktów, obliczoną jako sumę punktów uzyskanych w kryteriach określonych powyżej, zgodnie ze wzorem:

$$S = C + G$$

Gdzie:

S - łączna liczba punktów uzyskanych przez ofertę,

C - liczba punktów uzyskana w kryterium „cena”,

G - liczba punktów uzyskana w kryterium „długość okresu gwarancji”.

3. Punktacja przyznana ofertom w poszczególnych kryteriach będzie liczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Najwyższa liczba punktów wyznaczy najkorzystniejszą ofertę.

4. Jeżeli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny i pozostałych kryteriów oceny ofert, Zamawiający spośród tych ofert dokona wyboru oferty z niższą ceną (art. 91 ust. 4 ustawy PZP).

5. Zamawiający **nie przewiduje** przeprowadzenia aukcji elektronicznej.

XVI. UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w ustawie PZP oraz w niniejszej SIWZ i została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane w ogłoszeniu o zamówieniu i SIWZ kryteria wyboru.
2. O odrzuceniu ofert/-y oraz wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający zawiadomi niezwłocznie Wykonawców, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.
3. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieści informacje, określone w art. 92 ust. 1 pkt. 1 i 5-7 ustawy PZP na własnej stronie internetowej www.szpitalparkitka.com.pl.
4. Umowa w sprawie zamówienia publicznego z wybranym do realizacji zamówienia Wykonawcą zostanie zawarta zgodnie z art. 94 ustawy PZP.

XVII. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY ZOSTAĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

1. Zamawiający przystąpi do zawarcia umowy z wybranym Wykonawcą w trybie art. 94 ustawy PZP z uwzględnieniem zapisów art. 139 ustawy PZP.
2. W przypadku, gdy zostanie wybrana jako najkorzystniejsza oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Wykonawca przed podpisaniem umowy, na wezwanie Zamawiającego powinien przedłożyć umowę regulującą współpracę Wykonawców.
3. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, będzie uchylał się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzenia ich ponownego badania i oceny, chyba, że zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy PZP.

XVIII. ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

1. Do umów o zamówienie publiczne stosuje się przepisy DZIAŁU IV ustawy PZP – Umowy w sprawach zamówień publicznych.
2. Zamawiający przedstawia wzór umowy - jako [Załącznik Nr 7 do SIWZ](#) w oparciu o który zostanie zawarta umowa.

XIX. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

1. W prowadzonym postępowaniu mają zastosowanie przepisy zawarte w dziale VI ustawy Prawo zamówień publicznych – „Środki ochrony prawnej”.
2. Zastosowanie mają także następujące przepisy wykonawcze do ustawy Prawo zamówień publicznych, tj.:
 - a) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie regulaminu postępowania przy rozpoznawaniu odwołań (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 1092),
 - b) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 marca 2010 r. w sprawie wysokości oraz sposobu pobierania wpisu od odwołania oraz rodzajów kosztów w postępowaniu odwoławczym i sposobu ich rozliczania (Dz. U. z 2018 r., poz. 972).

XX. INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA

1. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
2. Zamawiający nie przewiduje zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 p. 7 ustawy PZP.
3. Zamawiający nie przewiduje przeprowadzenia aukcji elektronicznej.
4. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
5. Zamawiający nie zamierza ustanowić dynamicznego systemu zakupów.
6. Zamawiający nie przewiduje szczegółowego określania w opisie przedmiotu zamówienia wymagań związanych z realizacją zamówienia, o których mowa w art. 29 ust. 4 pkt. 1-4 ustawy PZP.
7. W przypadku powierzenia realizacji zamówienia podwykonawcom, Wykonawca zobowiązany jest do wskazania w Formularzu oferty części zamówienia, której realizację powierzy podwykonawcy i podania przez Wykonawcę firm podwykonawców. W przypadku braku takiego oświadczenia Zamawiający uzna iż Wykonawca będzie realizował zamówienie bez udziału podwykonawcy.

XXI. KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa
tel. 34/367-30-00 e-mail: kancelariawszs@data.pl
- w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem ochrony danych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa - adres e-mail: iod@szpitalparkitka.com.pl, telefon: 34 367 37 55 *
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZECZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, znak sprawy: DAZ.26.058.2018, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U z 2017 r., poz. 1579 ze zm.), dalej Pzp;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy Pzp;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy PZP, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy; z zastrzeżeniem obowiązujących przepisów prawa i regulacji obowiązujących u Zamawiającego;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy PZP, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy PZP;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **;
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO ***;
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

* **Wyjaśnienie:** informacja w tym zakresie jest wymagana, jeżeli w odniesieniu do danego administratora lub podmiotu przetwarzającego istnieje obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych.

** **Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą PZP oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

*** **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

XXII. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający unieważnia postępowania w przypadkach określonych w art. 93 ustawy PZP.

XXIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia mają zastosowanie przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych.

2. W sprawach nieuregulowanych w ustawie Prawo zamówień publicznych, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1025 ze zm.).

Częstochowa, dn. 03.08.2018.

ZATWIERDZIŁ
DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJSWIĘTSZEJ MARYI PANNY
W CZĘSTOCHOWIE
LEK. MED. DARIUSZ KACZMAREK

.....
pieczęć adresowa Wykonawcy

OFERTA

Ja/My, niżej podpisany/-i*:

.....

działając w imieniu i na rzecz:

.....
pełna nazwa Wykonawcy

.....
adres Wykonawcy

.....
adres do korespondencji

Nr tel.; Nr faksu; e-mail

Numer KRS/wpis do ewidencji działalności gospodarczej/*

NIP; REGON

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym:

**ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
„KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI
Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZECZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ
WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA
„WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM)
W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU
REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA
POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI
MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY
W CZĘSTOCHOWIE**

1. Składam/-y* niniejszą ofertę w imieniu własnym / jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia*.

2. Oświadczam/-y*, że spełniam/-y* wszystkie warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i składam/-y* ofertę zgodnie z zasadami określonymi w ustawie – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1579 ze zm.).

3. Oferuję/-my*

1) wykonanie zamówienia za cenę:

| Nr części | Cena brutto /PLN/ | Słownie |
|-----------|----------------------|---------|
| | | |
| | | |

w zależności od ilości oferowanych części, należy poszerzyć tabelę (wg wzoru) na każdą kolejną oferowaną część

2) OKRES GWARANCJI

2.1) dla Części Nr 1,2,3, 4,5,6,7,8,9,10 - miesięcy/miesiące (w pełnych miesiącach)
(nie krótszy niż 24 miesiące, nie dłuższy niż 36 miesięcy).

2.2) dla Części Nr 11 - miesięcy/miesiące (w pełnych miesiącach)
(nie krótszy niż 12 miesięcy, nie dłuższy niż 18 miesięcy).

Punktacja za zaoferowany okres gwarancji zostanie przyznana na podstawie § 15 SIWZ „OPIS KRYTERIÓW I SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY OFERTY”.

4. Przyjmujemy termin wykonania zamówienia – **do 14 września 2018 r.**

5. Przyjmuję/-my* **warunki i termin płatności określone w Załączniku Nr 7 do SIWZ - wzorze umowy.**

6. Oświadczam/-y*, że oferta nie zawiera/zawiera* informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

.....
Zastrzegając tajemnicę przedsiębiorstwa załączam/-y* pisemne uzasadnienie zastrzeżenia informacji.

7. Oświadczam/-y*, iż wybór niniejszej oferty

1) nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku towarów i usług*

2) będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku towarów i usług

- nazwa przedmiotu zamówienia

- wartość przedmiotu zamówienia

8. Informuję/-my*, że nie zamierzamy/zamierzamy* powierzyć wykonanie części zadania podwykonawcy:

.....
w zakresie:

9. Zobowiązuję/-my* się - w przypadku wybrania niniejszej oferty - do podpisania umowy (wg wzoru zawartego w Załączniku Nr 7 do SIWZ).

10. Jestem/-y*, Wykonawcą określonym jako mikroprzedsiębiorstwo bądź małe lub średnie przedsiębiorstwo, zgodnie z zaleceniami Komisji z dnia 6 maja 2003 r. (Dz. Urz. UE L 124 z 20.5.2003, str. 36), dotyczącymi definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw:

- tak*

- nie*

(Mikroprzedsiębiorca - zatrudnia mniej niż 10 osób, jego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów Euro; Małe przedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 50 osób, jego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów Euro;

Średnie przedsiębiorstwo - nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem, zatrudnia mniej niż 250 osób, jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów Euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO).

11. Oświadczam/y*, że wypełniłem/wypełniliśmy* obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 [RODO^{1\)}](#) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. (**)

(**) W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

12. Ofertę składam/-y* na ponumerowanych stronach, w kolejności:

1) FORMULARZ OFERTOWY str. 1

2) FORMULARZ ASORT.-CENOWY str. 2

3) TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

4) UPOWAŻNIENIE/PEŁNOMOCNICTWO str. 3

5) OŚWIADCZENIE o braku podstaw do wykluczenia z postępowania str. 4

5) str. 5;

13. Oświadczamy/-y*, pod groźbą odpowiedzialności karnej (art. 297 KK), iż wszystkie składane w przedmiotowym postępowaniu dokumenty i oświadczenia są aktualne oraz opisują rzeczywisty stan faktyczny i prawny.

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

* *niepotrzebne skreślić, wypełnić w sposób czytelny wszystkie wskazane do tego miejsca lub wpisać nie dotyczy*

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

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 1

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|-----|---|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | APARAT DO MONITOROWANIA NWM I DIAGNOSTYKI ZABURZEŃ ODDYCHANIA W CZASIE SNU, UMOŻLIWIAJĄCY MONITOROWANIE NASTĘPUJĄCYCH PARAMETRÓW: PRZEPŁYW POWIETRZA, CHRAPANIE, POZYCJA CIAŁA, SP02, HR, WYSIŁEK ODDECHOWY | szt. | 2 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| | | | | Razem | | xxxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 2

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | RESPIRATOR PRZEZNACZONY DO WSPOMAGANIA WENTYLACJI OKRESOWEJ LUB OKRESOWEJ I CIĄGŁEJ | szt. | 4 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | XXXXXXXXXX | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 3

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | RESPIRATOR DO NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ | szt. | 1 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 4

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | KAPNOGRAF DO MONITOROWANIA PRZEZSKÓRNEGO PCO2 | szt. | 1 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 5

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|-----|---|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | URZĄDZENIE UMOŻLIWIAJĄCE PRZYŁÓŻKOWE MONITOROWANIE: EKG TRZYODPROWADZENIOWE, LICZBY ODDECHÓW, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI METODĄ NIEINWAZYJNĄ, WYSYCENIA OKSYHEMOGLOBINY TLENEM (SATURACJI) METODĄ PRZEZSKÓRNĄ (PULSOKSYMETRIA) | szt. | 4 | | | | | | |
| 2. | STACJA CENTRALNEGO NADZORU | szt. | 1 | | | | | | |
| 3. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 4. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| | | | | Razem | | xxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 6

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | ŁÓŻKO WIELOFUNKCYJNE STEROWANE ELEKTRYCZNIE | szt. | 4 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 7

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | DEFIBRYLATOR | szt. | 2 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 8

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | ELEKTRYCZNE URZĄDZENIE DO SSANIA | szt. | 4 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 9

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | SPRZĘT DO SZYBKICH ORAZ REGULOWANYCH PRZETOCZEŃ PŁYNÓW, W TYM CO NAJMNIEJ 1 POMPA STRZYKAWKOWA | szt. | 4 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 10

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | NEBULIZATOR Z ZESTAWEM AKCESORIÓW (MASKA, USTNIK, RURKA T DO UKŁADU RESPIRATORA) | szt. | 4 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 11

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jedn. miary | Ilość | Cena jednostkowa netto [w zł] | Wartość netto [w zł] [poz. 4 x 5] | Stawka podatku VAT [w %] | Wartość brutto [w zł] [poz. 6 + 7] | Nazwa handlowa | Producent |
|--------------|--|-------------|-------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | ZESTAW DO INTUBACJI I WENTYLACJI (WOREK SAMOROZPREŻALNY) | szt. | 2 | | | | | | |
| 2. | Koszty zainstalowania sprzętu (montażu i uruchomienia) | - | - | | | | | - | - |
| 3. | Koszty przeszkolenia personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi sprzętu. | - | - | | | | | - | - |
| Razem | | | | | | xxxxxxxxx | | | |

Cena oferty skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmująca wszystkie koszty bez których realizacja umowy nie byłaby możliwa.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

..... dnia

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118
42-200 Częstochowa**

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 SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZEZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-23 ustawy PZP.
2. *[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy Zamawiający przewidział wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu].*

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy PZP.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
Pieczęć imienna i podpis

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy PZP (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt. 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy PZP). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze:

.....
.....

..... (miejsowość), dnia r.

.....
Pieczęć imienna i podpis

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:

.....

(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL KRS//CEiDG) **nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.**

..... (miejsowość), dnia r.

.....
Pieczęć imienna i podpis

[UWAGA: Zastosować wtedy, gdy Zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt. 2 ustawy PZP]

OŚWIADCZENIA 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/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.**

..... (miejsowość), dnia r.

.....
Pieczęć imienna i podpis

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

..... (miejsowość), dnia r.

.....
Pieczęć imienna i podpis

.....
.....
.....
pełna nazwa i adres Wykonawcy

OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego:

ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZEZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE w imieniu:

.....
nazwa Wykonawcy

I. Oświadczam/-y, że*:

1) nie należę/-my* do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1579 ze zm.), w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r., poz. 229 ze zm.)*

2) należę/-my* do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1579 ze zm.), w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r., poz. 229 ze zm.)*

II. Oświadczam/-y, że*:

nie należę/-my* do żadnej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r., poz. 229 ze zm.)*

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić

UWAGA

Wykonawcy zobowiązani są do złożenia oświadczenia w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy PZP. Wraz z oświadczeniem, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia niniejszą informację składa każdy z Wykonawców.

OŚWIADCZENIE PRZEDMIOTOWE WYKONAWCY

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na:

ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZEZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE

w imieniu:

.....
pełna nazwa Wykonawcy

1. Oświadczamy, że:

- 1) oferowany przedmiot zamówienia odpowiada opisowi przedmiotu zamówienia – ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SIWZ,
- 2) oferowany przedmiot zamówienia jest wyrobem medycznym- zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017, poz. 211 z późn. zm.), spełnia wymagania zasadnicze oraz jest wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z przepisami tej ustawy.

2. W przypadku podpisania umowy:

- 1) kserokopie stosownych dokumentów wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017, poz. 211 z późn. zm.), potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez uprawnione osoby tj.:

- Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych , wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2017r., poz. 211)
- Certyfikat Zgodności wyrobu wydany przez jednostkę notyfikowaną, jeżeli oferowany przedmiot zamówienia został zaliczony do jednej z klas, o których mowa w art. 29 ust. 5 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;
przedłożymy Kierownikowi Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, oraz na każde jego żądanie, w trakcie trwania postępowania przetargowego.

Jednocześnie oświadczam, iż świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

....., dnia 2018 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka/pieczętki*

*) - wypełnia Wykonawca zgodnie z treścią oferty.

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 1

APARAT DO MONITOROWANIA NWM I DIAGNOSTYKI ZABURZEŃ ODDYCHANIA W CZASIE SNU,
 UMOŻLIWIAJĄCY MONITOROWANIE NASTĘPUJĄCYCH PARAMETRÓW: PRZEPŁYW POWIETRZA,
 CHRAPANIE, POZYCJA CIAŁA, SP02, HR, WYSIŁEK ODDECHOWY - 2SZT

Producent

Nazwa-model/typ

Kraj pochodzenia

Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp | Parametr | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Ocena punktowa | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymagań |
|-----------------------------|---|--|--------------------|--|
| | Urządzenie typ, model | Podać | nie dotyczy | |
| | Producent/ Firma | Podać | nie dotyczy | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | nie dotyczy | |
| | Rok produkcji | Podać | nie dotyczy | |
| | Oznakowanie CE | TAK | nie dotyczy | |
| PODSTAWOWE WYMAGANIA | | | | |
| 1 | Stacjonarny lub przenośny system do badań polisomnograficznych wraz z oprogramowaniem do zbierania i analizy danych | TAK | nie dotyczy | |
| 2 | Ilość dostępnych , jednocześnie rejestrowanych kanałów: min. 30 | TAK | nie dotyczy | |
| 3 | System dostosowany do pracy w sieci szpitalnej. | TAK | | |
| 4 | Możliwość jednoczesnego podłączenia i rejestracji następującej ilości dedykowanych kanałów: - 6 x EEG, - 2 x EOG, - 1 x EKG, - 5 x EMG, - elektrody uziemienia oraz elektrod referencyjnych (M1,M2) Graficzne oznaczenia podłączeń w/w odprowadzeni na głowicy , ułatwiające obsługę urządzenia | TAK | nie dotyczy | |
| 5 | Min. 500 Hz częstotliwość próbkowania dla kanałów EEG,EOG,EMG,EKG i chrapania | TAK | nie dotyczy | |
| 6 | Próbkowanie sygnału EEG do 2000 Hz | TAK | nie dotyczy | |
| 7 | Częstotliwość próbkowania sygnału przepływu z kaniuli i czujnika termistorowego oraz pasów rejestrujących wysiłek oddechowy (RIP) – min. 100 Hz | TAK | nie dotyczy | |
| 8 | Jednoczesna rejestracja przepływu powietrza poprzez czujnik termistorowy i ciśnieniowy (kaniula) | TAK | | |
| 9 | Rejestracja chrapania poprzez mikrofon umieszczany na skórze pacjenta | TAK | nie dotyczy | |
| 10 | Czujniki pomiaru wysiłku oddechowego w technologii RIP (Respiratory Inductance Plethysmography). Graficzne oznaczenie miejsc podłączenia czujników, ułatwiające obsługę urządzenia | TAK | nie dotyczy | |
| 11 | Rejestracja EMG podbródkowego za pomocą 3 dedykowanych odprowadzeni (złote elektrody miseczkowe) przy jednoczesnym zapisie ruchów obu kończyn dolnych | TAK | nie dotyczy | |
| 12 | Graficzne oznaczenie miejsc podłączenia elektrod, ułatwiające obsługę urządzenia. | TAK | nie dotyczy | |
| 13 | Zapis (SpO2), HR (częstotliwość pracy serca) | TAK | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----|--|---|-------------|--|
| 14 | Graficzne oznaczenie miejsca podłączenia czujnika | TAK | nie dotyczy | |
| 15 | 8 kanałów DC. Złącza | Mniej niż 8 kanałów-0pkt. 8 kanałów i więcej 5pkt | | |
| 16 | Głowica podłączana do stacji głównej za pomocą kabla ze złączem umożliwiającym jej proste podłączenie do stacji , bez konieczności odłączania czujników lub urządzenie zawierające głowicę w jednostce rejestrującej | TAK | nie dotyczy | |
| 17 | Możliwość zapisu badania w czasie trwania akwizycji w pamięci wewnętrznej systemu PSG, na karcie SD, lub rozwiązanie równoważne, które może posłużyć jako zabezpieczenie przed utratą badania w czasie akwizycji np. w przypadku problemów z siecią , z awarią komputera zbierającego dane . | TAK | nie dotyczy | |
| 18 | Możliwość rozpoczęcia i zakończenia badania: - z pozycji stacji głównej bez konieczności uruchomienia aplikacji komputerowej oraz - z pozycji komputera systemowego | TAK | nie dotyczy | |
| 19 | Możliwość przeprowadzenia całego badania i rejestracji zapisu danych przy braku połączenia z komputerem systemowym | Tak-5pkt, Nie-0pkt. | | |
| 20 | Kontrola jakości połączeń elektrod z pozycji komputera zbierającego dane. Jednoczesny nieprzerwany zapis kanałów elektrofizjologicznych i pomiar wartości impedancji w czasie akwizycji oraz po wykonaniu badania przy jego analizie | Tak | nie dotyczy | |
| 21 | Możliwość zastosowania różnicowego czujnika ciśnień do pomiaru przepływu powietrza oraz ciśnienia terapeutycznego przy nadzorze terapii z urządzeń typu CPAP różnych producentów | Tak | nie dotyczy | |
| 22 | Pełna funkcjonalność systemu bez konieczności zastosowania: - zewnętrznych modułów zasilających pasy RIP - zewnętrznego źródła zasilania (bateria lub akumulator) któregośkolwiek z głównych podzespołów systemu (m.in. stacja główna, głowica pomiarowa) | Tak | nie dotyczy | |
| 23 | Kompatybilny , zaawansowany system nadzoru i zdalnego sterowania z pozycji komputera systemowego zaoferowanego urządzenia do terapii pod kontrolą polisomnografii | Tak | nie dotyczy | |
| 24 | Przy miareczkowaniu pod kontrolą PSG za pomocą urządzeń typu AutoCPAP i BiLevel różnych producentów , możliwa jednoczesna rejestracja przepływu powietrza i ciśnienia terapeutycznego. Zapis kanałów terapeutycznych zintegrowany z danymi diagnostycznymi. | Tak-5pkt, Nie-0pkt. | | |
| 25 | Kompletny cyfrowy tor wideo - 2 sztuki | Tak | nie dotyczy | |
| 26 | Pełna synchronizacja cyfrowego zapisu wideo obrazu wideo z zapisem sygnałów zaoferowanego systemu polisomnograficznego | Tak | nie dotyczy | |
| 27 | Kamera na podczerwień spełniająca następujące wymagania m.in.: - osobny numer IP - umożliwiająca zdalne sterowanie poprzez sieć (zmiana ZOOM, położenia, obrotu obrazu etc, - zapis wideo w formacie np.MPEG4 | Tak | nie dotyczy | |
| 28 | Oprogramowanie polisomnograficzne | Tak | nie dotyczy | |
| 29 | Oprogramowanie kompatybilne z zaoferowanym systemem polisomnograficznym, umożliwiające analizę i gromadzenie danych. | Tak | nie dotyczy | |
| 30 | Automatyczna i manualna analiza badania | Tak | nie dotyczy | |
| 31 | Możliwość manualnej analizy w czasie trwania badania | Tak | nie dotyczy | |
| 32 | Eksport danych do formatu EDF | Tak | nie dotyczy | |
| 33 | Brak opłaty licencyjnej za oprogramowanie | Tak | nie dotyczy | |
| 34 | Środowisko pracy : Windows 7 lub Windows 8 Professional | Tak | nie dotyczy | |
| 35 | Hasło dostępu ograniczające dostęp osób trzech do bazy danych pacjentów | Tak | nie dotyczy | |
| 36 | Zintegrowany interfejs HL7 | Tak | nie dotyczy | |
| 37 | Możliwość porównywania analiz tego samego badania wykonywanych przez różnych użytkowników | Tak | nie dotyczy | |
| 38 | Filtry EKG dla kanałów neurologicznych usuwające artefakty QRS | Tak | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----------------------------|--|-------------------------------|-------------|--|
| 39 | Rejestracja ciągłego pomiaru impedancji dla odprowadzeni kanałów elektrofizjologicznych wraz z danymi polisomnograficznymi na ekranie komputera w czasie trwania badania oraz po zgraniu badania | Tak | nie dotyczy | |
| 40 | Kontrola impedancji niepowodująca zaprzestania rejestracji danych PSG | Tak-5pkt, Nie-0pkt. | | |
| 41 | Bezpłatne aktualizacje oprogramowania | Tak | nie dotyczy | |
| 42 | Instalacja oprogramowania na min. 3 wskazanych komputerach | Tak | nie dotyczy | |
| 43 | Wyposażenie do systemu polisomnograficznego w cenie zestawu | Tak-5pkt, Nie-0pkt. | | |
| 44 | Dwa zestawy - 2 pasy wielokrotnego użytku do pomiaru wysiłku oddechowego metodą indukcyjną (RIP) wraz z niezbędnymi akcesoriami . Możliwość regulacji długości. Możliwość prania | Tak | nie dotyczy | |
| 45 | Pulsoksymetr elastyczny silikonowy w technologii Masimo – 2 sztuki | Tak | nie dotyczy | |
| 46 | Czujnik rejestracji pozycji ciała – 1 sztuka | Tak | nie dotyczy | |
| 47 | Termistor ustno-nosowy – 2 sztuki | Tak | nie dotyczy | |
| 48 | Czujnik różnicowy ciśnienia umożliwiający zapis przepływu powietrza i ciśnień z urządzeń typu CPAP i BiPAP różnych producentów w zakresie do 40 cm H2O | Tak | nie dotyczy | |
| 49 | Mikrofon – 1 sztuka | Tak | nie dotyczy | |
| 50 | Zestaw złotych elektrod miseczkowych do EEG,EKG,EMG - 2 kompletne zestawy | Tak | nie dotyczy | |
| 51 | Zestaw elektrod do EKG – 2 zestawy | Tak | nie dotyczy | |
| 52 | Kaniule nosowe jednorazowe – min. 60 sztuk | Tak | nie dotyczy | |
| 53 | Kompatybilny, zaawansowany system nadzoru i zdalnego sterowania z pozycji komputera systemowego zaoferowanych urządzeń do terapii pod kontrolą polisomnografii – 1 sztuka | Tak | nie dotyczy | |
| 54 | Urządzenie typu AutoCPAP kompatybilne z zaoferowanym systemem PSG do automatycznego miareczkowania ciśnień terapeutycznych , spełniające następujące wymagania: Min.7 trybów pracy , w tym: CPAP, AutoCPAP, AutoCPAP z funkcją komfortu (min. 3 poziomy nastaw) w czasie wydechu. Zestaw akcesoriów niezbędnych do zdalnego sterowania urządzeniem z pozycji komputera zbierającego dane i jednoczesnego podłączenia go do zaoferowanego systemu do badań polisomnograficznych. Przy podłączeniu do systemu polisomnograficznego dodatkowo zintegrowany z danymi PSG zapis ciśnień, wycieków powietrza , częstości oddechów i objętości oddechowych pacjenta AutoCPAP - 2 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| Inne wymagania | | | | |
| 55 | Oferowane urządzenia i akcesoria kompletne, fabrycznie nowe, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | Tak | nie dotyczy | |
| 56 | Oprogramowanie do rejestracji i analizy danych polisomnograficznych w języku polskim. | Tak – 10 pkt; Nie – 0 pkt. | | |
| 57 | Aparatura instalowana przez autoryzowany serwis | Tak | nie dotyczy | |
| 58 | Komputer PC o minimalnych wymaganiach tj: (i3, 500 GB HDD, 4 GB RAM, Windows 10) – 1 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| 59 | Monitor LCD o minimum 21" – 2 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | | |
| 60 | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Tak | nie dotyczy | |
| 61 | Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. | Tak/podać | nie dotyczy | |
| 62 | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | Tak | nie dotyczy | |
| 63 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 64 | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 65 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | nie dotyczy | |
| 66 | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | nie dotyczy | |
| 67 | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----|--|-----|-------------|--|
| 68 | Instrukcja obsługi w języku polskim zawierająca informacje o wykazie czynności serwisowych, które mogą być wykonane przez użytkownika samodzielnie dostarczona wraz z urządzeniem w postaci papierowej-2szt i elektronicznej | Tak | nie dotyczy | |
| 69 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | Tak | nie dotyczy | |
| 70 | Szkolenie personelu technicznego | Tak | nie dotyczy | |
| 71 | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | Tak | nie dotyczy | |
| 72 | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | Tak | nie dotyczy | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w dołączonym do oferty opisie przedmiotu zamówienia

UWAGA: Zamawiający wymaga, aby Wykonawca **dołączył do oferty** opis przedmiotu zamówienia np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / informacje – potwierdzające, spełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów opisanych w Załączniku Nr 6 do SIWZ - oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem, z zaznaczeniem której części i pozycji dotyczy dokument. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. **Opis przedmiotu zamówienia z uwagi na zastosowanie kryterium oceny jakości (parametry techniczne) stanowi treść oferty. Nie dołączenie do oferty opisu przedmiotu zamówienia (uwzględnia m.in. elementy oceniane) spowoduje odrzucenie oferty.**

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 2

RESPIRATOR PRZEZNACZONY DO WSPOMAGANIA WENTYLACJI OKRESOWEJ LUB OKRESOWEJ I
 CIĄGŁEJ - 4SZT

Producent
 Nazwa-model/typ
 Kraj pochodzenia
 Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp | Parametr | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Ocena punktowa | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|-----------------------------|--|--|--------------------|--|
| | Producent | Podać | nie dotyczy | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | nie dotyczy | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Podać/TAK | nie dotyczy | |
| PODSTAWOWE WYMAGANIA | | | | |
| 1 | Respirator przeznaczony do okresowej i ciągłej nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. | Tak | nie dotyczy | |
| 2 | Zasilanie podstawowe 230V, 50Hz. | Tak | nie dotyczy | |
| 3 | Zasilanie rezerwowe z baterii przez min. 5 godzin pracy respiratora. Zasilanie bateryjne zintegrowane z respiratorem. Wymagane automatyczne ładowanie przy podłączeniu do sieci elektrycznej oraz wymagany wskaźnik stanu naładowania baterii. | Tak | | |
| 4 | Oprogramowanie respiratora w języku polskim. | Tak | nie dotyczy | |
| 5 | Respirator wyposażony w ekran umożliwiający jednoczesne monitorowanie m.in: ciśnień terapeutycznych, częstości oddechów, objętości oddechowej, przecieków powietrza, minutowej wentylacji, ciśnienia szczytowego, stosunku I:E, poziomu naładowania baterii. | Tak | nie dotyczy | |
| 6 | Prezentacja jednoczasowa min. 2 krzywych oddechowych: - ciśnienie w funkcji czasu; - przepływ w funkcji czasu. | Tak | nie dotyczy | |
| 7 | Możliwość zablokowania klawiszy zabezpieczająca przed przypadkową zmianą nastaw respiratora przez pacjenta, lub personel medyczny. | Tak | nie dotyczy | |
| 8 | Praca przy zastosowaniu obwodu przeciekowego jak i z obwodu z zastawką. | Tak | nie dotyczy | |
| 9 | Waga respiratora wraz z zasilaniem bateryjnym poniżej 6 kilogramów. | Tak | nie dotyczy | |
| 10 | Tryby wentylacji min.: CPAP, PC-SIMV, ST, PCV, T | Tak | nie dotyczy | |
| 11 | Tryb hybrydowy z objętością docelową (typu Vtarget) z automatycznym dostosowaniem wspomaganie ciśnieniowego (PS) i zapewnieniem minimalnej częstości oddechów kontrolowanych. | Tak | nie dotyczy | |
| 12 | Tryby wentylacji z programowalną objętością: AC, VC, SIMV. | Tak | nie dotyczy | |
| 13 | Dedykowany tryb MPV wentylacji przez ustnik ciśnieniowo i objętościowo zmienny | Tak | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----|---|--------------------------------|-------------|--|
| 14 | Programowalne parametry wentylacji: - objętości oddechowe: 50 ml-2000ml; +/-10% - częstość oddechów kontrolowanych w zakresie min.: 5- 60 oddech./min; +/-10% - ciśnienie EPAP (PEEP) w zakresie 4 cmH ₂ O - 25 cmH ₂ O; +/-10% - ciśnienie wdechowe w zakresie:4 cmH ₂ O - 50 cmH ₂ O; +/-10% - szybkość narastania ciśnienia: min. 6 progów. | Tak | nie dotyczy | |
| 15 | Funkcja westchnięcia | Tak | nie dotyczy | |
| 16 | Detykowany tryb MPV wentylacji przez ustnik ciśnieniowo i objętościowo zmienny | Tak | nie dotyczy | |
| 17 | System automatycznych wyzwalaczy wdechu i wydechu pod wpływem spontanicznego oddechu pacjenta | Tak | nie dotyczy | |
| 18 | Nastawialny wyzwalacz wdechu - czułość triggera min. od 1 do 9 litrów/min. | Tak | nie dotyczy | |
| 19 | Nastawialny wyzwalacz cyklu (wydechu) – czułość triggera min. od 10 do 90% wartości szczytowego przepływu | Tak | nie dotyczy | |
| 20 | System automatycznej kompensacji przecieków powietrza w układzie | Tak | nie dotyczy | |
| 21 | Respirator wyposażony w system alarmów: - braku zasilania; - wysokiej i niskiej częstości oddechów; - bezdechu; - wysokiego oraz niskiego poziomu ciśnienia (w trybie objętościowo-zmiennym); - niskiej oraz wysokiej wentylacji minutowej (w trybie objętościowo-zmiennym); - niskiego poziomu naładowania baterii; - rozłączenia obwodu pacjenta; - niskich przecieków powietrza w obwodzie pacjenta. | Tak | nie dotyczy | |
| 22 | Zapis minimum ostatnich 20 alarmów. | Tak | nie dotyczy | |
| 23 | Możliwość eksportu danych terapeutycznych z respiratora do komputera PC. Oprogramowanie umożliwiające analizę następujących parametrów wentylacji: objętości oddechowe, przecieki powietrza, częstość oddechów oraz nastaw respiratora w zestawie. | Tak | nie dotyczy | |
| 24 | Automatyczny dobór przez respirator minimalnej częstości oddechów kontrolowanych. | TAK – 5 pkt., NIE-0 pkt. | | |
| 25 | Funkcja nebulizacji | TAK – 5 pkt., NIE – 0 pkt. | | |
| 26 | Możliwość zastosowania trybu z docelową objętością oddechową (V target) przy użyciu obwodu przeciekowego u pacjentów z zaostreniem przewlekłej niewydolności oddechowej | TAK – 10 pkt., NIE – 0 pkt. | | |
| 27 | Zestaw akcesoriów do każdego respiratora | | | |
| 28 | Maska ustno- nosowa szt. 6, min. wymagania: - silikonowa maska wielorazowego użytku (min.20 cykli) - dostępna w różnych rozmiarach (S,M,L) - zintegrowany port wydechowy - brak punktu wsparcia na czole i grzbiecie nosa | Tak | nie dotyczy | |
| 29 | Maska ustno- nosowa szt. 6, min. wymagania: - Obrotowe, przeciekowe kolanko wykonane z wytrzymałego plastiku - Silikonowa podpora czołowa zapewniająca oparcie maski na twarzy pacjenta. - Podpora czołowa z możliwością regulacji pochylecia maski względem twarzy pacjenta. - Przeznaczona do min. 20-krotnej sterylizacji (w tym sterylizacji temperaturowej, chemicznej) - Maski z możliwością zamontowania wymiennych żelowych poduszek w rozmiarach (S,M,L) - Mocowanie na twarzy pacjenta za pomocą 4- punktowej uprząży wyposażonej w klipsy | Tak | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----------------------------|--|-----|-------------|--|
| 30 | Maska silikonowa pełno twarzowa szt.1, min. wymagania: - wbudowany port przeciekowy - brak punktu wsparcia na grzbiecie nosa - korpus maski obejmuje zarówno usta, nos i oczy pacjenta - maska dostępna w rozmiarze S, L, XL | Tak | nie dotyczy | |
| 31 | Filtr wlotowy powietrza wielokrotnego użytku z możliwością mycia 1 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| 32 | Filtr antybakteryjny min. 10 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| 33 | Zestaw obwodów pacjenta min. 10 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | | |
| 34 | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie | Tak | nie dotyczy | |
| 35 | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | Tak | nie dotyczy | |
| 36 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 37 | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 38 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | nie dotyczy | |
| 39 | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | nie dotyczy | |
| 40 | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | nie dotyczy | |
| 41 | Instrukcja obsługi w języku polskim zawierająca informacje o wykazie czynności serwisowych, które mogą być wykonane przez użytkownika samodzielnie dostarczona wraz z urządzeniem w postaci papierowej-2szt i elektronicznej | Tak | nie dotyczy | |
| 42 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | Tak | nie dotyczy | |
| 43 | Szkolenie personelu technicznego | Tak | nie dotyczy | |
| 44 | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | Tak | nie dotyczy | |
| 45 | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | Tak | nie dotyczy | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w dołączonym do oferty opisie przedmiotu zamówienia

UWAGA: Zamawiający wymaga, aby Wykonawca **dołączył do oferty** opis przedmiotu zamówienia np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / informacje – potwierdzające, spełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów opisanych w Załączniku Nr 6 do SIWZ - oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem, z zaznaczeniem której części i pozycji dotyczy dokument. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. **Opis przedmiotu zamówienia z uwagi na zastosowanie kryterium oceny jakości (parametry techniczne) stanowi treść oferty. Nie dołączenie do oferty opisu przedmiotu zamówienia (uwzględnia m.in. elementy oceniane) spowoduje odrzucenie oferty.**

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 3

RESPIRATOR DO NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ - 1SZT

Producent

Nazwa-model/typ

Kraj pochodzenia

Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp | Parametr | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Ocena punktowa | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|-----------------------------|---|--|--------------------|--|
| | Producent | Podać | nie dotyczy | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | nie dotyczy | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Podać/TAK | nie dotyczy | |
| PODSTAWOWE WYMAGANIA | | | | |
| 1 | Respirator przeznaczony do okresowej i ciągłej nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. | Tak | nie dotyczy | |
| 2 | Zasilanie podstawowe 230V, 50Hz. | Tak | nie dotyczy | |
| 3 | Zasilanie rezerwowe z baterii przez min. 5 godzin pracy respiratora. Zasilanie bateryjne zintegrowane z respiratorem. Wymagane automatyczne ładowanie przy podłączeniu do sieci elektrycznej oraz wymagany wskaźnik stanu naładowania baterii. | Tak | | |
| 4 | Oprogramowanie respiratora w języku polskim. | Tak | nie dotyczy | |
| 5 | Respirator wyposażony w ekran umożliwiający jednocześnie monitorowanie m.in: ciśnień terapeutycznych, częstości oddechów, objętości oddechowej, przecieków powietrza, minutowej wentylacji, ciśnienia szczytowego, stosunku I:E, poziomu naładowania baterii. | Tak | nie dotyczy | |
| 6 | Prezentacja jednoczasowa min. 2 krzywych oddechowych: - ciśnienie w funkcji czasu; - przepływ w funkcji czasu. | Tak | nie dotyczy | |
| 7 | Możliwość zablokowania klawiszy zabezpieczająca przed przypadkową zmianą nastaw respiratora przez pacjenta, lub personel medyczny. | Tak | nie dotyczy | |
| 8 | Praca przy zastosowaniu obwodu przeciekowego jak i z obwodu z zastawką. | Tak | nie dotyczy | |
| 9 | Waga respiratora wraz z zasilaniem baterijnym poniżej 6 kilogramów. | Tak | nie dotyczy | |
| 10 | Tryby wentylacji min.: CPAP, PC-SIMV, ST, PCV, T | Tak | nie dotyczy | |
| 11 | Tryb hybrydowy z objętością docelową (typu Vtarget) z automatycznym dostosowaniem wspomaganie ciśnieniowego (PS) i zapewnieniem minimalnej częstości oddechów kontrolowanych. | Tak | nie dotyczy | |
| 12 | Tryby wentylacji z programowalną objętością: AC, VC, SIMV. | Tak | nie dotyczy | |
| 13 | Dedykowany tryb MPV wentylacji przez ustnik ciśnieniowo i objętościowo zmienny | Tak | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----|---|--------------------------------|-------------|--|
| 14 | Programowalne parametry wentylacji: - objętości oddechowe: 50 ml-2000ml; +/-10% - częstość oddechów kontrolowanych w zakresie min.: 5- 60 oddech./min; +/-10% - ciśnienie EPAP (PEEP) w zakresie 4 cmH ₂ O - 25 cmH ₂ O; +/-10% - ciśnienie wdechowe w zakresie:4 cmH ₂ O - 50 cmH ₂ O; +/-10% - szybkość narastania ciśnienia: min. 6 progów. | Tak | nie dotyczy | |
| 15 | Funkcja westchnięcia | Tak | nie dotyczy | |
| 16 | Detykowany tryb MPV wentylacji przez ustnik ciśnieniowo i objętościowo zmienny | Tak | nie dotyczy | |
| 17 | System automatycznych wyzwalaczy wdechu i wydechu pod wpływem spontanicznego oddechu pacjenta | Tak | nie dotyczy | |
| 18 | Nastawialny wyzwalacz wdechu - czułość triggera min. od 1 do 9 litrów/min. | Tak | nie dotyczy | |
| 19 | Nastawialny wyzwalacz cyklu (wydechu) – czułość triggera min. od 10 do 90% wartości szczytowego przepływu | Tak | nie dotyczy | |
| 20 | System automatycznej kompensacji przecieków powietrza w układzie | Tak | nie dotyczy | |
| 21 | Respirator wyposażony w system alarmów: - braku zasilania; - wysokiej i niskiej częstości oddechów; - bezdechu; - wysokiego oraz niskiego poziomu ciśnienia (w trybie objętościowo-zmiennym); - niskiej oraz wysokiej wentylacji minutowej (w trybie objętościowo-zmiennym); - niskiego poziomu naładowania baterii; - rozłączenia obwodu pacjenta; - niskich przecieków powietrza w obwodzie pacjenta. | Tak | nie dotyczy | |
| 22 | Zapis minimum ostatnich 20 alarmów. | Tak | nie dotyczy | |
| 23 | Możliwość eksportu danych terapeutycznych z respiratora do komputera PC. Oprogramowanie umożliwiające analizę następujących parametrów wentylacji: objętości oddechowe, przecieki powietrza, częstość oddechów oraz nastaw respiratora w zestawie. | Tak | nie dotyczy | |
| 24 | Automatyczny dobór przez respirator minimalnej częstości oddechów kontrolowanych. | TAK – 5 pkt., NIE-0 pkt. | | |
| 25 | Funkcja nebulizacji | TAK – 5 pkt., NIE – 0 pkt. | | |
| 26 | Możliwość zastosowania trybu z docelową objętością oddechową (V target) przy użyciu obwodu przeciekowego u pacjentów z zaostreniem przewlekłej niewydolności oddechowej | TAK – 10 pkt., NIE – 0 pkt. | | |
| 27 | Zestaw akcesoriów do każdego respiratora | | | |
| 28 | Maska ustno- nosowa szt. 6, min. wymagania: - silikonowa maska wielorazowego użytku (min.20 cykli) - dostępna w różnych rozmiarach (S,M,L) - zintegrowany port wydechowy - brak punktu wsparcia na czole i grzbiecie nosa | Tak | nie dotyczy | |
| 29 | Maska ustno- nosowa szt. 6, min. wymagania: - Obrotowe, przeciekowe kolanko wykonane z wytrzymałego plastiku - Silikonowa podpora czołowa zapewniająca oparcie maski na twarzy pacjenta. - Podpora czołowa z możliwością regulacji pochylecia maski względem twarzy pacjenta. - Przeznaczona do min. 20 krotnej sterylizacji (w tym sterylizacji temperaturowej, chemicznej) - Maska z możliwością zamontowania wymiennych żelowych poduszek w rozmiarach (S,M,L) - Mocowanie na twarzy pacjenta za pomocą 4- punktowej uprząży wyposażonej w klipsy | Tak | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----------------------------|--|-----|-------------|--|
| 30 | Maska silikonowa pełno twarzowa szt.1, min. wymagania: - wbudowany port przeciekowy - brak punktu wsparcia na grzbiecie nosa - korpus maski obejmuje zarówno usta, nos i oczy pacjenta - maska dostępna w rozmiarze S, L, XL | Tak | nie dotyczy | |
| 31 | Filtr wlotowy powietrza wielokrotnego użytku z możliwością mycia 1 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| 32 | Filtr antybakteryjny min. 10 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| 33 | Zestaw obwodów pacjenta min. 10 szt. | Tak | nie dotyczy | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | | |
| 34 | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie | Tak | nie dotyczy | |
| 35 | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | Tak | nie dotyczy | |
| 36 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 37 | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 38 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | nie dotyczy | |
| 39 | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | nie dotyczy | |
| 40 | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | nie dotyczy | |
| 41 | Instrukcja obsługi w języku polskim zawierająca informacje o wykazie czynności serwisowych, które mogą być wykonane przez użytkownika samodzielnie dostarczona wraz z urządzeniem w postaci papierowej-2szt i elektronicznej | Tak | nie dotyczy | |
| 42 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | Tak | nie dotyczy | |
| 43 | Szkolenie personelu technicznego | Tak | nie dotyczy | |
| 44 | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | Tak | nie dotyczy | |
| 45 | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | Tak | nie dotyczy | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w dołączonym do oferty opisie przedmiotu zamówienia

UWAGA: Zamawiający wymaga, aby Wykonawca **dołączył do oferty** opis przedmiotu zamówienia np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / informacje – potwierdzające, spełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów opisanych w Załączniku Nr 6 do SIWZ - oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem, z zaznaczeniem której części i pozycji dotyczy dokument. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. **Opis przedmiotu zamówienia z uwagi na zastosowanie kryterium oceny jakości (parametry techniczne) stanowi treść oferty. Nie dołączenie do oferty opisu przedmiotu zamówienia (uwzględnia m.in. elementy oceniane) spowoduje odrzucenie oferty.**

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 4

KAPNOGRAF DO MONITOROWANIA PRZEZSKÓRNEGO PCO₂ - 1SZT

Producent

Nazwa-model/typ

Kraj pochodzenia

Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp | Parametr | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|-----------------------------|--|--|--|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Podać/TAK | |
| PODSTAWOWE WYMAGANIA | | | |
| 1 | System wyposażony w elektrodę umożliwiającą jednoczesny pomiar saturacji oraz ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla. | Tak/podać | |
| 2 | EKRAN: kolorowy o przekątnej min. 9", dotykowy, w technologii TFT, min. 800 x 480 pikseli, proporcja min. 16:9 | Tak | |
| 3 | Awaryjne zasilanie aparatu z wbudowanego akumulatora przez co najmniej dwie godziny | Tak | |
| 4 | Oprogramowanie, komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | Tak | |
| 5 | Zapis danych: min. 400 godzin monitorowania | Tak | |
| 6 | Wyjście szeregowo: EIA232, (RS232) | Tak | |
| 7 | Minimum dwa porty USB 2.0. | Tak | |
| 8 | Zasilanie: 100-240 V 50-60 Hz | Tak | |
| 9 | System gotowy do pracy wraz z tzw. pakietem startowym materiałów zużywalnych | Tak | |
| 10 | Parametry mierzone: SpO ₂ , tcpCO ₂ , i moc stosowana do nagrzewania elektrody | Tak | |
| 11 | Oprogramowanie do obróbki statystycznej danych z kapnografu w języku polskim (licencja na min. 2 stanowiska) | Tak | |
| 12 | Zakres wyświetlania: - tcpCO ₂ : 5-200 mmHg lub 0,7-26,7 kPa - SpO ₂ : 0-100 % | Tak | |
| 13 | Zakres pomiarowy: - tcpCO ₂ : 5-200 mmHg lub 0,7-26,7 kPa - SpO ₂ : 0-100 % (70-100 % z ±3 cyframi) - Częstość tętna: 25-240 skurczów na minutę (bpm) | Tak | |
| 14 | Ustawienie temperatury w °C: 37,0-44,0 °C, skokowo co 0,5 °C | Tak | |
| 15 | Wbudowany barometr: 375-825 mmHg lub 50-110 kPa Dokładność: ±5 mmHg lub 0,67 kPa | Tak | |
| 16 | Ustawienia czasu pomiaru: 0,5h-12h, skokowo co 0,5 godziny | Tak | |
| 17 | Podręcznik użytkownika w oprogramowaniu urządzenia | Tak | |

| | | | |
|----------------------------|--|-----|--|
| 18 | Waga max. 2,5 kg (bez akumulatora) | Tak | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | |
| 19 | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Tak | |
| 20 | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | Tak | |
| 21 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | Tak | |
| 22 | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak | |
| 23 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | |
| 24 | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | |
| 25 | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | |
| 26 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak | |
| 27 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | Tak | |
| 28 | Szkolenie personelu technicznego | Tak | |
| 29 | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | Tak | |
| 30 | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | Tak | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 5

- 1) URZĄDZENIE UMOŻLIWIAJĄCE PRZYŁÓŻKOWE MONITOROWANIE: EKG TRZYODPROWADZENIOWE, LICZBY ODDECHÓW, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI METODĄ NIEINWAZYJNĄ, WYSYCENIA OKSYHEMOGLOBINY TLENEM (SATURACJI) METODĄ PRZEZSKÓRNĄ (PULSOKSYMETRIA) - 4 szt
 2) Stacja centralnego nadzoru - 1szt

WYMAGANIA TECHNICZNE - URZĄDZENIE UMOŻLIWIAJĄCE PRZYŁÓŻKOWE MONITOROWANIE: EKG TRZYODPROWADZENIOWE, LICZBY ODDECHÓW, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI METODĄ NIEINWAZYJNĄ, WYSYCENIA OKSYHEMOGLOBINY TLENEM (SATURACJI) METODĄ PRZEZSKÓRNĄ (PULSOKSYMETRIA) - 4 szt

Producent
 Nazwa-model/typ
 Kraj pochodzenia
 Rok produkcji.....

| Lp. | Warunki wymagane i pożądane | Parametr wymagany /pożądany | Parametr oferowany – Wykonawca winien opisać/podać oferowane parametry |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Podać/TAK | |
| PODSTAWOWE WYMAGANIA | | | |
| 1. | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej 4 kg | TAK | |
| 2. | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia oraz w kieszeń na akcesoria. | TAK | |
| 3. | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD z podświetleniem LED, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 800x600 pikseli. | TAK | |
| 4. | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych. | TAK | |
| 5. | Trendy wszystkich mierzonych parametrów: co najmniej 100-godzinne z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta i co najmniej 1000 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 10 minut. | TAK | |
| 6. | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych oraz zdarzeń wpisanych przez użytkownika – pamięć co najmniej 500 zestawów odcinków krzywych i wartości parametrów | TAK | |
| 7. | Kategorie wiekowe pacjentów: dorośli, dzieci i noworodki. | TAK | |

| | | | |
|-----|---|-----|--|
| 8. | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów: <ul style="list-style-type: none"> • EKG; • Odchylenie odcinka ST; • Liczba oddechów (RESP); • Saturacja (Spo2); • Ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP); • Temperatura (T1,T2,TD). | TAK | |
| 9. | Pomiar EKG | TAK | |
| 10. | Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm. | TAK | |
| 11. | Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3. i 5. końcówkowego odprowadzeń. | TAK | |
| 12. | Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż +/- 1%. | TAK | |
| 13. | Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s. | TAK | |
| 14. | Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej EKG. | TAK | |
| 15. | Czułość: co najmniej 0,125 cm/mV; 0,25 cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2 cm/mV; 4,0 cm/mV; auto. | TAK | |
| 16. | Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie w zakresie od -2,0 do +2,0 mV. Możliwość ustawienia jednostki pomiarowej mm. | TAK | |
| 17. | Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych | TAK | |
| 18. | Monitorowanie odcinka QT | TAK | |
| 19. | Analiza zaburzeń rytmu (co najmniej 23), z rozpoznawaniem co najmniej następujących zaburzeń: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bradykardia <input type="checkbox"/> Tachykardia <input type="checkbox"/> Asystolia <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa <input type="checkbox"/> Migotanie komór <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków <input type="checkbox"/> Stymulator nie przechwytyuje <input type="checkbox"/> Stymulator nie generuje impulsów <input type="checkbox"/> Salwa komorowa <input type="checkbox"/> PVC/min wysokie | TAK | |
| 20. | Pomiar oddechów (RESP). | TAK | |
| 21. | Zakres pomiaru: minimum 5-120 oddechów /min | TAK | |
| 22. | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/-2 oddech /min | TAK | |
| 23. | Prędkość kreślenia: co najmniej 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s, 50 mm/s. | TAK | |
| 24. | Możliwość wyboru odprowadzeń do monitorowania respiracji | TAK | |

| | | | |
|-----|---|-----|--|
| 25. | Pomiar saturacji (SpO ₂). | TAK | |
| 26. | Zakres pomiaru saturacji: 0÷100% | TAK | |
| 27. | Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 20÷300/min. | TAK | |
| 28. | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%. | TAK | |
| 29. | Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO ₂ i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO ₂ w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik | TAK | |
| 30. | Alarm desaturacji | TAK | |
| 31. | Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP). | TAK | |
| 32. | Oscylometryczna metoda pomiaru. | TAK | |
| 33. | Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷270 mmHg. | TAK | |
| 34. | Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP: co najmniej 40÷240 bpm. | TAK | |
| 35. | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 5mmHg. | TAK | |
| 36. | Tryb pomiaru: AUTO; Ręczny. | TAK | |
| 37. | Zakres programowania interwałów w trybie AUTO: co najmniej 1÷480 minut. | TAK | |
| 38. | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | TAK | |
| 39. | Pomiar temperatury (TEMP) | TAK | |
| 40. | Zakres pomiarowy: co najmniej 25÷42°C. | TAK | |
| 41. | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1°C. | TAK | |
| 42. | Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości : 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa | TAK | |
| 43. | Wyposażenie kardiomonitora w akcesoria pomiarowe. | TAK | |
| 44. | Kabel EKG 5-odprowadzeniowy | TAK | |
| 45. | Przewód łączący do mankiatów do pomiaru NIBP | TAK | |
| 46. | Mankiet do pomiar NIBP: średni | TAK | |
| 47. | Czujnik SpO ₂ na palec dla dorosłych typu klips | TAK | |
| 48. | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokręteł, przycisków oraz poprzez ekran dotykowy. | TAK | |
| 49. | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów. | TAK | |
| 50. | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów. | TAK | |
| 51. | Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów. | TAK | |
| 52. | Wybór czasowego zawieszenia alarmów – co najmniej 5 czasów do wyboru. | TAK | |
| 53. | Ustawianie różnych poziomów alarmowania dla poszczególnych parametrów. | TAK | |
| 54. | Ustawianie głośności sygnalizacji alarmowej (co najmniej 10 poziomów do wyboru) oraz wzorca dźwiękowej sygnalizacji (co najmniej 3 wzorce do wyboru) | TAK | |
| 55. | Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta. | TAK | |

| | | | |
|----------------------------|---|-----|--|
| 56. | Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej, minimalnej oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów). | TAK | |
| 57. | Funkcja analizy NIBP z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach ciśnienia: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej za dnia, maksymalnej w nocy, minimalnej za dnia, minimalnej w nocy oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów). | TAK | |
| 58. | Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50Hz i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor. | TAK | |
| 59. | Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej, pomiar NIBP co 15 min): nie krótszy niż 4 godziny. | TAK | |
| 60. | Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 6 godzin. | TAK | |
| 61. | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora. | TAK | |
| 62. | Interfejs i oprogramowanie sieciowe, umożliwiające pracę kardiomonitora w sieci przewodowej z centralą monitorującą. | TAK | |
| 63. | Funkcja podglądu danych z innych monitorów podłączonych do sieci bez stacji centralnego nadzoru | TAK | |
| 64. | Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci. Możliwość komunikacji z alarmami z kardiomonitorów | TAK | |
| 65. | Funkcja zdalnego wyciszania alarmów w innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | TAK | |
| 66. | Monitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera osobistego niepełniące jednocześnie funkcji centrali (na wyposażeniu kardiomonitora oprogramowanie do archiwizacji danych na PC). | TAK | |
| 67. | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci z centralą pielęgniarską gotową do współpracy z systemami monitorowania wyposażonymi w zaawansowane moduły pomiarowe takie jak: <ul style="list-style-type: none"> - rzut minutowy metodami: termodylucji, IKG, PiCCO; - BIS; - NMT; - EEG | TAK | |
| 68. | Port USB ; możliwość przenoszenia konfiguracji pomiędzy monitorem a monitorami zainstalowanymi w szpitalu serii uMec | TAK | |
| 69. | Cicha praca urządzenia – chłodzenie bez wentylatora | TAK | |
| 70. | Monitor zabezpieczony przed zalaniem wodą – stopień ochrony co najmniej IPX1 | TAK | |
| 71. | Uchwyt do zawieszenia na ścianie z koszem na akcesoria | TAK | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | |
| 72. | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | TAK | |
| 73. | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | TAK | |
| 74. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | TAK | |
| 75. | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | TAK | |
| 76. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | TAK | |
| 77. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | TAK | |
| 78. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | TAK | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 79. | Instrukcja obsługi w języku polskim zawierająca informacje o wykazie czynności serwisowych, które mogą być wykonane przez użytkownika samodzielnie dostarczona wraz z urządzeniem w postaci papierowej-2szt i elektronicznej | TAK | |
| 80. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | TAK | |
| 81. | Szkolenie personelu technicznego | TAK | |
| 82. | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | TAK | |
| 83. | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | TAK | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

WYMAGANIA TECHNICZNE - STACJA CENTRALNEGO NADZORU - 1SZT

Producent
 Nazwa-model/typ
 Kraj pochodzenia
 Rok produkcji.....

| Lp | Parametr | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|-----------------------------|--|--|--|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Podać/TAK | |
| PODSTAWOWE WYMAGANIA | | | |
| 1 | Stacja centralnego programowo przystosowana do podłączenia co najmniej 32 monitorów pacjenta (bez konieczności zmiany lub upgrade’u oprogramowania) | Tak/podać | |
| 2 | Dwa kolorowe, ekrany każdy o przekątnej co najmniej 23” | Tak | |
| 3 | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych łóżek, z identyfikacją alarmującego łóżka. Wyciszanie alarmów i uruchamianie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego z poziomu centrali. | Tak | |
| 4 | Wpisywanie danych demograficznych pacjenta w centrali i w monitorach | Tak | |
| 5 | Pamięć stanów krytycznych (alarmów i arytmii i innych zdarzeń, z zapisem odcinków krzywych dynamicznych i wartości liczbowych) - minimalna liczba zdarzeń: 1000/pacjenta | Tak | |
| 6 | Funkcja "holterowska" – pamięć ciągłego zapisu przynajmniej 4 monitorowanych przebiegów falowych (EKG+inne) - nie tylko trendów; z ostatnich min. 240 godzin | Tak | |
| 7 | Trendy tabelaryczne: pamięć z ostatnich min. 240 godzin | Tak | |
| 8 | Zapamiętywanie i przegląd co najmniej 20000 historii wypisanych pacjentów | Tak | |
| 9 | Drukarka laserowa do wydruków trendów i raportów na standardowym papierze A4; wbudowane łącze do sieci Ethernet | Tak | |
| 10 | Podtrzymanie zasilania elektrycznego centrali (UPS) min. 20 min. | Tak | |
| 11 | Możliwość przyszłej integracji ze szpitalnym systemem informatycznym klasy HIS co najmniej w zakresie importowania danych ADT (przyjęcia i wypisy pacjentów) | Tak | |
| 12 | Zestaw akcesoriów sieciowych do podłączenia 7 monitorów pacjenta w tym monitorów będących w posiadaniu Oddziału | Tak | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | |
| 13 | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Tak | |
| 14 | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | Tak | |
| 15 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | Tak | |
| 16 | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak | |
| 17 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | |
| 18 | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | |
| 19 | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim zawierająca informacje o wykazie czynności serwisowych, które mogą być wykonane przez użytkownika samodzielnie dostarczona wraz z urządzeniem w postaci papierowej-2szt i elektronicznej | Tak | |
| 21 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | Tak | |
| 22 | Szkolenie personelu technicznego | Tak | |
| 23 | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | Tak | |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 24 | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | Tak | |
|----|--|-----|--|

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 6

ŁÓŻKO WIELOFUNKCYJNE STEROWANE ELEKTRYCZNIE - 4SZT

Producent

Nazwa-model/typ

Kraj pochodzenia

Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp | Parametr | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Ocena punktowa | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|-----------------------------|--|--|--------------------|--|
| | Producent | Podać | nie dotyczy | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | nie dotyczy | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Podać/TAK | nie dotyczy | |
| PODSTAWOWE WYMAGANIA | | | | |
| 1 | Łóżko szpitalne o wymiarach leża 200cm x 90 cm (+/-5cm) wraz z funkcją przedłużania leża. Leże posiada dodatkowe otwory na dodatkowe wyposażenie we wszystkich narożnikach | Tak, podać | nie dotyczy | |
| 2 | Szerokość łóżka z zamontowanymi barierkami bocznymi poniżej 100cm | Tak, podać | nie dotyczy | |
| 3 | Funkcja przedłużania leża min. 150 mm | Do 149 mm – 0 pkt, 150mm i więcej – 10 pkt | | |
| 4 | Długość podstawy łóżka 160 cm +/- 2cm/ szerokość podstawy łóżka 80 cm +/- 2cm/ dla zapewnienia maksymalnej stabilności leża | Tak | nie dotyczy | |
| 5 | Łóżko z elektrycznymi regulacjami Wysokości , segmentu pleców , segmentu uda, przechyłów Trendelenburga i antyTrendelenburga | Tak | nie dotyczy | |
| 6 | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka. Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. Nie dopuszcza się przewodów prostych. | Tak | nie dotyczy | |
| 7 | Funkcja CPR segmentu pleców pozwalająca na natychmiastową reakcję w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta. Dźwignia regulacyjna umieszczona w górnej części oparcia pleców | Tak | nie dotyczy | |
| 8 | Dźwignia regulacji funkcji CPR umieszczona w górnej części oparcia pleców | Tak – 10 pkt Nie- dźwignia umiejscowiona poniżej ramy leża - 0pkt | | |
| 9 | Funkcja autokonturu- jednoczesnej regulacji segmentu pleców i segmentu uda | Tak | nie dotyczy | |
| 10 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 350 mm do 750 mm (+/-20mm), gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Nie dopuszcza się rozwiązań o wysokości minimalnej wyższej narażającej pacjenta na ryzyko upadków | Tak, podać | nie dotyczy | |
| 11 | Regulacja elektryczna pleców min 65 ^o oraz regulacja elektryczna uda min 34 ^o | Tak, podać | nie dotyczy | |
| 12 | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i antyTrendelburga min. 15 ^o | Tak, podać | nie dotyczy | |

| | | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|-------------|--|
| 13 | Regulacja funkcji elektrycznych ze pomocą pilota przewodowego | Tak | nie dotyczy | |
| 14 | Pilot posiada graficzną informację o umiejscowieniu dźwigni mechanicznej funkcji CPR | Tak – 10pkt Nie - 0pkt | | |
| 15 | Możliwość uzyskania pozycji antyszokowej za pomocą siłowników elektrycznych | Tak | nie dotyczy | |
| 16 | Możliwość zablokowania wszystkich funkcji elektrycznych przez personel medyczny. Blokada elektroniczna | Tak | nie dotyczy | |
| 17 | Leże łóżka 4 – sekcyjne, w tym 3 ruchome. Leże wypełnienie panelami tworzywowymi.. Panele gładkie, łatwo demontowalne, lekkie (maksymalna waga pojedynczego panelu poniżej 1kg) nadające się do dezynfekcji. Panele zabezpieczone przed przesuwaniem się i wypadnięciem poprzez system zatrzaskowy. | Tak | nie dotyczy | |
| 18 | Funkcja autoregresji segmentu pleców oraz uda, niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. Funkcja realizowana automatycznie podczas regulacji segmentów | Tak, podać | nie dotyczy | |
| 19 | Autoregresja segmentu oparcia pleców min. 9 cm | Tak | nie dotyczy | |
| 20 | Autoregresja segmentu uda min. 5cm | Tak | nie dotyczy | |
| 21 | Funkcja zaawansowanej autoregresji, system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4. | Tak | nie dotyczy | |
| 22 | Szczyty łóżka tworzywowe z jednolitego odlewu bez miejsc klejenia/skręcania, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem. Blokady szczytów z graficzną, kolorystyczną informacją: zablokowane/odblokowane. | Tak | nie dotyczy | |
| 23 | Koła metalowe o średnicy min. 125mm. Centralna oraz kierunkowa blokada kół uruchamiana za pomocą jednej z dwóch dźwigni zlokalizowanych bezpośrednio przy kołach od strony nóg, po obu stronach łóżka. | Tak, | nie dotyczy | |
| 24 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 200kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego. | Tak, podać | nie dotyczy | |
| 25 | Barierki boczne metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leża nie powodujące poszerzenia łóżka, barierki składane poniżej poziomu materaca, Barierki boczne składające się z min trzech poprzeczek. W celach bezpieczeństwa barierki odblokowywane w min dwóch ruchach, tj. podniesienie barierki, zwolnienie blokady oraz opuszczenie barierki. Nie dopuszcza się łóżka z barierkami z przyciskiem/dźwignią blokady działającym bez podniesienia barierki. | Tak | nie dotyczy | |
| 26 | Wyposażenie łóżka : 1. Barierki boczne opisane powyżej 2. Materac w tkaninie nieprzemakalnej oddychającej wysokości min. 140 mm. Materac dwustronny 3. Szafka przyłóżkowa opisana poniżej: | Tak | nie dotyczy | |
| 27 | Łóżko i materac jednego producenta | Tak | nie dotyczy | |
| SZAFKA PRZYŁOŻKOWA | | | | |
| 28 | Producent | Tak | nie dotyczy | |
| 29 | Kraj pochodzenia | Tak | nie dotyczy | |
| 30 | Rok produkcji – fabrycznie nowe | Tak | nie dotyczy | |
| 31 | Szafka przyłóżkowa z możliwością ustawienia z prawej lub lewej strony łóżka | Tak | nie dotyczy | |

| | | | | |
|----------------------------|--|-----|-------------|--|
| 32 | Konstrukcja szafki lekka, kontenerowa wykonana z tworzywa sztucznego | Tak | nie dotyczy | |
| 33 | Szerokość całkowita: 500 mm (+/- 30 mm) Długość całkowita: 480 mm (+/-30 mm) Wysokość całkowita: 825 mm (+/-30 mm) | Tak | nie dotyczy | |
| 34 | Blat szafki wykonany z tworzywa | Tak | nie dotyczy | |
| 35 | Czoła szuflad i drzwiczek wyposażone w zaokrąglone uchwyty nie wystające poza obrys szafki | Tak | nie dotyczy | |
| 36 | Uchwyty do otwierania drzwiczek i szuflady pokryte antybakteryjną powłoką z miedzi -antybakteryjność potwierdzona certyfikatem CU+ | Tak | nie dotyczy | |
| 37 | Szafka wyposażona w cztery koła o śr. min. 50 mm , w tym 2 z blokadą | Tak | nie dotyczy | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | | |
| 39 | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Tak | nie dotyczy | |
| 40 | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | Tak | nie dotyczy | |
| 41 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 42 | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak | nie dotyczy | |
| 43 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | nie dotyczy | |
| 44 | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | nie dotyczy | |
| 45 | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | nie dotyczy | |
| 46 | Instrukcja obsługi w języku polskim zawierająca informacje o wykazie czynności serwisowych, które mogą być wykonane przez użytkownika samodzielnie dostarczona wraz z urządzeniem w postaci papierowej-2szt i elektronicznej | Tak | nie dotyczy | |
| 47 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | Tak | nie dotyczy | |
| 48 | Szkolenie personelu technicznego | Tak | nie dotyczy | |
| 49 | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | Tak | nie dotyczy | |
| 50 | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | Tak | nie dotyczy | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w dołączonym do oferty opisie przedmiotu zamówienia

UWAGA: Zamawiający wymaga, aby Wykonawca **dołączył do oferty** opis przedmiotu zamówienia np.: karty katalogowe / opisy / foldery / fotografie / informacje – potwierdzające, spełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów opisanych w Załączniku Nr 6 do SIWZ - oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem, z zaznaczeniem której części i pozycji dotyczy dokument. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski. **Opis przedmiotu zamówienia z uwagi na zastosowanie kryterium oceny jakości (parametry techniczne) stanowi treść oferty. Nie dołączenie do oferty opisu przedmiotu zamówienia (uwzględnia m.in. elementy oceniane) spowoduje odrzucenie oferty.**

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 7

DEFIBRYLATORY – 2 SZT.

Nazwa-model/typ

Kraj pochodzenia

Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | PARAMETR | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|-----|---|--|--|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Tak | |
| 1. | Defibrylator dwufazowy | TAK | |
| 2. | Rok produkcji: 2018 | TAK | |
| 3. | Defibrylacja dorosłych i dzieci | TAK | |
| 4. | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK | |
| 5. | Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J | TAK | |
| 6. | Energia dostępna na min. 19 poziomach | TAK | |
| 7. | Czas ładowania do pełnej energii mniej niż. 9 sek. | TAK | |
| 8.. | Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze łyżki dla dzieci | TAK | |
| 9. | Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja) Możliwość wykonania kardiowersji także bez kabla ekg (wtedy odczyt sygnału EKG do synchronizacji z łyżek twardych defibrylatora) oraz zapewniona możliwość wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla ekg 3 żyłowego | TAK | |
| 10. | Kolorowy ekran o przekątnej min. 6 cali, LCD TFT z aktywną matrycą, rozdzielczość ekranu nie gorszej niż 640 x 480 pikseli | TAK | |
| 11. | Oprogramowanie w języku polskim | TAK | |
| 12. | Zasilanie z sieci 230 V/50Hz i z akumulatora wewnętrznego. Możliwość min. 90-cio minutowego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. Nieograniczone w czasie monitorowanie i nieograniczone co do liczności defibrylacje z zasilania sieciowego. | TAK | |
| 13. | Masa samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami (defibrylacja, kardiowersja, EKG/Resp, rejestrator) wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych poniżej 7 kg | TAK | |
| 14. | Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości \geq 50mm, Wyposażenie do rejestratora: 2 rolki papieru termicznego | TAK | |

| | | | |
|---|---|-----|--|
| 15. | EKG Monitorowanie EKG poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający jednoczesną obserwację 6 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVr, aVl, aVf). Możliwość monitorowania także odprowadzenia przedsercowego V po zakupie kabla ekg min. 5 żyłowego Min. 5 wartości wzmocnienia dla 1mV: x0,25; x0,5; x1; x2; x4 Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany przynajmniej w min. zakresie pomiarowym od 15 do 300 uderzeń/min Wyposażenie: kabel ekg min. 3 żyłowy | TAK | |
| 16. | Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 5-150 oddechów/min z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. 5-50 s | TAK | |
| 17. | Alarmy wizualne i dźwiękowe z możliwością ich zawieszania i wyłączania dla EKG i Resp. Możliwość dowolnego ustawiania wszystkich granic alarmowych przez użytkownika. | TAK | |
| 18. | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali ekg, i fali oddechu z ostatnich min. 6 godzin monitorowania oraz min. 800 zdarzeń defibrylatora z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika | TAK | |
| 19. | Zapewnienie możliwości wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez zewnętrznych testerów (tester wbudowany w defibrylator) | TAK | |
| 20. | Funkcja autotestu: defibrylator załącza się, testuje, drukuje raport z autotestu i się wyłącza. Użytkownik ma możliwość ustawienia godziny autotestu. | TAK | |
| 21. | Funkcja stymulacji przezskórnej | TAK | |
| 22. | Możliwość rozbudowy o nieinwazyjny pomiar ciśnienia, saturację | TAK | |
| PODAĆ INNE FUNKCJE I AKCESORIA OFEROWANE W CENIE | | | |
| 23. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. | TAK | |
| 24. | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | TAK | |
| 25. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | TAK | |
| 26. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | TAK | |
| 27. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | TAK | |
| 28. | Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy | TAK | |
| 29. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego | TAK | |
| 30. | Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń | TAK | |
| 31. | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | TAK | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 8

ELEKTRYCZNE URZĄDZENIE DO SSANIA - 4SZT

Producent

Nazwa-model/typ

Kraj pochodzenia

Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | PARAMETR | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|------------------------------------|---|---|---|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Tak | |
| 1. | Ssak do użytku na oddziałach szpitalnych, w intensywnym nadzorze, w salach operacyjnych, transporcie. | TAK | |
| 2. | Zbiornik bezpieczeństwa | TAK | |
| 3. | Rurka łącząca zbiornik bezpieczeństwa ze zbiornikiem podstawowym | TAK | |
| 4. | Minimum 1-litrowy zbiornik podstawowy, nietłukący (z poliwęglanu) z pokrywą z zabezpieczeniem przed przelaniem | TAK | |
| 5. | Uchwyt zbiornika | TAK | |
| 6. | Uchwyt na przewód ssący | TAK | |
| 7. | Przewód ssący silikonowy z zaworem zatrzymującym ssanie minimum 1,5m | TAK | |
| 8. | Stojak jezdny minimum 3 kołowy | TAK | |
| 9. | Kabel zasilający o długości min. 2m | TAK | |
| 10. | Ładowanie akumulatora ok. 4h lub krócej od 0% do 100% | TAK | |
| CHARAKTERYSTYKA PRACY SSAKA | | | |
| 12. | Wydajność od 15l/min do 20l/min +/-10% | TAK | |
| 13. | Max. Podciśnienie do 80kPA | TAK | |
| 14. | Poziom hałasu poniżej 60dB | TAK | |
| 15. | Wymiary (szerokość; wysokość; głębokość) 310 x 240 x 190 mm +/-10% | TAK | |
| 16. | Waga nie większa niż 5kg | TAK | |
| Pozostałe wymagania | | | |
| 17. | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | TAK | |
| 18. | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | TAK | |
| 19. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. | TAK | |
| 20. | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | TAK | |
| 21. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | TAK | |
| 22. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | TAK | |
| 23. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | TAK | |
| 24. | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim | TAK | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 25. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego | TAK | |
| 26. | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | TAK | |
| 27. | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | TAK | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 9

SPRZĘT DO SZYBKICH ORAZ REGULOWANYCH PRZETOCZEŃ PŁYNÓW, W TYM CO NAJMNIEJ 1
POMPA STRZYKAWKOWA - 4SZT

Producent
Nazwa-model/typ
Kraj pochodzenia
Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | PARAMETR | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|--------------------------------|---|--|--|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Podać/TAK | |
| Pompa strzykawkowa-4szt | | | |
| 1. | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiającą współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | Tak | |
| 2. | Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci | Tak | |
| 3. | Waga pompy ok. 2,30 kg +/-10% | Tak | |
| 4. | Wymiary pompy 215 x 96 x 169 (mm), wymiary pompy z uchwytem mocującym 290 x 98 x 220 (mm) +/-10% | Tak | |
| 5. | Stopień ochrony IP34 | Tak | |
| 6. | Kolorowy wyświetlacz czytelny pod kątem min. 80 stopni | Tak | |
| 7. | Wbudowany uchwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych, oraz szyn poziomych | Tak | |
| 8. | Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy | Tak | |
| 9. | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy na jednym uchwycie. | Tak | |
| 10. | Strzykawka mocowana od przodu | Tak | |
| 11. | Klawiatura symboliczna | Tak | |
| 12. | Menu pompy w języku polskim | Tak | |
| 13. | Instrukcja obsługi zaimplementowana w menu pompy, ułatwiająca pracę na każdym etapie | Tak | |
| 14. | Napęd strzykawki półautomatyczny z zabezpieczeniem przed niekontrolowaną podażą | Tak | |
| 15. | Strzykawka nie może być usunięta z pompy poprzez pociągnięcie za linię infuzyjną podłączoną do strzykawki | Tak | |
| 16. | Zatraskowe mocowanie i współpraca ze stacją dokującą | Tak | |
| 17. | Komunikacja pomiędzy pompą a stacją dokującą odbywa się za pośrednictwem IrDA | Tak | |
| 18. | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20, 30 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów, w tym minimum jednego polskiego | Tak | |
| 19. | Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki | Tak | |

| | | | |
|--|--|-----|--|
| 20. | Zakres prędkości infuzji min. 0,01 do 999,9 ml/h +/-5% | Tak | |
| 21. | Prędkość infuzji w zakresie od 0,01 - 999,99ml/h programowana co 0,01ml/godz. | Tak | |
| 22. | Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu | Tak | |
| 23. | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, ng, IE, mmol, lub mEq ,z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | Tak | |
| 24. | Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji | Tak | |
| 25. | System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji | Tak | |
| 26. | Wstępnie wybierana objętość w zakresie 0,10 - 9999 ml programowana co 0,01 ml +/-10% | Tak | |
| 27. | Wstępnie wybierany czas w zakresie 00h01min - 99h59min | Tak | |
| 28. | Prędkość bolusa 1-1800 ml/h programowana co 0,01 ml/h | Tak | |
| 29. | Bolus na żądanie | Tak | |
| 30. | Bolus programowany z automatyczną kalkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu | Tak | |
| 31. | Możliwość podaży bolusa w jednostkach mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych | Tak | |
| 32. | Tryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę | Tak | |
| 33. | Tryb nocny z redukcją intensywności podświetlenia | Tak | |
| 34. | Tryb nocny z możliwością włączenia ręcznego lub zaprogramowania automatycznego przełączania | Tak | |
| 35. | Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera | Tak | |
| 36. | Biblioteka zawiera do 3000 leków, z możliwością podzielenia na 30 kategorii i 15 profili pacjentów | Tak | |
| 37. | Każdy lek może być powiązany z limitami miękkimi, z limitami twardymi, jednym z 8 kolorów oraz ciśnieniem okluzji | Tak | |
| 38. | Nazwa leku stale widoczna na wyświetlaczu pompy, również po wystąpieniu dowolnego alarmu | Tak | |
| 39. | Ciężenie okluzji możliwe do ustawienia na 9 poziomach w zakresie od 0.1 bara do 1.2 bara +/-10% | Tak | |
| 40. | Wskaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy | Tak | |
| 41. | Wbudowany akumulator litowo - jonowy | Tak | |
| 42. | Zasilanie z wbudowanego akumulatora ok. 8 godz. przy przepływie 5 ml/h | Tak | |
| 43. | Czas ponownego ładowania ok.4 godz. | Tak | |
| 44. | Na wyświetlaczu widoczna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora | Tak | |
| 45. | Automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłączonej do zasilania sieciowego | Tak | |
| 46. | Wymiana akumulatora bez konieczności wykonywania przeglądu technicznego | Tak | |
| 47. | Pobór mocy max. 10 W | Tak | |
| 48. | Rozbudowany system alarmów wizualnych i dźwiękowych | Tak | |
| 49. | Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwością zapisania do 1000 zdarzeń | Tak | |
| 50. | Możliwość wprowadzenia informacji o dacie następnego przeglądu technicznego i wyświetlania jej przy każdym uruchomieniu pompy | Tak | |
| Sprzęt do szybkich regulowanych przetoczeń-4szt | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|-----|--|
| 51. | Zestaw do ciśnieniowego podawania płynów. | | |
| 52. | Zestaw wyposażony w gruszkę do pompowania powietrza i zawór spustowy oraz mechaniczny wskaźnik ciśnienia | Tak | |
| 53. | Zakres ciśnienia: 0-300 mmHg +/- 10%, kolorowe oznaczenia strefy roboczej | Tak | |
| 54. | Możliwość umieszczenia płynów o objętości 500 lub 1000 ml | Tak | |
| 55. | Opakowanie z płynem umieszczone za przezroczystą kieszenią w celu obserwacji stanu podawanego płynu | Tak | |
| 56. | Zestaw wyposażony w element do podwieszenia | Tak | |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA | | | |
| 57. | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Tak | |
| 58. | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | Tak | |
| 59. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max.5 dni roboczych. | Tak | |
| 60. | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak | |
| 61. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | Tak | |
| 62. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak | |
| 63. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak | |
| 64. | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim | Tak | |
| 65. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | Tak | |
| 66. | Szkolenie personelu technicznego | Tak | |
| 67. | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | Tak | |
| 68. | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | Tak | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

.....
miejscość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 10

NEBULIZATOR Z ZESTAWEM AKCESORIÓW (MASKA, USTNIK, RURKA T DO UKŁADU RESPIRATORA) –
 4 SZT

Producent

Nazwa-model/typ

Kraj pochodzenia

Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | PARAMETR | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|----------------------------|--|--|--|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Tak | |
| 1. | Sprzęt nowy nie rekondycjonowany, nie powystawowy | TAK | |
| 2. | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | TAK | |
| 3. | Tryb pracy: praca ciągła | TAK | |
| 4. | Kompresor tłokowy | TAK | |
| 5. | Waga max.2.2 kg | TAK | |
| 6. | Ciśnienie pracy kompresora min: 2,9 bar (+/- 0,3 bar) | TAK | |
| 7. | Poziom hałasu max : 60 dB (+/- 3 dB) | TAK | |
| 8. | Wygodny uchwyt do przenoszenia | TAK | |
| 9. | Nebulizator | TAK | |
| 10. | Zintegrowany z kompresorem pojemnik na akcesoria | TAK | |
| 11. | Na wyposażeniu: zapasowy filtr powietrza, nebulizator (pojemnik na lek), przewód powietrzny, maseczka. – 10 szt. | TAK | |
| 12. | Wymiary:350mm na 115mm na 110mm +/-10% | | |
| Pozostałe wymagania | | | |
| 13. | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | TAK | |
| 14. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. | TAK | |
| 15. | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | TAK | |
| 16. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | TAK | |
| 17. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | TAK | |
| 18. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | TAK | |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK | |
| 20. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego | TAK | |
| 21. | Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia | TAK | |
| 22. | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | TAK | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

.....
 miejscowość i data

.....
 pieczęć i podpis osób uprawnionych
 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

TABELA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – CZĘŚĆ NR 11

ZESTAW DO INTUBACJI I WENTYLACJI (WOREK SAMOROZPRĘŻALNY) – 2 SZT

Producent
 Nazwa-model/typ
 Kraj pochodzenia
 Rok produkcji.....

WYMAGANIA TECHNICZNE

| Lp. | PARAMETR | Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE | Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów |
|----------------------------------|---|--|--|
| | Producent | Podać | |
| | Kraj pochodzenia | Podać | |
| | Rok produkcji fabrycznie nowe | Tak | |
| Zestaw do intubacji-2szt | | | |
| 1. | Zestaw bezprzewodowy videolaryngoskop+łyżki, | Tak | |
| 2. | Duża powierzchnia przekroju wiązki – min. 15 mm ² , | Tak | |
| 3. | Zimne światło diody LED, | Tak | |
| 4. | Tor światłowodu zintegrowany na stałe z łyżką, | Tak | |
| 5. | Zasilanie z diody LED o wysokim indeksie jasności, | Tak | |
| 6. | Możliwość wielokrotnego sterylizowania w autoklawie w temp. 134 stopni Celsjusza i w roztworach sterylizacyjnych nie zawierających środków wybielających, utleniających, chloru, betadyny i nadtlenku wodoru. | Tak | |
| 7. | Laryngoskop z trwałej stali nierdzewnej wg normy ASTM, | Tak | |
| 8. | Wyposażony w min. 3 różne łyżki o różnych rozmiarach, | Tak | |
| 9. | Wiązka światłowodowa na stałe zintegrowana z kształtką stalowej łyżki. | Tak | |
| 10. | Laryngoskop dla dzieci i dorosłych, | Tak | |
| Zestaw do wentylacji-2szt | | | |
| 11. | Wentylacja pacjentów o masie ciała powyżej 30 kg (wiek: powyżej 10 lat), | Tak | |
| 12. | Wielorazowego użytku. W komplecie z rezerwuarem tlenu (nadający się do sterylizacji) i maską (z pompowanym, silikonowym mankietem), | Tak | |
| 13. | Wyposażony w uchwyt ułatwiający trzymanie aparatu i wspomagający wyrównanie uciśnień we wszystkich trudnych sytuacjach (gdy jest mokry, gdy jest używany przez osobę o małych dłoniach), | Tak | |
| 14. | Zawór ograniczający ciśnienie w drogach oddechowych zapewnia bezpieczeństwo pacjenta, | Tak | |
| 15. | Objętość: 1475 ml +/- 10% | Tak | |
| 16. | Dostarczana objętość oddechowca: 1100 ml +/- 10% | Tak | |
| 17. | Objętość rezerwuaru tlenu: 1500 ml +/- 10% | Tak | |
| 18. | Złącze pacjenta (do podłączenia maski): 22mm +/- 10% | Tak | |
| 19. | Możliwość wielokrotnego sterylizowania w autoklawie w temp. 134 stopni Celsjusza, wraz z rezerwuarem tlenu | Tak | |
| 20. | Wymiary (długość× średnica) 290mm×130mm +/-10% | Tak | |
| Pozostałe wymagania | | | |
| 21. | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Podać | |
| 22. | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2018 | TAK | |
| 23. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany | TAK | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| | przez okres co najmniej 10 lat, | | |
| 24. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | TAK | |
| 25. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK | |
| 26. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. | TAK | |
| 27. | Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń. | TAK | |
| 28. | Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji | TAK | |

Wszystkie parametry techniczne muszą być potwierdzone w **nadesłanych na wezwanie** Zamawiającego kartach katalogowych / opisach / folderach / fotografiach / informacjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru.

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

UMOWA NR DAZ.26.058.....2018 (wzór)

zawarta w dniu 2018 r. w Częstochowie, pomiędzy:

**WOJEWÓDZKIM SZPITALEM SPECJALISTYCZNYM IM. NAJSWIĘTSZEJ MARYI PANNY
UL. BIALSKA 104/118, 42-200 CZĘSTOCHOWA**

wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego w Częstochowie, XVII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000003907, NIP 573-22-99-604, REGON: 001281053, zwanym dalej ZAMAWIAJĄCYM, który reprezentuje:

a

REGON:, NIP:

zwanym dalej „WYKONAWCĄ”, którego reprezentuje:

.....

w wyniku rozstrzygnięcia przetargu nieograniczonego w trybie przepisów ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1579.), zawarta została umowa następującej treści:

§1

1. Przedmiotem umowy jest **ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZECZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJSWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE**, obejmującego:

Część Nr 1: APARAT DO MONITOROWANIA NWM I DIAGNOSTYKI ZABURZEŃ ODDYCHANIA W CZASIE SNU, UMOŻLIWIAJĄCY MONITOROWANIE NASTĘPUJĄCYCH PARAMETRÓW: PRZEPŁYW POWIETRZA, CHRAPANIE, POZYCJA CIAŁA, SPO₂, HR, WYSTĘPEK ODDECHOWY – 2 SZT

CZĘŚĆ NR 2: RESPIRATOR PRZEZNACZONY DO WSPOMAGANIA WENTYLACJI OKRESOWEJ LUB OKRESOWEJ I CIĄGŁEJ – 4 SZT

CZĘŚĆ NR 3: RESPIRATOR DO NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ -1 SZT

CZĘŚĆ NR 4: KAPNOGRAF DO MONITOROWANIA PRZEZSKÓRNEGO PCO₂ - 1 SZT

CZĘŚĆ NR 5:

1) URZĄDZENIE UMOŻLIWIAJĄCE PRZYŁÓŻKOWE MONITOROWANIE: EKG TRZYODPROWADZENIOWE, LICZBY ODDECHÓW, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI METODĄ NIEINWAZYJNĄ, WYSYCENIA OKSYHEMOGLOBINY TLENEM (SATURACJI) METODĄ PRZEZSKÓRNĄ (PULSOKSYMETRIA) - 4 SZT

2) STACJA CENTRALNEGO NADZORU - 1 SZT

CZĘŚĆ NR 6: ŁÓŻKO WIELOFUNKCYJNE STEROWANE ELEKTRYCZNIE - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 7: DEFIBRYLATOR – 2 SZT

CZĘŚĆ NR 8: ELEKTRYCZNE URZĄDZENIE DO SSANIA - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 9: SPRZĘT DO SZYBKICH ORAZ REGULOWANYCH PRZETOCZEŃ PŁYNÓW, W TYM CO NAJMNIEJ 1 POMPA STRZYKAWKOWA - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 10: NEBULIZATOR Z ZESTAWEM AKCESORIÓW (MASKA, USTNIK, RURKA T DO UKŁADU RESPIRATORA) - 4 SZT

CZĘŚĆ NR 11: ZESTAW DO INTUBACJI I WENTYLACJI (WOREK SAMOROZPRĘŻALNY) - 2 SZT

zwanego dalej „sprzętem”, wraz z dostawą, montażem, uruchomieniem oraz szkoleniem pracowników zamawiającego.

2. Szczegółowe wymagania techniczne, jakie musi spełniać przedmiot zamówienia, określone zostały w tabeli zawierającej parametry techniczne, o których mowa w Załączniku Nr 6 do SIWZ, stanowiącym odpowiednio Załącznik Nr 2 do niniejszej umowy.

3. Wykonawca oświadcza, że zaoferowany przedmiot zamówienia posiada aktualne dokumenty dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 211).

4. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć przedmiot umowy do siedziby Zamawiającego w opakowaniach producenta oznakowanych w sposób umożliwiający identyfikację przez Zamawiającego poszczególnych części sprzętu medycznego, (jeśli występują) wraz z kserokopią dokumentów wynikających z ustawy z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 211), o których mowa w Załączniku Nr 5 do SIWZ, stanowiącym odpowiednio Załącznik Nr 3 do niniejszej umowy.

5. **Zakup finansowany ze środków Ministra Zdrowia** w ramach programu polityki zdrowotnej „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZEZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018”.

§2

1. Za realizację przedmiotu umowy Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie zgodne z cenami podanymi w formularzu asortymentowo-cenowym, o których mowa w Załączniku Nr 2 do SIWZ, stanowiącym odpowiednio Załącznik Nr 1 do niniejszej umowy i on stanowi podstawę do rozliczeń finansowych między Zamawiającym i Wykonawcą.

3. Wynagrodzenie wymienione w ust. 1 obejmuje wszelkie koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej i zgodnej z niniejszą umową oraz obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia (w tym zakładany zysk, należne podatki, koszty transportu, opakowania, ubezpieczenia, montażu, szkolenia pracowników w siedzibie Zamawiającego, i inne koszty, jeśli występują, bez których realizacja zamówienia nie byłaby możliwa).

4. Wartość przedmiotu całości umowy stanowi kwotę: brutto zł (słownie:).

§3

1. Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt o którym mowa w § 1 ust. 1 niniejszej umowy, w terminie **do dnia 14.09.2018 r.**

2. Szkolenie pracowników medycznych Zamawiającego o którym mowa w § 1 ust. 1 niniejszej umowy, odbędzie się w terminie nie dłuższym niż **2** dni od daty dostarczenia i instalacji sprzętu, potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym, określonym w § 4 ust. 5 niniejszej umowy.

3. Szkolenie pracowników technicznych Zamawiającego w zakresie racjonalnej eksploatacji sprzętu odbędzie się w terminie nie dłuższym niż **2** dni od daty dostarczenia i instalacji sprzętu, potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym, określonym w § 4 ust. 5 niniejszej umowy.

§4

1. Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny, a także wolny od wad materiałowych, konstrukcyjnych i prawnych.

2. Wykonawca zobowiązuje się do powiadomienia Zamawiającego o terminie dostarczenia sprzętu z wyprzedzeniem 2 dni roboczych.

3. Wykonawca dostarczy przedmiot umowy w godzinach 9:00 – 13:00 w dzień roboczy.

4. Przy odbiorze przedmiotu dostawy powinien być obecny kompetentny przedstawiciel Wykonawcy z kompletem dokumentów. Czynność odbioru kompletnej dostawy strony zobowiązują się potwierdzić na piśmie.

5. Przekazanie do użytku gotowego do pracy sprzętu wraz z kompletem dokumentów (w tym instrukcja obsługi w języku polskim, karty gwarancyjne w języku polskim, wykazy dostawców części zamiennych, zaświadczenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi dostarczonej aparatury (po odbytym szkoleniu, o którym mowa w §3 niniejszej umowy), założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń), oraz z kserokopią dokumentów, o których mowa w Załączniku Nr 3 do niniejszej umowy potwierdzonych „za zgodność z oryginałem” - zostanie stwierdzone protokołem zdawczo – odbiorczym podpisanym przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki, bezpośredniego użytkownika lub osobę upoważnioną oraz uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy.

§5

1. Zamawiający zobowiązuje się do używania dostarczonego sprzętu zgodnie z jego przeznaczeniem i wymogami prawidłowej eksploatacji określonymi w instrukcji obsługi.
2. W okresie gwarancji koszty obowiązkowych przeglądów i usług serwisowych sprzętu wynikających z instrukcji obsługi w pełnej wysokości obciążają Wykonawcę.
3. Wykonawca zapewnia świadczenie usług gwarancyjnych oraz serwisowych przez autoryzowany serwis producenta sprzętu.

§6

1. Wykonawca udziela Zamawiającemu: miesięcznej gwarancji na dostarczony sprzęt.
2. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się z dniem podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego, o którym mowa w § 4 ust. 5 niniejszej umowy.
3. Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju sprzętu lub osprzętu z powodu awarii, który upłynął od dnia zgłoszenia awarii Wykonawcy do chwili usunięcia awarii potwierdzonego protokołem odbiorczym/raportem serwisowym podpisanym przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki oraz uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy.
4. W okresie gwarancji Wykonawca ponosi w pełnej wysokości koszty napraw oraz wymiany wszelkich uszkodzonych elementów, które uległy uszkodzeniu w czasie pracy, jak również inne koszty związane z naprawą (w tym koszty dojazdu itp.). Nie dotyczy to elementów zużywalnych oraz elementów, które uległy uszkodzeniu wskutek użytkowania niezgodnego z instrukcją obsługi lub zaleceniami producenta.
5. Wykonawca zobowiązuje się do wymiany sprzętu na nowy w przypadku dokonania w okresie gwarancji 3 napraw tego samego elementu niewynikających z winy Zamawiającego. W takim wypadku Wykonawca, dostarczy nowy sprzęt w terminie do 20 dni od dnia stwierdzenia ww. awarii przez Zamawiającego z nową gwarancją. Za dni robocze uważa się dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
6. Wykonawca ustala, że w okresie gwarancji w przypadku wystąpienia jakichkolwiek awarii i usterek w przedmiocie umowy, osobą reprezentującą Wykonawcę odpowiedzialną za prawidłową reakcję na zgłoszenie awarii jest: p. , tel.

§7

1. Wykonawca zapewni czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) oraz usunięcia usterki, w okresie gwarancyjnym, na zasadach określonych w Załączniku Nr 2 do niniejszej umowy (dotyczy Części 1-10).
2. Wykonawca podstawia aparaturę zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej ponad termin określony w Załączniku Nr 2 do niniejszej umowy (dotyczy Części Nr 1-10):
3. Dopuszcza się wydłużenie wymaganego czasu podjęcia naprawy pod warunkiem uzgodnienia tego z Zamawiającym.
4. Przyjęcie do używania sprzętu po dokonanej naprawie lub usunięciu awarii dokonuje bezpośredni użytkownik, Kierownik Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki lub osoba przez niego wyznaczona na podstawie pisemnego protokołu.

§8

1. Zamawiający ma prawo do złożenia reklamacji w przypadku ujawnienia przy odbiorze lub po przekazaniu do użytku gotowego do pracy sprzętu wraz z kompletem dokumentów, wad jakościowych dostarczonego sprzętu lub w przypadku stwierdzenia uszkodzenia sprzętu czy też w przypadku dostarczenia sprzętu nie zamówionego.
2. Zamawiający ma prawo do złożenia reklamacji w przypadku ujawnienia wad ukrytych sprzętu.
3. Reklamacja będzie składana Wykonawcy w osobie p., telefonicznie, faksem pod numer lub emailem, przez Kierownika Działu Aparatury Medycznej i Teletechniki Zamawiającego lub osobę upoważnioną i każdorazowo niezwłocznie potwierdzona na piśmie.
4. Wykonawca zobowiązuje się do wymiany sprzętu wadliwego na sprzęt bez wad na swój koszt w ciągu 20 dni od otrzymania informacji o reklamacji od Zamawiającego, dotyczącej uszkodzenia sprzętu, wad jakościowych i w przypadku dostarczenia sprzętu nie zamówionego.
5. W przypadku dostarczenia sprzętu niezamówionego przez Zamawiającego zostanie on zwrócony Wykonawcy na jego koszt.

§9

Po rygorem utraty gwarancji Zamawiający nie może dokonywać jakichkolwiek zmian konstrukcyjnych w dostarczonym sprzęcie bez porozumienia z Wykonawcą.

§10

1. Zapłata wynagrodzenia określonego w § 2 niniejszej umowy nastąpi na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Wykonawcę, po odbiorze przedmiotu umowy, potwierdzonym protokołem zdawczo-odbiorczym, o którym mowa w § 4 ust 5 niniejszej umowy.

2. Zapłata wynagrodzenia za dostawę przedmiotu umowy nastąpi w formie polecenia przelewu w terminie do 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. W przypadku, gdy dzień zapłaty przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, to płatność nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po tym dniu.

3. W przypadku zwłoki w zapłacie wynagrodzenia za wykonany przedmiot umowy, Wykonawca może naliczyć odsetki w wysokości ustawowej.

4. Wykonawca gwarantuje, że jakiegokolwiek prawa Wykonawcy związane bezpośrednio lub pośrednio z umową, a w tym wierzytelności Wykonawcy z tytułu wykonania umowy i związane z nimi należności uboczne (m. in. odsetki), nie zostaną przeniesione na rzecz osób trzecich bez poprzedzającej to przeniesienie zgody Zamawiającego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Wykonawca gwarantuje, iż nie dokona jakiegokolwiek czynności prawnej lub też faktycznej, której bezpośrednim lub pośrednim skutkiem będzie zmiana wierzyciela z osoby Wykonawcy na inny podmiot. Niniejsze ograniczenie obejmuje w szczególności przelew, subrogację ustawową oraz umowną, zastaw, hipotekę oraz przekaz. Wykonawca gwarantuje, iż celem dochodzenia jakichkolwiek praw z umowy nie może udzielić upoważnienia, w tym upoważnienia inkasowego, innej firmie, w tym firmie prowadzącej pozostałą finansową działalność usługową, gdzie indziej nie sklasyfikowaną, jak i pozostałe doradztwo w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej i zarządzania w rozumieniu m.in. przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności, tj. firmom zajmującym się działalnością windykacyjną. Zastrzeżenie nie dotyczy udzielania pełnomocnictwa adwokatowi lub radcy prawnemu na etapie postępowania sądowego.

5. Wykonawca przyjmuje do wiadomości i zobowiązuje się, iż zapłata za świadczenia wykonane zgodnie z umową nastąpi tylko i wyłącznie przez Zamawiającego bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, i tylko w drodze przelewu na rachunek Wykonawcy. Umorzenie długu Zamawiającego do Wykonawcy poprzez uregulowanie w jakiegokolwiek formie na rzecz innych podmiotów niż bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, może nastąpić wyłącznie za poprzedzającą to uregulowanie zgodą Zamawiającego wyrażoną w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

6. Zamawiający otrzyma od Wykonawcy oryginał oraz jedną kopię faktury VAT wraz z dostarczonym sprzętem i z dokumentami opisanymi w § 4 ust. 5.

7. Faktura niezgodna z postanowieniami niniejszej umowy upoważnia Zamawiającego do wystawienia noty korygującej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§11

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do naliczania kar umownych w przypadku i wysokościach określonych umową:

1) Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku nieterminowej dostawy w wysokości 0,5% wartości brutto zamówienia określonej w § 2 ust. 4 umowy, za każdy dzień opóźnienia ponad termin określony w § 3 ust. 1 niniejszej umowy,

2) Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku nieterminowego przeszkolenia personelu Zamawiającego, w wysokości 0,5% wartości zamówienia brutto określonej w § 2 ust. 4 umowy za każdy dzień opóźnienia ponad terminy określone w § 3 ust. 2 lub ust. 3 umowy.

3) w przypadku przekroczenia deklarowanego czasu przystąpienia do naprawy sprzętu lub osprzętu lub przekroczenia czasu naprawy określonego w § 7 ust. 1 i 2 umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,5% wartości brutto zamówienia określonej w § 2 ust. 4 umowy, za każdy dzień opóźnienia – dotyczy Części 1-10,

4) Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę w wysokości 20% wartości brutto określonej w § 2 ust. 4 umowy w przypadku odstąpienia przez Wykonawcę od niniejszej umowy oraz w przypadku rozwiązania umowy przez Zamawiającego na podstawie § 12 ust. 1 umowy.

2. Kara umowna płatna będą w ciągu 7 dni od daty wystawienia Wykonawcy noty obciążeniowej obejmującej naliczoną karę umowną, przy czym Zamawiający ma prawo potrącić kwoty kary umownej z bieżącej faktury za wykonanie dostawy, wystawionej przez Wykonawcę.

3. W przypadku, gdy strata rzeczywiŝta spowodowana niewykonaniem obowiązków wynikających z niniejszej umowy przekracza wysokoŝć kar umownych, Zamawiający moŝe niezaleŝnie od kar umownych dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych Kodeksu Cywilnego.

4. Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia w przypadku niezrealizowania przez Zamawiającego umowy.

§12

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do natychmiastowego rozwiązania niniejszej umowy, jeŝeli Wykonawca nie wymieni zakwestionowanego towaru wadliwego w terminie 20 dni od daty otrzymania informacji o reklamacji, o której mowa w § 8 ust. 4 lub jeŝeli Wykonawca nie wymieni sprzętu na nowy w przypadku, o którym mowa w § 6 ust. 5. ze skutkami okreŝlonymi w § 11 ust. 1 pkt. 4 niniejszej umowy.

2. Zmiany istotnych postanowień umowy mogą dotyczyć:

1) zmiany parametrów technicznych przedmiotu zamówienia, jeŝli przyczyni się do poprawy jakoŝci zamówienia, przy czym zmiana ta nie spowoduje zwiększenia kosztów realizacji zamówienia,

2) obniŝenia przez Wykonawc cen asortymentu będącego przedmiotem umowy.

3) zwiększenia lub zmniejszenia wynagrodzenia Wykonawcy w przypadku zmiany stawki podatku od towarów i usług na przedmiot zamówienia,

4) terminu wykonania przedmiotu umowy, w przypadku prolongaty terminu rozliczenia dotacji na zakup sprzętu wymienionego w niniejszej umowie, przez Organ przyznający dotacj.

3. Zmiany umowy, o których mowa w § 12 ust. 2 mogą nastąpić wyłącznie w formie pisemnego aneksu, podpisanego przez obie Strony, z zastrzeŝeniem ust. 2 pkt. 3 niniejszego paragrafu.

§13

1. Zamawiający moŝe odstąpić od umowy w razie zaistnienia istotnej zmiany okolicznoŝci powodującej, ŝe wykonanie umowy nie leŝy w interesie publicznym, czego nie moŝna było przewidzieć w chwili jej zawarcia, w terminie 30 dni od powzięcia wiadomoŝci o tej okolicznoŝci. Wykonawcy nie przysługują w takim przypadku żadne roszczenia odszkodowawcze.

2. Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym bez wypowiedzenia w przypadku:

1) otwarcia postępowania upadłoŝciowego lub likwidacyjnego wobec Wykonawcy,

2) wykreŝlenia Wykonawcy z włciwej ewidencji.

3. Wykonawca ma obowiązek niezwłocznie powiadomić pisemnie Zamawiającego o zaistnieniu okolicznoŝci opisanych w ust. 2 pkt. 1)-2) niniejszego paragrafu.

§14

1. Zmiana postanowień umowy, wymaga, pod rygorem niewaŝnoŝci, zachowania formy pisemnej, z zastrzeŝeniem ust. 2 pkt. 3 § 12 niniejszej umowy.

2. Zmiana umowy na wniosek Wykonawcy wymaga wskazania okolicznoŝci uzasadniających dokonanie tej zmiany.

3. Kaŝda zmiana umowy wymaga zgody Zamawiającego.

§ 15

1. Klauzula informacyjna dla Wykonawców stanowi Załącznik Nr 4 do niniejszej umowy.

2. Strony zgodnie ustalają, iŝ kwestia powierzenia danych osobowych których administratorem jest Zamawiający, a do których Wykonawca będzie mił dostęp w toku wykonywania Umowy zostaje uregulowana w Umowie powierzenia danych osobowych stanowiącej Załącznik Nr 5 do niniejszej umowy i będącej jej integralną czŝci.

3. Protokół koordynacyjny dla Wykonawców zewnętrznych wykonujących prace na terenie Szpitala stanowi Załącznik Nr 6 do niniejszej umowy.

4. Oŝwiadczenie o mechanizmie podzielonej płatnoŝci stanowi Załącznik nr 7 do niniejszej umowy.

§16

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umow mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1579 ze zm.) i ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 459).

2. Zmiany niniejszej umowy, w tym rwnieŝ zmiana terminu jej obowiązywania, mogą być dokonywane wyłącznie na piŝmie w formie aneksów podpisanych przez obie strony i opatrzonych dat – pod rygorem ich niewaŝnoŝci z zastrzeŝeniem ust. 2 p. 3 paragrafu 12.

3. Ewentualne spory wynikłe z umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§17

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze Stron.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

Klauzula informacyjna dla Kontrahentów/Wykonawców

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celu zawarcia i wykonania umów, dla wykonania obowiązków prawnych, realizacji prawnie uzasadnionych interesów i na podstawie udzielonych zgód oraz informujemy o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych jest:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa tel. 34/367-30-00 e-mail: kancelariawszs@data.pl

2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Administratora, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu: iod@szpitalparkitka.com.pl lub pisemnie na adres Administratora.

3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów, w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora oraz na podstawie udzielonej zgody.

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:

1) zawarcia i wykonania umów z kontrahentami Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1b RODO) - przez okres trwania umowy i rozliczeń po jej zakończeniu;

2) spełnienia ciążących na Administratorze obowiązków prawnych np. wystawienia lub przechowywania faktur i innych dokumentów księgowych, udzielanie odpowiedzi na reklamacje (podstawa prawna: art. 6 ust. 1c RODO) – przez okres jaki przepisy prawa nakazują przechowywać dane,

3) ustalenia, obrony i dochodzenia roszczeń (podstawa prawna: art. 6 ust. 1f RODO) – przez okres, po którym przedawnią się roszczenia ,

4) weryfikacji wiarygodności płatniczej (podstawa prawna: art. 6 ust. 1f RODO) – przez okres niezbędny do dokonania takiej oceny przy zawarciu, przedłużeniu lub rozszerzeniu zakresu umowy,

5) wykrywania nadużyć i zapobiegania im (podstawa prawna: art. 6 ust. 1c i 1f RODO) – przez okres trwania umowy, a następnie przez okres po którym przedawnią się roszczenia lub przez czas trwania postępowań prowadzonych przez właściwe organy publiczne,

6) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody (art. 6 ust. 1a RODO) – przez okres od udzielenia zgody do jej cofnięcia.

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty z następujących kategorii:

1) pracownicy administracji w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia,

2) podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie stosownych umów m.in. obsługujące systemy informatyczne Administratora, podwykonawcy, pośrednicy, podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi doradcze, audytorskie oraz usługi doręczania korespondencji i przesyłek

3) podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa np. sądy i organy państwowe.

6. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres określony obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

7. WSzS im. NMP w Częstochowie nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych poza EOG

(obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Lichtenstein i Islandię), za wyjątkiem przypadku gdy dane zostały pozyskane za pośrednictwem stron internetowych Administratora oraz po uzyskaniu Pani/Pana zgody na otrzymywanie informacji handlowych, lub akceptacji stosowania plików cookies, kiedy to dane te będą przekazywane do państwa trzeciego np. USA w związku z tworzeniem profili przy wykorzystaniu Google Analytics .

8. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny. W przypadku zawierania umowy podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy.

9. Posiada Pani / Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania a także usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w sytuacjach przewidzianych przepisami RODO.

10. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (dawniej GIODO) gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania tzn. żadne decyzje wywołujące wobec osoby skutki prawne lub w podobny sposób na nią istotnie wpływające nie będą oparte wyłącznie na automatycznym przetwarzaniu danych osobowych i nie wiążą się z taką automatycznie podejmowaną decyzją.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

zawarta w dniu w Częstochowie, między:

WOJEWÓDZKIM SZPITALEM SPECJALISTYCZNYM IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY UL. BIALSKA 104/118, 42-200 CZĘSTOCHOWA,

wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego w Częstochowie, XVII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS:0000003907, NIP:573-22-99-604, REGON: 001281053 zwanym dalej („Administrator”)

a

.....
..... zwanym dalej („Przetwarzający”),
dalej łącznie jako: „Strony”).

Mając na uwadze, że:

- 1) Strony zawarły umowę na **ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „KRAJOWY PROGRAM ZMNIEJSZANIA UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB PŁUC POPRZEZ TWORZENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ NA LATA 2016-2019” W ZAKRESIE ZADANIA „WYPOSAŻENIE SAL NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (SNWM) W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY W ROKU 2018 ORAZ REALIZACJA PROGRAMU REHABILITACJI PNEUMONOLOGICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH DLA CHORYCH NA POCHP PO LECZENIU ZAOSTRZENIA ZA POMOCĄ NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W SZPITALU ROKU 2018” DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY W CZĘSTOCHOWIE („Umowa Podstawowa”), w związku z wykonywaniem której Administrator powierzy Przetwarzającemu przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym umową;**
- 2) Celem umowy jest ustalenie warunków, na jakich Przetwarzający wykonuje operacje przetwarzania danych osobowych w imieniu Administratora;
- 3) Strony, zawierając Umowę, dążą do takiego uregulowania zasad przetwarzania danych osobowych, aby odpowiadały one w pełni postanowieniom rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/676 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej **RODO**.

Strony postanowiły zawrzeć Umowę następującej treści:

1. Opis przetwarzania

- 1.1. **Przedmiot [art. 28 ust. 3 RODO].** Na warunkach określonych niniejszą Umową oraz Umową Podstawową Administrator powierza Przetwarzającemu przetwarzanie (w rozumieniu RODO) dalej opisanych danych osobowych (dalej w skrócie zwanych też po prostu „danymi”).
- 1.2. **Czas [art. 28 ust. 3 RODO].** Przetwarzanie będzie wykonywane w okresie obowiązywania Umowy Podstawowej.
- 1.3. **Charakter i cel [art. 28 ust. 3 RODO].** Charakter i cel przetwarzania wynikają z Umowy Podstawowej, w szczególności:
 - 1.3.1. charakter przetwarzania określony jest następującą rolą Przetwarzającego – **Świadczenie gwarancji, szkolenia personelu.**
 - 1.3.2. celem przetwarzania jest – **Utrzymanie sprawności sprzętu, szkolenia personelu zamawiającego.**
- 1.4. **Rodzaj danych [art. 28 ust. 3 RODO].** Przetwarzanie obejmować będzie następujące rodzaje danych osobowych:

Dane zwykłe:

- (1) Dane identyfikacyjne pacjenta
- (2) Dane identyfikacyjne personelu

Dane szczególnych kategorii i dane karne:

- (3) Dane dotyczące zdrowia pacjentów

Dane dzieci:

- (4) Dane identyfikacyjne pacjenta

Dane nieustrukturyzowane

- a. *kontent o potencjalnej i prawdopodobnej zawartości danych osobowych (wpisy, dokumenty tekstowe, obrazy, nagrania, filmy).*

- 1.5. **Kategorie osób [art. 28 ust. 3 RODO].** Przetwarzanie danych będzie dotyczyć następujących kategorii osób:

- (1) *pracownicy Administratora w celu przeprowadzenia szkolenia*
- (2) *dane pacjenta*

2. Podpowierzenie

- 2.1. **Podpowierzenie [art. 28 ust. 2 RODO].** Przetwarzający może powierzyć konkretne operacje przetwarzania Danych („Podpowierzenie”) w drodze pisemnej umowy podpowierzenia („Umowa Podpowierzenia”) innym podmiotom przetwarzającym („Podprzetwarzający”), pod warunkiem uprzedniej akceptacji Podprzetwarzającego przez Administratora lub braku sprzeciwu.
- 2.2. **Zaakceptowani Podprzetwarzający.** Lista Podprzetwarzających zaakceptowanych przez Administratora stanowi **Załącznik nr 1 do Umowy – Lista Zaakceptowanych Podprzetwarzających.**
- 2.3. **Sprzeciw.** Powierzenie przetwarzania danych Podprzetwarzającym spoza listy Zaakceptowanych Podprzetwarzających wymaga uprzedniego zgłoszenia Administratorowi w celu umożliwienia wyrażenia sprzeciwu. Administrator może z uzasadnionych przyczyn zgłosić udokumentowany sprzeciw względem powierzenia danych konkretnemu

Podprzetwarzającemu. w razie zgłoszenia sprzeciwu Przetwarzający nie ma prawa powierzyć danych Podprzetwarzającemu objętemu sprzeciwem, a jeżeli sprzeciw dotyczy aktualnego Podprzetwarzającego, musi niezwłocznie zakończyć Podpowierzenie temu Podprzetwarzającemu. Wątpliwości co do zasadności sprzeciwu i ewentualnych negatywnych konsekwencji Przetwarzający zgłosi Administratorowi w czasie umożliwiającym zapewnienie ciągłości przetwarzania.

- 2.4. **Transfer obowiązków [art. 28 ust. 4 RODO].** Dokonując podpowierzenia, Przetwarzający ma obowiązek zobowiązać Podprzetwarzającego do realizacji wszystkich obowiązków Przetwarzającego wynikających z niniejszej Umowy powierzenia, z wyjątkiem tych, które nie mają zastosowania ze względu na naturę konkretnego podpowierzenia.
- 2.5. **Zobowiązanie względem Administratora.** Przetwarzający ma obowiązek zapewnić, aby Podprzetwarzający złożył Administratorowi zobowiązanie do wykonania obowiązków, o których mowa w poprzednim ustępie. Może to zostać wykonane poprzez podpisanie stosownego oświadczenia adresowanego do Administratora wraz z podpisaniem Umowy Podpowierzenia, zawierającego listę obowiązków Podprzetwarzającego.
- 2.6. **Zakaz podzlecenia świadczenia głównego [art.28 ust. 4 RODO].** Przetwarzający nie ma prawa przekazać Podpowierzającemu całości wykonania umowy.

3. Obowiązki Przetwarzającego

3.1. **Udokumentowane polecenia [art.28 ust.3 lit. a RODO].** Przetwarzający przetwarza dane wyłącznie zgodnie z udokumentowanymi poleceniami lub instrukcjami Administratora.

3.2. **Nieprzetwarzanie poza EOG [art. 28 ust. 3 lit. a RODO].** Przetwarzający oświadcza, że nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej (czyli poza Europejski Obszar Gospodarczy- EOG). Przetwarzający oświadcza również, że nie korzysta z podwykonawców, którzy przekazują Dane poza EOG.

3.3. **Poinformowanie o zamiarze przetwarzania poza EOG [art. 28 ust. 3 lit. a RODO].** Jeżeli Przetwarzający ma zamiar lub obowiązek przekazywać dane poza EOG, informuje o tym Administratora w celu umożliwienia Administratorowi podjęcia decyzji i działań niezbędnych do zapewnienia zgodności przetwarzania z prawem lub zakończenia powierzenia przetwarzania.

3.4. **Tajemnica [art. 28 ust. 3 lit. b RODO].** Przetwarzający uzyskuje od osób, które zostały upoważnione do przetwarzania danych w wykonaniu umowy, udokumentowane zobowiązanie do zachowania do zachowania tajemnicy, ewentualnie upewnia się, że te osoby podlegają ustawowemu obowiązkowi zachowania tajemnicy.

3.5. **Bezpieczeństwo [art.28 ust. 3 lit. c RODO].** Przetwarzający zapewnia ochronę danych i podejmuje środki ochrony danych, o których mowa w art. 32 RODO, zgodnie z dalszymi postanowienia Umowy.

3.6. **Podpowierzenie [art. 28 ust. 3 lit. d RODO].** Przetwarzający przestrzega warunków korzystania z usług innego podmiotu przetwarzającego (Podpowierzającego).

3.7. **Współpraca przy realizacji praw jednostki [art.28 ust. 3 lit. e RODO].** Przetwarzający zobowiązuje się wobec Administratora do odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania praw określonych w rozdziale III RODO (tzw. „prawa jednostki”). Przetwarzający oświadcza, że zapewnia obsługę praw jednostki w odniesieniu do powierzonych danych. Szczegóły obsługi praw jednostki w odniesieniu do powierzonych danych. Szczegóły obsługi praw jednostki zostaną między stronami uzgodnione. Strony ustaliły procedurę obsługi praw jednostki odrębnym dokumentem.

3.8. **Wsparcie przy obowiązkach bezpieczeństwa [art. 28 ust. 3 lit. f RODO].** Przetwarzający współpracuje z Administratorem przy wykonywaniu przez Administratora obowiązków z obszaru ochrony danych osobowych, o których mowa w art.32-36 RODO (ochrona danych, zgłaszanie naruszeń organowi nadzorczemu, zawiadamianie osób dotkniętych naruszeniem ochrony danych, ocena skutków dla ochrony danych i uprzednie konsultacje z organem nadzorczym).

3.9. **Legalność poleceń [art. 28 ust. 3 ak.2 RODO].** Jeżeli Przetwarzający poweźmie wątpliwości co do zgodności z prawem wydanych przez Administratora poleceń lub instrukcji. Przetwarzający natychmiast informuje Administratora o stwierdzonej wątpliwości (w sposób udokumentowany i z uzasadnieniem), pod rygorem utraty możliwości dochodzenia roszczeń przeciwko Administratorowi z tego tytułu.

3.10. **Projektowanie prywatności [art. 25 ust. 1 RODO].** Planując dokonanie zmian w sposobie przetwarzania danych, Przetwarzający ma obowiązek zastosować się do wymogu projektowania prywatności, o którym mowa w art. 25 ust. 1 RODO, i ma obowiązek z wyprzedzeniem informować Administratora o planowanych zmianach w taki sposób i w takich terminach, aby zapewnić Administratorowi realną możliwość reagowania, jeżeli planowane przez Przetwarzającego zmiany w opinii Administratora grożą uzgodnionemu poziomowi bezpieczeństwa danych lub zwiększają ryzyko naruszenia praw lub wolności osób, wskutek przetwarzania danych przez Przetwarzającego.

3.11. **Minimalizacja [art.30 ust.2 RODO].** Przetwarzający zobowiązuje się do ograniczenia dostępu do danych wyłącznie do osób, których dostęp do danych jest potrzebny do realizacji Umowy i posiadających odpowiednie upoważnienie.

3.12. **RCPD [art.30 ust. 2 RODO].** Przetwarzający zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych, w tym do rejestru wszystkich kategorii czynności przetwarzania dokonywanych w imieniu administratora (wymóg art.30 RODO). Przetwarzający udostępnia na żądanie Administratora prowadzony rejestr czynności przetwarzania danych przetwarzającego, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę handlową innych klientów Przetwarzającego.

3.13. **Profilowanie [art.13 i 14 RODO].** Jeżeli Przetwarzający wykorzystuje w celu realizacji Umowy zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie, o którym mowa w art.22 ust.1 i 4 RODO, Przetwarzający informuje o tym Administratora w celu i zakresie niezbędnym do wykonania przez Administratora obowiązku informacyjnego.

4. Obowiązki Administratora

4.1. Administrator zobowiązany jest współdziałać z Przetwarzającym w wykonaniu Umowy, udzielać Przetwarzającemu wyjaśnień w razie wątpliwości co do legalności poleceń Administratora, jak też wywiązywać się terminowo ze swoich szczegółowych obowiązków.

5. Bezpieczeństwo danych

5.1. **Bezpieczeństwo danych osobowych [art.32 RODO].** Przetwarzający przeprowadził analizę ryzyka przetwarzania powierzonych Danych i stosuje się do jej wyników co do organizacyjnych i technicznych środków ochrony danych.

5.2. **Środki bezpieczeństwa.** Przetwarzający uwzględniając stan wiedzy technicznej, koszt wdrażania oraz charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania oraz ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie

wystąpienia i wadze zagrożenia, administrator i podmiot przetwarzający wdrażają odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby zapewnić stopień bezpieczeństwa odpowiadający temu ryzyku, w tym między innymi w stosownym przypadku:

- a) Dokonał oceny przydatności pseudonimizacji i szyfrowania i stosuje te techniki w takim zakresie, w jakim są potrzebne do zapewnienia poziomu bezpieczeństwa danych odpowiedniego do ustalonego ryzyka naruszenia praw lub wolności osób, przy ich przetwarzaniu,
- b) posiada zdolność do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania;
- c) posiada zdolność do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego;
- d) regularnie testuje, mierzy i ocenia skuteczność stosowanych środków technicznych i organizacyjnych mających zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania.

6. Powiadomienie o naruszeniach danych osobowych

6.1. **Powiadomienie o naruszeniu.** Przetwarzający powiadamia Administratora o każdym podejrzeniu naruszenia ochrony danych nie później niż w 24 godziny od pierwszego zgłoszenia, umożliwia Administratorowi uczestnictwo w czynnościach wyjaśniających i informuje Administratora o ustaleniach z chwilą ich dokonania, w szczególności o stwierdzeniu naruszenia lub jego braku.

6.2. **Rozwinięcie.** Przetwarzający przesyła powiadomienie o stwierdzeniu naruszenia wraz z wszelką niezbędną dokumentacją dotyczącą naruszenia, aby umożliwić Administratorowi spełnienie obowiązku powiadomienia organu nadzoru.

7. Nadzór

7.1. **Sprawowanie kontroli [art. 28 ust. 3 lit. h RODO].** Administrator kontroluje sposób przetwarzania powierzonych danych po uprzednim poinformowaniu Przetwarzającego o planowanej kontroli. Administrator lub wyznaczone przez niego osoby są uprawnione do wstępu do pomieszczeń, w których przetwarzane są dane, oraz do wglądu do dokumentacji związanej z przetwarzaniem danych. Administrator uprawniony jest do żądania od Przetwarzającego udzielania informacji dotyczących przebiegu przetwarzania danych oraz udostępniania na żądanie prowadzonego rejestru wszystkich kategorii czynności przetwarzania dokonywanych w imieniu administratora (z zastrzeżeniem tajemnicy handlowej Przetwarzającego).

7.2. **Współpraca przy kontroli [art. 28 ust. 3 lit. h RODO]** Przetwarzający współpracuje z urzędem ochrony danych osobowych w zakresie wykonywanych przez niego zadań.

7.3. Przetwarzający:

- a) Udostępnia Administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania zgodności działania Administratora z przepisami RODO,
- b) Umożliwia Administratorowi lub upoważnionemu audytorowi przeprowadzenie audytów lub inspekcji oraz współpracuje podczas ich realizacji (z zastrzeżeniem tajemnicy handlowej, tajemnicy przedsiębiorstwa oraz innych wewnętrznych uwarunkowań w zakresie tajemnicy dokumentacji).

8. Oświadczenie stron

8.1. **Oświadczenie Administratora.** Administrator oświadcza, że jest Administratorem danych oraz, że jest uprawniony do ich przetwarzania w zakresie, w jakim powierzył je Przetwarzającemu.

8.2. **Oświadczenie Przetwarzającego [art. 28. Ust. 1 RODO]** Przetwarzający oświadcza, że w ramach prowadzonej działalności, profesjonalnie zajmuje się przetwarzaniem danych osobowych objętych Umową i Umową Podstawową, posiada w tym zakresie niezbędną wiedzę, odpowiednie środki techniczne i organizacyjne oraz daje rękojmię należytego wykonania niniejszej umowy.

8.3. **Referencje [art. 28 ust. 1 RODO].** Na żądanie Administratora Przetwarzający okaże Administratorowi stosowne referencje, wykaz doświadczenia, informacje lub inne dowody, że Przetwarzający zapewnia wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.

9. Odpowiedzialność

9.1. **Odpowiedzialność Przetwarzającego [art. 82 ust. 3 RODO].** Przetwarzający odpowiada za szkody spowodowane swoim działaniem w związku z niedopełnieniem obowiązków, które RODO nakłada bezpośrednio na Przetwarzającego, lub gdy działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami Administratora lub wbrew tym instrukcjom. Przetwarzający odpowiada za szkody spowodowane zastosowaniem lub niezastosowaniem właściwych środków bezpieczeństwa.

9.2. **Odpowiedzialność za Podprzetwarzających [art. 28 ust. 4 RODO].** Jeżeli Podprzetwarzający nie wywiąże się ze spoczywających na nim obowiązków ochrony danych, pełna odpowiedzialność wobec Administratora za wypełnienie obowiązków przez Podprzetwarzającego spoczywa na Przetwarzającym.

10. Okres obowiązywania umowy powierzenia [art. 28 ust. 3 RODO]

10.1. Umowa została zawarta na czas obowiązywania Umowy Podstawowej z zastrzeżeniem terminu karencji usunięcia danych wskazanego w kolejnym artykule Umowy.

11. Usunięcie danych

11.1. **Usunięcie danych [art. 28 ust. 3 lit. g RODO].** Z chwilą rozwiązania umowy Przetwarzający nie ma prawa do dalszego przetwarzania powierzonych danych i jest zobowiązany do:

- a) usunięcia danych i poinformowania Administratora na piśmie o dacie i sposobie, w jakim usunięto dane, chyba że Administrator postanowi inaczej lub prawo Unii Europejskiej lub prawo polskie nakazują dalej przechowywanie danych.
- b) usunięcia wszelkich istniejących kopii lub zwrotu danych, chyba że Administrator postanowi inaczej lub prawo Unii Europejskiej lub prawo polskie nakazują dalej przechowywanie danych.

12. Postanowienia końcowe

12.1. **Pierwszeństwo.** W razie sprzeczności między postanowieniami niniejszej Umowy Powierzenia a Umowy Podstawowej pierwszeństwo mają postanowienia Umowy Powierzenia. Oznacza to także, że kwestie dotyczące przetwarzania danych


osobowych między Administratorem a Przetwarzającym należy regulować przez zmiany niniejszej umowy lub wykonania jej postanowień.

12.2. **Egzemplarze.** Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

12.3. **Właściwość prawa.** Umowa podlega RODO oraz prawu polskiemu.

Przetwarzający (Wykonawca)

Administrator (Zamawiający)

| | | |
|---|---|--------------|
|  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie Dokument Zintegrowanego Systemu Zarządzania | |
| | ZAL-105-000-001 Protokół koordynacyjny dla wykonawców zewnętrznych wykonujących prace na terenie Szpitala | Nr edycji: 1 |

1. W związku z wdrożeniem w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny Zintegrowanego Systemu Zarządzania (w tym ISO 9001, ISO 14001 oraz PN-N-18001) zobowiązuje się wykonawców zewnętrznych wykonujących prace na terenie Szpitala do stosowania poniższych zasad

2. Przed przystąpieniem do realizacji zadania wykonawca wyznacza osobę odpowiedzialną za przestrzeganie poniższych zobowiązań.

3. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania wymagań funkcjonującego w Szpitalu Zintegrowanego Systemu Zarządzania, a w szczególności do:

3.1 Przestrzegania przez podległe osoby ogólnych przepisów oraz zasad BHP i Ppoż.

3.2 Organizacji stanowisk roboczych – zgodnie z ww. przepisami.

3.3 Zapoznania się ze szczegółowymi instrukcjami wewnętrznymi BHP i Ppoż. oraz wysłuchanie niezbędnych wyjaśnień osoby nadzorującej.

3.4 Przeprowadzenia uzupełniającego instruktażu stanowiskowego uwzględniającego wymogi instrukcji BHP i Ppoż.

3.5 Zobowiązania osób bezpośrednio nadzorujących wykonawstwo do stosowania się do szczegółowych uwag i zaleceń otrzymywanych od osoby zlecającej wykonanie prac oraz od służby BHP.

3.6 Właściwej gospodarki odpadami:

- Prowadzenia segregacji odpadów w miejscu ich powstawania,
- Gromadzenia wytworzonych odpadów w wyznaczonych, oznakowanych i zabezpieczonych miejscach,
- usuwania odpadów z terenu przedsiębiorstwa,
- uzgodnienia sposobu i miejsca tymczasowego gromadzenia i postępowania z odpadami niebezpiecznymi.

3.7 Zabezpieczenia terenu przed skażeniem substancjami niebezpiecznymi.

3.8 Zabezpieczenia terenu Szpitala przed niepożądanymi emisjami pyłów i gazów.

3.9 Realizacji zadania w sposób najmniej uciążliwy dla środowiska w tym racjonalnego korzystania z wody, energii elektrycznej i innych surowców.

3.10 Stosowania przy realizacji zadań sprzętu sprawnego technicznie:

- bez wycieków oleju,
- spełniającego wymogi BHP i prawa o ruchu drogowym.

3.11 W przypadku zaistniałej awarii natychmiast powiadomić służby BHP, w celu podjęcia wspólnych działań naprawczych - jeżeli nastąpi niekontrolowany wyciek oleju należy zastosować skuteczny sorbent, zebrać warstwę skażoną i przetransportować do utylizacji.

3.12 Utrzymania porządku w obszarze swojej działalności.

3.13 Uporządkowania terenu po zakończeniu przedsięwzięcia.

4. Kierownictwo przedsiębiorstwa, któremu Szpital zlecił wykonanie prac na swoim terenie odpowiada w całości za prewencję BHP i Ppoż. oraz postępowanie powypadkowe dotyczące swoich pracowników.

5. Kierownictwo wymienione w punkcie 3 zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania również służb BHP o zaistniałym wypadku / zdarzeniu potencjalnie wypadkowym z udziałem swoich pracowników.

6. Szpital zastrzega sobie prawo kontroli realizacji powyższych zobowiązań przez swoich przedstawicieli.

7. Wykonawcy prac zobowiązują się do natychmiastowego usunięcia z terenu organizacji osób, wskazanych przez Kierownictwo Szpitala.

Oświadczam, że przyjmuję zasady ustalone w niniejszym protokole.

Wykonawca:

Zlecający:

| | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|--|
| Przedstawiciel Wykonawcy: | | Przedstawiciel Szpitala: | |
| Data | | Data | |
| Podpis | | Podpis | |

OŚWIADCZENIE

W związku z wejściem w życie od 1 lipca 2018 r. mechanizmu podzielonej płatności (MPP), stosownie do przepisów regulujących zasady MPP wprowadzonych ustawą z dnia 15 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2018 r. poz. 62 ze zm.), informujemy, że Wykonawca:

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

Wprowadza / nie wprowadza mechanizm podzielonej płatności.*

.....
(miejsowość i data)

.....
*(podpis osoby upoważnionej
do występowania w imieniu Wykonawcy)*

**Niepotrzebne skreślić*