

Załącznik nr 2 do SIWZ

....., dnia

(miejscowość)

(pieczęć firmowa Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTY

Dane Wykonawcy:

Adres (siedziba) Wykonawcy:

Tel. Fax

NIP: REGON:

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na:

**sprzedaż i dostawę aparatury lub sprzętu lub urządzeń medycznych dla potrzeb
Szpitala Powiatowego w Mielcu, znak SzP.ZP.271.95.17**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia:

I. Cena oferty:

Grupa 1 - Myjnia dezynfektor do basenów i kaczek oraz misek szt.2

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK	
3.	Myjnia wolnostojąca z uchylnymi drzwiami	TAK	
4.	Wymiary gabarytowe 1450 x 600 x 630 +/- 5% (myjnia posadowiona na nogach min. 150 mm nad podłogą)	TAK (podać)	
5.	Ogrzewanie elektryczne – moc grzewcza min. 6,5kW	TAK (podać)	
6.	Sterowanie mikroprocesorowe	TAK	
7.	Sygnalizacja: <ul style="list-style-type: none"> – Temperatura – Numer programu – Faza programu – Zakończenie procesu – Stany awaryjne – wyświetlane i sygnalizowane 	TAK	

8.	Dezynfekcja termiczna w temp. 93°C	TAK	
9.	Automatyczne dozowanie detergentu przez wbudowaną pompę dozującą	TAK	
10.	Dodatkowa pompa dozująca środki chemiczne	TAK	
11.	Załadunek jednorazowy min. 4 kaczki i 2 baseny	TAK	
12.	Minimum 3 dysze obrotowe	TAK (podać)	
13.	Minimum 7 dysz stałych	TAK (podać)	
14.	Możliwość mycia misek, ssaków, misek nerkowatych, obuwia operacyjnego	TAK	
15.	Możliwość mycia wiader wym. min. 400 mm	TAK (podać)	
16.	Min. 3 programy mycia	TAK (podać)	
17.	Możliwość zmiany parametrów procesu przez użytkownika	TAK	
18.	Automatyczne opróżnianie naczyń z chwilą zamknięcia drzwi	TAK	
19.	Możliwość wizualnego sprawdzenia poziomu środka myjącego	TAK	
20.	Wydajna pompa cyrkulacyjna min. 600 l/min	TAK (podać)	
21.	Pompa środka do odkamieniania	TAK	
22.	Wyższe nóżki ułatwiające utrzymanie czystości pod urządzeniem	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
23.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
24.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
25.	Certyfikat CE	TAK	
26.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
27.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 2 - Platforma elektrochirurgiczna z systemem zamykania naczyń oraz resekcją bipolarną wraz z oprzyrządowaniem szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
	Platforma elektrochirurgiczna z systemem zamykania naczyń oraz resekcją bipolarną		
3.	Urządzenie mono i bipolarne z systemem zamykania naczyń do 7 mm włącznie oraz resekcją bipolarną	TAK	
4.	Zasilanie elektryczne z sieci 220 do 240 V AC, zakres częstotliwości sieci zasilającej (nominalnie): 47 Hz do 63Hz.	TAK	
5.	Urządzenie spełniające normy ICE 60601-1, edycja 2.0, 3.1; IEC 60601-2-2, edycja 4.0,5.0; IEC 60601-1-2, edycja 2.1, 3.0, 4.0 oraz ICE 60601-1-8, edycja 2.1.	TAK	
6.	Zabezpieczenie przed przecięciem aparatu oraz w przypadku przejścia z zasilania prądem zmiennym na zasilanie z awaryjnego źródła napięcia urządzenie pracuje normalnie, bez żadnych błędów ani awarii systemu (IEC 60601-1; IEC 60601-2-2 podpunkt 51.101 i ANSI/AAMI HF18)	TAK	
7.	Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji zgodnie z normą IEC60601-1; IEC 60601-2-2 i ANSI/AAMI HF18)	TAK	
8.	Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu	TAK	
9.	7-calowy ekran dotykowy LCD	TAK	
10.	Informacja o poprawnym podłączeniu elektrody biernej na wyświetlaczu urządzenia.	TAK	
11.	System wykonujący 430 000 operacji logicznych na sekundę, stale badając oporność koagulowanej tkanki.	TAK	
12.	Koagulacja w systemie zamykania naczyń osiągana w czasie 1-4 sekund	TAK	
13.	Urządzenie wyposażone w gniazda (minimum): a) panel przedni: – gniazdo uniwersalnego portu przełącznika nożnego (UFP), Monopolar 1 – gniazdo narzędzia Monopolar 2 – gniazdo bipolarne – gniazdo do systemu zamykania naczyń oraz resekcji bipolarnej – gniazdo do podłączenia elektrody biernej b) panel tylny: – gniazdo sterownika nożnego Monopolarnego 1 – gniazdo sterownika nożnego Monopolarnego 2 – gniazdo sterownika nożnego bipolarnego – gniazdo do sterownika nożnego do systemu zamykania naczyń/resekcji bipolarnej – gniazdo Ethernet (serwisowe) – antena WiFi (serwisowe) – gniazdo sterowania ewakuatorem dymu oraz zapisu EKG – zacisk uziemienia ekwipotencjalnego – gniazdo przewodu sieciowego	TAK	
14.	Tryby monopolarne: a) cięcie czyste (cut), b) cięcie mieszane (blend),	TAK	

	<ul style="list-style-type: none"> c) zaawansowany tryb monopolarny pozwalający uzyskać wyjątkową kombinację hemostazy i rozcinania. Użytkownik może zwolnić cięcie aby uzyskać większą hemostazę (<i>koagulację</i>) i przyspieszyć aby uzyskać lepsze rozcinanie (<i>cięcie</i>) d) koagulacja wyżarzanie, bezkontaktowa (fulgurate) e) koagulacja rozpylanie (spray) f) koagulacja łagodna (soft), ciągła sinusoida o częstotliwości 434 Hz 		
15.	<p>Tryby bipolarne:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) niski (moc max. 15W) b) standardowy (moc max. 40W) c) makro (moc max. 95W) 	TAK	
16.	Funkcja autobipolar – możliwość automatycznego rozpoczęcia i zakończenia pracy oraz samodzielnej regulacji przez personel medyczny czasu opóźnienia funkcji auto-start z dokładnością do co 0,5 sekundy w zakresie od 0 do 2,5 sekundy.	TAK	
17.	System zamykania naczyń pozwalający zespać tętnice, żyły i naczynia limfatyczne o średnicy do 7mm włącznie oraz wiązki tkanek w oparciu o system ciągłego pomiaru parametrów tkanki (indywidualnie dla każdego pacjenta) umożliwiający precyzyjną regulację wydatku energii dla uzyskania pożądanego efektu tkankowego (chirurgicznego) oraz ciśnienia elektrody przez ściśle określony okres czasu.	TAK	
18.	Tryb bipolarny moc max. 95 W	TAK (podać)	
19.	Cięcie monopolarne tryb czysty moc max. 300 W	TAK (podać)	
20.	Cięcie monopolarne tryb mieszany moc max. 200 W	TAK (podać)	
21.	Zaawansowany tryb monopolarny pozwalający uzyskać wyjątkową kombinację hemostazy i rozcinania. Użytkownik może zwolnić cięcie aby uzyskać większą hemostazę (koagulację) i przyspieszyć aby uzyskać lepsze rozcinanie (cięcie) moc max. 200 W	TAK	
22.	Koagulacja monopolarna – wyżarzanie moc max. 120 W	TAK (podać)	
23.	Koagulacja monopolarna - rozpylanie moc max. 120 W	TAK (podać)	
24.	System zamykania naczyń moc max. 350 W	TAK (podać)	
25.	Resekcja bipolarna moc max. cięcie 375 W i koagulacja 175 W	TAK (podać)	
26.	Aktywacja trybu monopolarnego z włącznika nożnego i uchwytu elektrody czynnej.	TAK	
27.	Aktywacja koagulacji bipolarnej z włącznika nożnego i automatycznie.	TAK	
28.	Możliwość zapamiętania ostatnich nastawień.	TAK	
29.	Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia: komunikaty i opisy nieprawidłowości w języku polskim, kody serwisowe, pamięć kodów.	TAK	
30.	Zróznicowany sygnał dźwiękowy dla trybów alarmowych.	TAK	
31.	Urządzenie wyposażone w system zabezpieczenia pacjenta przed poparzeniem w polu przylegania płytki biernej - automatyczny, adaptacyjny system bezpieczeństwa dla elektrody powrotnej w zakresie min 5-135 Ohm	TAK	

32.	W razie złej aplikacji elektrody powrotnej, aparat alarmuje o stanie zagrożenia – sygnałem dźwiękowym zgodnie z normą 60601-2-2 - 65 dBA (bez możliwości zewnętrznej regulacji) i wizualnie za pomocą wyświetlanych na ekranach komunikatach. W konsekwencji przerywana jest praca aparatu.	TAK	
33.	Zróżnicowany sygnał dźwiękowy dla różnych trybów pracy z możliwością swobodnej regulacji głośności (nie dotyczy dźwięków alarmowych).	TAK	
34.	Wizualizacja nastawianej mocy.	TAK	
35.	Gniazda przyłączeniowe automatycznie rozpoznające podłączone narzędzie.	TAK	
36.	Możliwość ustawiania mocy zaawansowanego trybu monopolarnego ze sterylnego pola.	TAK	
37.	Możliwość bezpłatnej aktualizacji oprogramowania w urządzeniu przez użytkownika (update)	TAK	
38.	Komunikaty w języku polskim.	TAK	
39.	Skuteczność systemu zamykania naczyń potwierdzona badaniami.	TAK	
Oprzężenie			
40.	Kleszczyki wielorazowe do elektrody systemu zamykania naczyń 7 mm włącznie, dł 25 cm, zakrzywione pod kątem 30 stopni – szt 2	TAK	
41.	Elektroda jednorazowego użytku wpinana do w/w kleszczyków – szt 24	TAK	
42.	Laparoskopowe narzędzie do preparowania , uszczelniania i rozdzielania naczyń, śred. 7 mm, dł. 37 cm śred. trzonu 5 mm, aktywowana ręcznie lub nożnie -szt 6	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
43.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
44.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
45.	Certyfikat CE	TAK	
46.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
47.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 3 - System centralnego nadzoru okoloporodowego zest.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
	I. CENTRALA MONITORUJĄCA		
	Oprogramowanie:		
3.	System nadzoru okołoporodowego obejmujący min. 2 stanowiska KTG, umożliwiający jednoczesną kontrolę stanu zdrowia pacjentek i płodów	TAK	
4.	Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe 30 stanowisk	TAK	
5.	System współpracujący z kardiokografami firm min. Philips, Oxford oraz Edan	TAK/podać	
6.	System współpracujący z zaoferowanymi kardiokografami opisanymi w pkt. II	TAK	
7.	System współpracujący z aparatami KTG do ciąży pojedynczej i bliźniaczej	TAK	
8.	System współpracujący z telementrią do ciąży pojedynczej oraz z telementrią do ciąży bliźniaczej (zasięg obu głowic cardio i głowicy toco co najmniej 90m)	TAK	
9.	Archiwizacja danych, zapisów i wyników analizy w pamięci na nośniku o dłuższej trwałości – okres min. 10 lat	TAK	
10.	Komputerowa analiza zapisu (wyznaczenie linii podstawowej, częstości uderzeń serca płodu, wyznaczenie liczby akceleracji i deceleracji, ocena zmienności FHR w ujęciu długo oraz krótkoterminowym). Wyniki analizy pokazywane w postaci graficznej krzywych kardiokograficznych oraz w formie tabelarycznej.	TAK	
11.	Możliwość dopasowania progów alarmowych przez użytkownika	TAK	
12.	Alarmowanie o wrytych nieprawidłowościach – sygnał dźwiękowy i wizualny	TAK	
13.	Alarmy tachykardii i bradykardii	TAK	
14.	Alarm w przypadku utraty sygnału	TAK	
15.	Tworzenie dokumentacji dotyczącej pacjentki, przebiegu ciąży i porodu, kreślenie partogramu	TAK	
16.	Wprowadzanie: własnych notatek, podawanych leków, wyników badań	TAK	
17.	Test bezstresowy	TAK	
18.	Automatyczne monitorowanie ruchów płodu	TAK	
19.	Monitorowanie parametrów matczyńskich (EKG, HR, NIBP, SpO2, TEMP)	TAK	
20.	Podgląd zapisów na urządzeniu przenośnym typu tablet	TAK	
21.	Wprowadzanie danych pacjentki w trakcie monitorowania i po jego zakończeniu. Możliwość edycji danych pacjentki w archiwum	TAK	
22.	Możliwość przeglądania zapisów archiwalnych monitorowanej pacjentki w trakcie badania	TAK	
23.	Możliwość rozbudowy o kolejne stanowiska podglądu i dostępu do zapisów	TAK	

24.	Monitorowanie ciąży bliźniaczej	TAK	
25.	Wspólna baza danych dla wszystkich podłączonych stanowisk KTG	TAK	
26.	Bezpłatna aktualizacja oprogramowanie w okresie gwarancji	TAK	
	Wyposażenie:		
27.	Stanowisko centralne – serwer (1 sztuka) – zestaw komputerowy, monitor LCD/LED min. 21” zapewniający funkcją dostępu podglądu zapisów, przeglądania archiwum oraz wykonywania komputerowej analizy	TAK	
28.	Drukarka laserowa kolorowa do wydruku zapisów oraz raportów	TAK	
	II. KARDIOTOKOGRAF Z FUNKCJĄ CIĄŻY BLIŹNIACZEJ I PEŁNYM MONITORINGIEM MATKI – 2 ZESTAWY		
29.	Kolorowy ekran dotykowy LCD pochylany o przekątnej $\geq 12,1''$	TAK/podać	
30.	Obsługa urządzenia przez ekran dotykowy oraz pokrętko	TAK	
31.	Współpraca z centralą monitorującą oraz telemetrią płodową	TAK	
32.	Metoda pomiarowa FHR Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny	TAK	
33.	Zakres pomiarowy US min 50-240 bpm	TAK/podać	
34.	Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu	TAK	
35.	Częstotliwość pracy sygnału ultradźwiękowego 1 MHz	TAK	
36.	Częstość powtarzania ≥ 2 kHz	TAK/podać	
37.	Wartość natężenie emitowanej fali US ≤ 2 mW/cm ²	TAK	
38.	Wskaźnik jakości sygnału	TAK	
39.	Monitorowanie bliźniaków po podłączeni drugiej głowicy Cardio	TAK	
40.	Komputerowa analiza zapisu KTG	TAK	
41.	Znacznik dla personelu	TAK	
42.	Wprowadzanie notatek	TAK	
43.	Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR (dotyczy monitorowania bliźniaków)	TAK	
44.	Ostrzeganie w przypadku monitorowania jednego płodu za pomocą obu głowic US (dotyczy monitorowania bliźniaków)	TAK	
45.	Na wyposażeniu monitora przetwornik Toco 1 szt. i przetwornik Cardio 2 szt.	TAK	
46.	Monitoring parametrów matki: NIBP, MECG, TEMP, RESP, SPO2	TAK	
47.	Ostrzeganie w przypadku monitorowania tętna matki za pomocą głowicy US	TAK	
48.	Automatyczne aktywowanie podpiętego przetwornika	TAK	
49.	Możliwość przenoszenia głowic pomiędzy aparatami tego modelu	TAK	
50.	Wodoszczelność przetworników min. IPX8	TAK/podać	
51.	Aparat wyposażony w funkcję monitorowania ciąży bliźniaczej	TAK	
52.	Ręczny znacznik ruchów płodu dla matki	TAK	

53.	Automatyczne wykrywanie ruchów płodu	TAK	
54.	Alarm FHR ustawiany krokiem 5 lub 10 sekundowym	TAK	
55.	Opóźnienie występowania alarmów ustawiane krokiem 5 lub 10 sekundowym (min. 10 – 300 s.)	TAK/podać	
56.	Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco	TAK	
57.	Metoda pomiarowa Toco Tensometryczna	TAK	
58.	Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności skurczowej macicy	TAK	
59.	Zakres sygnału Toco 0÷100%	TAK	
60.	Ustawienie linii podstawowej Toco 10 lub 20 jednostek (do wyboru przez użytkownika)	TAK	
61.	Automatyczna korekcja przesunięcia	TAK	
62.	Automatyczne korekcja zerowania	TAK	
63.	Możliwość współpracy z telemetrią płodową do ciąży bliźniaczej o zasięgu obu głowic cardio co najmniej 90m	TAK	
64.	Graficzny rejestrator termiczny wbudowany w urządzenie	TAK	
65.	Standardowe prędkości przesuwani papieru 1,2 i 3 [cm/min]	TAK	
66.	Duże prędkości wydruku (zapisy archiwalne) ≥ 15 mm/sek	TAK/podać	
67.	Szerokość papieru 150 mm	TAK	
68.	Wprowadzanie danych pacjentki. Ekranowa klawiatura w układzie Qwerty	TAK	
69.	Rozdzielczość wydruku ≥ 200 dpi	TAK/podać	
70.	Alarm końca papieru	TAK	
71.	Kompaktowa obudowa	TAK	
72.	Wózek do aparatu z szufladami oraz blokadą kół	TAK	
III. INSTALACJA			
73.	Montaż i instalacja sieci bezprzewodowej na Sali Porodowej zapewniającej połączenie między aparatami KTG i centralą	TAK	
74.	Bezprzewodowe podłączenie oferowanych aparatów KTG opisanych w pkt. II do sieci	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
75.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
76.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
77.	Certyfikat CE	TAK	
78.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
79.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 4 - Aparat USG szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
	Konstrukcja		
3.	Aparat wykonany w technologii całkowicie cyfrowej	TAK	
4.	Ilość niezależnych kanałów procesowych powyżej 10 000 000	TAK (podać)	
5.	Zakres częstotliwości pracy potwierdzony zakresem częstotliwości sond możliwych do podłączenia do aparatu min. 1,5-16 MHz	TAK (podać)	
6.	Niezależne równoważne gniazda głowic obrazowych przełączane elektronicznie min.4	TAK (podać)	
7.	Gniazda parkingowe głowic obrazowych min.1	TAK (podać)	
8.	Zintegrowany z aparatem podgrzewacz żelu	TAK	
9.	Zakres dynamiki dla obrazu 2D wyświetlany na ekranie min. 250 dB	TAK (podać)	
10.	Dodatkowy wyświetlacz do sterowania wybranymi funkcjami aparatu o przekątnej min. 12 cali z możliwością obsługi jak na tablecie	TAK	
11.	Monitor LCD LED bez przepłotu o przekątnej min. 21 cali, rozdzielczość min. 1920 x 1080 pikseli, z regulacją położenia (obrót, pochylenie, wysokość niezależna od pulpitu)	TAK (podać)	
12.	Regulowana wysokość panelu sterowania względem korpusu aparatu	TAK	
13.	Obrót panelu sterowania względem korpusu aparatu	TAK	
14.	Możliwość ustawienia menu w języku polskim i polskie znaki w opisach oraz komentarzach do raportu	TAK	
15.	Możliwość przesyłania obrazów i danych pacjenta na urządzenia z systemem android (tablet lub smartfon), możliwość korzystania na tych urządzeniach z oprogramowania dydaktycznego zawartego w aparacie oraz sterowania podstawowymi funkcjami aparatu w celach m.in. dydaktycznych (łącność Wi-Fi lub bluetooth)	TAK	
16.	Połączenie z siecią szpitalną w standardzie DICOM min. Print, Store, Storage Commitment, Media Exchange, Worklist	TAK	
17.	Możliwość połączenia z siecią szpitalną poprzez łączność bezprzewodową Wi-Fi	TAK	
18.	Archiwizacja obrazów na dysku twardym wbudowanym w aparat, nagrywarce CD/DVD w formatach kompatybilnych z systemem Windows oraz na pamięciach USB w formatach kompatybilnych	TAK	

	z systemem Windows		
19.	Pojemność dysku twardego min. 1 TB	TAK (podać)	
20.	Min. 5 portów USB	TAK	
21.	Zapis obrazów i pętli w formacie raw data na dysku twardym aparatu	TAK	
22.	Możliwość regulacji podstawowych parametrów na zatrzymanym obrazie. Min. TGC, LGC, wzmacnienie (2D, tryby dopplerowskie), zakres dynamiki, mapy szarości, mapy koloru, linia bazowa, odwrócenie spektrum i koloru (invert) i inne (wymienić)	TAK (podać)	
23.	Możliwość tworzenia własnych ustawień (tzw. Presetów)	TAK	
24.	Nagrywanie i odtwarzanie dynamicznych obrazów /tzw. cine loop prezentacji B oraz kolor Doppler, prezentacji M-mode i Dopplera spektralnego	TAK	
25.	Ilość klatek pamięci CINE min. 35 000	TAK (podać)	
26.	Długość pętli dla trybu M lub D powyżej 200 sek.	TAK (podać)	
27.	Biało-czarna drukarka termiczna	TAK	
28.	Czas uruchomienia aparatu ze stanu całkowitego wyłączenia do stanu gotowości do pracy poniżej 30 sek.	TAK (podać)	
	Tryby obrazowania		
29.	Tryb 2D (B-Mode)	TAK	
30.	Zakres ustawienia głębokości penetracji min. 2-40 cm	TAK (podać)	
31.	Zakres bezstratnego powiększenia obrazu rzeczywistego i zamrożonego (tzw. Zoom) a także obrazu z pamięci CINE min. 10x	TAK (podać)	
32.	Możliwość powiększenia obrazu diagnostycznego na pełny ekran	TAK	
33.	Obrazowanie harmoniczne na wszystkich oferowanych głowicach z wykorzystaniem przesunięcia lub inwersji faz	TAK	
34.	Technologia redukcji szumów i plamek oraz wyostżenia krawędzi i wzmacnienia kontrastu tkanek	TAK	
35.	Przestrzenne składanie obrazów (obrazowanie wielokierunkowe pod kilkoma kątami w czasie rzeczywistym)	TAK	
36.	Maksymalna ilość kątów obrazowania wielokierunkowego min. 7	TAK (podać)	
37.	Kompensacja do prędkości rozchodzenia się ultradźwięków w badanej tkance z wyświetleniem tej prędkości na ekranie	TAK	
38.	Prędkość odświeżania w trybie 2D powyżej 1600 obr/sek	TAK (podać)	
39.	Tryb M	TAK	
40.	Wybór prędkości przesuwu zapisu trybu M min. 5	TAK (podać)	
41.	Tryb M z efektem Dopplera kolorowego	TAK	
42.	Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)	TAK	
43.	Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy kącie korekcji 0° powyżej 8,5 m/s	TAK (podać)	

44.	Regulacja wielkości bramki dopplerowskiej min. 0,5-30 mm	TAK (podać)	
45.	Kąt korekcji bramki dopplerowskiej min. 0 do +/- 89 stopni	TAK (podać)	
46.	Szybka zmian kąta korekcji -60/0/60 stopni	TAK	
47.	Tryb Doppler Kolorowy (CD)	TAK	
48.	Maksymalna prędkość odświeżania obrazu dla Dopplera kolorowego powyżej 400 obr/sek	TAK (podać)	
49.	Regulacja uchyłności pola Dopplera Kolorowego na oferowanych głowicach liniowych min. +/- 30 stopni	TAK (podać)	
50.	Tryb angiologiczny /Power Doppler/	TAK	
51.	Tryb Power Doppler kierunkowy	TAK	
52.	Rozszerzony tryb kolorowego Dopplera o wysokiej rozdzielczości i czułości do dokładnego obrazowania przepływów szczególnie w małych naczyniach	TAK	
53.	Tryb Duplex /2D+PWD lub CD/	TAK	
54.	Tryb Triplex /2D+PWD+CD/	TAK	
55.	Obrazowanie panoramiczne	TAK	
56.	Obrazowanie panoramiczne przepływów w Color lub Power Dopplerze	TAK	
57.	Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku w trybie B-Mode i Dopplera spektralnego. Automatyczne umiejscowienie pola Dopplera kolorowego oraz bramki Dopplera PW odpowiednio do naczynia. Automatyczna optymalizacja wzmocnienia Dopplera kolorowego.	TAK	
58.	Automatyczne podążanie pola Dopplera kolorowego za naczyniem w dopplerowskich badaniach naczyniowych	TAK	
	Głowice		
59.	Głowica convex wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa 2D	TAK	
60.	Zakres częstotliwości pracy przetwornika min. 1,5 – 6,0 MHz	TAK (podać)	
61.	Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode min.3	TAK (podać)	
62.	Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego min.3	TAK (podać)	
63.	Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler min.3	TAK (podać)	
64.	Ilość elementów min. 192	TAK (podać)	
65.	Kąt pola obrazowanie głowicy min. 60 stopni	TAK (podać)	
66.	Wirtualne poszerzenie kąta obrazowego głowicy min. 72 stopnie	TAK (podać)	
67.	Głębokość obrazowania min. 40 cm	TAK (podać)	
68.	Głowica endokawitarna wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa	TAK	
69.	Zakres częstotliwości pracy przetwornika min. 3,0 – 11,0 MHz	TAK (podać)	

70.	Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode min.3	TAK (podać)	
71.	Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego min.3	TAK (podać)	
72.	Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler min.3	TAK (podać)	
73.	Ilość elementów min. 192	TAK (podać)	
74.	Kąt pola obrazowego głowicy min. 170 stopni	TAK (podać)	
75.	Wirtualne poszerzenie kąta pola obrazowego głowicy min. 210 stopni	TAK (podać)	
76.	Głębokość obrazowania min. 28 cm	TAK (podać)	
	Oprogramowanie pomiarowo-obliczeniowe		
77.	Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera – automatyczny obrys spektrum wraz z podaniem podstawowych parametrów przepływu (min. PI, RI i inne) zarówno na obrazie rzeczywistym, jak i na obrazie zamrożonym	TAK	
78.	Oprogramowanie aparatu /programy obliczeniowe i raporty/: j. Brzuszna, ginekologia, położnictwo, pediatria, małe i powierzchniowe narządy, naczynia, kardiologia, urologia i inne	TAK	
79.	Raporty z każdego rodzaju badań z możliwością dołączania obrazów i eksportu w plikach min. PDF i RTF (lub podobnym)	TAK	
80.	Półautomatyczny lub automatyczny pomiar IMT	TAK	
	Opcje rozbudowy		
81.	Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD) sterowany pod kontrolą obrazu 2D o maksymalnej mierzonej prędkości przepływu przy kącie korekcji 0° min. 35 m/s	TAK	
82.	Obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym (4D) z głowic wolumetrycznych (objętościowych) convex i endovaginalnej z maksymalną prędkością obrazowania powyżej 60 objętości/sek.	TAK (podać)	
83.	Tryb kolorowy i spektralny Doppler tkankowy	TAK	
84.	Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate z użyciem kolorowego Dopplera tkankowego	TAK	
85.	Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate realizowana w trybie 2D (funkcja śledzenia plamki lub podobne)	TAK	
86.	Tryb anatomiczny M-mode min. z 3 linii prostych i krzywoliniowy anatomiczny M-mode	TAK	
87.	Obrazowanie z użyciem ultrasonograficznego środka kontrastującego w tym z niskim indeksem mechanicznym	TAK	
88.	Automatyczny pomiar NT	TAK	
89.	Automatyczny pomiar podstawowych parametrów biometrii płodu (min. BPD, HC, AC i FL)	TAK	
90.	Automatyczna detekcja przekrojów oraz automatyczny pomiar dla centralnego układu nerwowego płodu realizowane z uzyskanej objętości 3D głowy płodu	TAK	
91.	Automatyczny pomiar objętości w trybie 3D	TAK	
92.	Automatyczny pomiar pęcherzyków w jajniku z oznaczeniem poszczególnych pęcherzyków na obrazie 3D	TAK	

93.	Głowica objętościowa endovaginalna pracująca w trybie 4D	TAK	
94.	Obrazowanie objętościowe serca płodu tzw. STIC	TAK	
95.	Obrazowanie tzw. Tomograficzne – wyświetlanie kilku warstw danej objętości jednocześnie na ekranie	TAK	
96.	Elastografia akustyczna (uzyskanie fali poprzecznej dzięki wykorzystaniu fali ultradźwiękowej wysłanej z głowicy). Wynik uzyskany w wartościach liczbowych. Analiza wykonanego badania elastograficznego – jednostka miary kPa	TAK	
97.	Głowice convex, endokawitarne, liniowe i sektorowe (phased array)	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
98.	Gwarancja na cały system min. 24 miesiące	TAK (podać)	
99.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)	TAK	
100.	Certyfikat CE na aparat i głowice	TAK	
101.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
102.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
Wymagania dodatkowe			
103.	Dostawa urządzenia z licencją DICOM i konfiguracją z istniejącym systemem PACS firmy CompuGroup Medical Polska. Zamawiający posiada licencję na podłączenie urządzenia do w/w PACS-u.	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 5 - Komora chłodnicza w układzie 2x3 ciała na tacy chłodzone dwoma agregatami po jednym dla każdego 3 ciał

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Wnętrze, obudowa, tace, regały, rama komory chłodniczej wykonane ze stali nierdzewnej – kwasoodpornej gatunek min. 1.4301.	TAK	
4.	Wymiary komory: – Szerokość 2200 mm +/- 200 mm – Długość 2400 mm +/- 200 mm – Wysokość 1800 mm +/- 200 mm	TAK (podać)	

5.	Rdzeń obudowy (izolacja chłodnicza) wykonany ze spienionego pod ciśnieniem poliuretanu o grubości min. 100mm	TAK (podać)	
6.	Każdy z płytów drzwi ma posiadać możliwość zamknięcia (zamek, wkładkę patentową lub inny mechanizm) z możliwością niezależnego otwierania od wewnątrz komory. Kąt otwarcia drzwi powinien wynosić 180° tak aby przy załadunku ciał dostępny był cały prześwit otworu drzwi. Komora powinna być wyposażona w 2 szt. takich drzwi po jednej sztuce na każde 3 ciała w pionie.	TAK	
7.	Komora powinna posiadać tak ukształtowaną podłogę oraz umieszczony w niej splot aby wszystkie nieczystości po myciu lub dezynfekcji można było odprowadzić na zewnątrz komory bezpośrednio do kanalizacji	TAK	
8.	Komora powinna być ustawiona na regulowanych nóżkach – podporach umożliwiających mycie i dezynfekcję przestrzeni pod komorą oraz właściwego jej ustawienia – wypoziomowania	TAK	
9.	Komora ma posiadać następujący układ funkcjonalny: dwa przedziały - pionowy każdy z regałem trzy poziomym przystosowanym do przechowywania 3 ciał na tacy; dostęp przez drzwi jednopłatowe, łącznie możliwość przechowywania 6 ciał. Budowa regałów ma pozwalać na mycie i dezynfekcję wnętrza komory (brak elementów poprzecznych blokujących przejście). Regały mają być wyposażone w prowadnice wielorolkowe gwarantujące płynny i bezpieczny załadunek ciał. Tace nie mogą posiadać elementów ruchomych narażonych na uszkodzenie natomiast powinny być wyposażone w dwa czołowe uchwyty. Regały, tace mają być wykonane w całości z materiałów nierdzewnych kwasoodpornych min. gat. 1.4301. Dodatkowo wewnątrz komory na tylnej ścianie powinny znajdować się odboje zabezpieczające ścianę komory przed uszkodzeniem przez wsuwaną tacę	TAK	
10.	Komora powinna posiadać własne wewnętrzne oświetlenie	TAK	
11.	Jeśli w komplecie z komorą dostarczany jest hydrauliczny wózek do załadunku ciał komora powinna posiadać system cumowania i osiowania wózka z regałem w komorze	TAK	
12.	Komora ma być wyposażona w dwa urządzenia chłodnicze z agregatem chłodniczym umieszczonym na zewnątrz budynku. Agregaty chłodnicze mają gwarantować samoczynne utrzymanie temperatury wewnątrz komory w zakresie od -5°C do +5°C (opcjonalnie dla jednego przedziału na 3 ciała przygotować mroźnio-chłodnie z zakresem temperatur -10°C do +5°C)	TAK	
13.	Agregaty chłodnicze mają posiadać system automatycznego odszraniania, samoczynne utrzymywanie temperatury	TAK	
14.	Gwarantowana temperatura powinna być jednakowa w całym przekroju komory	TAK	
	Komora chłodnicza		
15.	Agregaty powinny gwarantować wymuszony obieg powietrza wewnątrz komory tak, aby każde ciało wewnątrz było jednakowo chłodzone	TAK	
16.	Sterowanie chłodzeniem komory powinno się odbywać przy pomocy czytelnego elektronicznego panelu sterującego z wyświetlaczem cyfrowym o następujących funkcjach: <ul style="list-style-type: none"> - Wyświetlanie aktualnej temperatury wewnątrz komory - Wyświetlanie zadanej temperatury dla komory - Możliwość programowania temperatury w ustalonym zakresie - Sterowanie oświetleniem komory - Sygnalizacja pracy sprężarki agregatu 	TAK	

	<ul style="list-style-type: none"> - Sygnalizacja pracy wentylatora agregatu wewnątrz komory - Sygnalizacja awarii sygnałem dźwiękowym 		
17.	Panel sterujący powinien być umieszczony w miejscu wskazanym przez Zamawiającego (jednak w odległości nie większej niż 10 m)	TAK	
18.	Włączenie i wyłączenie agregatu chłodniczego komory na czas załadunku powinno być automatyczne i odbywać w następujący sposób: w momencie otwarcia drzwi powinno zapalić się oświetlenie wewnątrz komory oraz wyłączyć chłodzenie, po załadunku lub wyładunku ciała i zamknięciu drzwi oświetlenie ma się wyłączyć a agregat wrócić do pracy z wcześniej ustawionymi parametrami	TAK	
Wózek hydrauliczny			
19.	Wózek w całości wykonany z materiałów oraz profili nierdzewnych – kwasoodpornych min. gat. 1.4301	TAK	
20.	Wózek wyposażony w pojedynczy pantograf podnoszący zasilany pompą hydrauliczną z napędem nożnym	TAK	
21.	Napęd hydrauliczny wózka powinien gwarantować płynne podnoszenie ciała na każdy z poziomów regału wewnątrz komory. Wózek powinien również posiadać regulację prędkości opuszczania ciała	TAK	
22.	Dopuszczalne obciążenie wózka powinno wynosić min. 150 kg	TAK (podać)	
23.	Górna rama wózka wyposażona w prowadnice wielorolkowe analogiczne jak w komorze chłodniczej oraz w pełni z nimi kompatybilne. Wózek ma posiadać blokadę zapobiegającą zsunięciu się tacy lub trumny z ciałem	TAK	
24.	Wózek wyposażony w cztery obrotowe kółka jezdne z hamulcem	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
25.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
26.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
27.	Certyfikat CE	TAK	
28.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
29.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 6 - Wózek do transportu chorych szt.2

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Wózek fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym odpornym na uszkodzenia mechaniczne	TAK	
4.	Leże dwu- lub trzysegmentowe, wypełnione płytą tworzywową lub płytą laminowaną	TAK	
5.	Regulacja segmentu oparcia pleców, uda (w wersji trzysegmentowej), przechyłu Trendelenburga i anty-Trendelenburga dokonywana płynnie za pomocą sprężyn gazowych z blokadą	TAK	
6.	Hydrauliczna regulacja wysokości leża dokonywana za pomocą dźwigni nożnej	TAK	
7.	Cztery antystatyczne koła jezdne o średnicy 150 mm lub 200 mm, blokowane centralnie, w tym jedno z blokadą kierunkową	TAK (podać)	
8.	Wypośażenie: <ul style="list-style-type: none"> - składane barierki boczne - cztery krążki odbojowe - materac w kolorze turkusowym, zaopatrzony w uchwyty umożliwiające przeniesienie pacjenta 	TAK	
9.	Wymiary zewnętrzne 2050mm x 730mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
10.	Zakres regulacji wysokości leża 600-900mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
11.	Kąt przechyłu anty- Trendelenburga min. 0-12°	TAK (podać)	
12.	Kąt przechyłu Trendelenburga min. 0-20°	TAK (podać)	
13.	Kąt odchylenia oparcia pleców min. 0-65°	TAK (podać)	
14.	Kąt odchylenia oparcia uda min. 0-30°	TAK (podać)	
15.	Bezpieczne obciążenie robocze min. 250 kg	TAK (podać)	
Warunki gwarancji i serwisu			
16.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
17.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
18.	Certyfikat CE	TAK	
19.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
20.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 7 - Zmywarko-wyparzarka do naczyń szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Sprzęt fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Zestaw do instalacji wolnostojącej	TAK	
4.	Obudowa wykonana z wysokiej jakości stali nierdzewnej	TAK	
5.	Programy sterujące: <ul style="list-style-type: none"> - elektroniczna kontrola - ostatnie płukanie 93°C przez minimum 10 minut - standardowe programy (krótki, uniwersalny, intensywny) - końcowa temperatura płukania: 85°C - wskaźnik temperatury i pozostałego czasu 	TAK (podać)	
6.	Dozowanie: <ul style="list-style-type: none"> - 1 x zintegrowany pojemnik na detergent w proszku i mediów płynnych umieszczony na drzwiach zmywarki - pojemnik na sól w drzwiach 	TAK	
7.	Wymiary i waga: <ul style="list-style-type: none"> - wymiary pokrycia W/SZ/D [mm] 820-880/600/580 (+/- 50 mm) - wymiary zewnętrzne z pokrywą W/SZ/D [mm] 835-895/600/580 (+/- 50 mm) 	TAK (podać)	
8.	Wykonanie: stal nierdzewna	TAK	
9.	Wsady: <ul style="list-style-type: none"> - górny kosz na kubki/spodki – 1 szt - wkład do min. 30 talerzy/15 talerzy deserowych – 1 szt - kosz dolny do różnych zastosowań – 1 szt - pojemniki na sztućce min. 1 szt. 	TAK (podać)	
Warunki gwarancji i serwisu			
10.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
12.	Certyfikat CE	TAK	
13.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
14.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy**Termin wykonania zamówienia: dni**

Grupa 8 - Wózek do rozwożenia naczyń szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Sprzęt fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Wymiary (DxSxW) 1010 x 550 x 945 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
4.	Dwie półki	TAK	
5.	Wysokie ranty 95mm (+/- 5 mm) (zapobiega zsuwaniu się naczyń)	TAK (podać)	
6.	Stal nierdzewna kolor inox	TAK	
7.	Cztery koła jezdne gumowe w tym dwa wyposażone w blokady nożne	TAK	
8.	Łatwe czyszczenie	TAK	
9.	Zestaw do montażu w komplecie	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
10.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
12.	Certyfikat CE	TAK	
13.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
14.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 9 - Stoliki przyłóżkowe szt.10

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Sprzęt fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Konstrukcja stolika prostokątna ze stali lakierowanej proszkowo	TAK	
4.	Wyposażenie w cztery koła jezdne w tym dwa z blokada nożna	TAK	
5.	Blat gładki z płyty meblowej laminowanej	TAK	
6.	Na dłuższych bokach blatu zamontowane relingi metalowe zapobiegające zsuwaniu się naczyń	TAK	
7.	Wysokość regulowana lekko za pomocą sprężyny gazowej, z blokadą na ustawionej wysokości	TAK	
8.	Wysokość min 800mm max 1300mm	TAK	
9.	Możliwość obustronnego nachylenia bocznego blatu o 60 stopni max z blokada ustawienia	TAK (podać)	
Warunki gwarancji i serwisu			
10.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
12.	Certyfikat CE	TAK	
13.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
14.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 10 - Łóżka szpitalne elektryczne szt.5

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Sprzęt fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Wymiary leża 2000 mm x 900 mm (+/- 50 mm) wraz z funkcją przedłużania leża min 150 mm i czterema otworami we wszystkich narożnikach łóżka do montażu wyposażenia dodatkowego	TAK (podać)	
4.	Łóżko z elektrycznymi regulacjami wysokości segmentu pleców, segmentu uda, przechyłów Trendelenburga i anty Trendelenburga	TAK	

5.	Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym	TAK	
6.	Funkcja CPR segmentu pleców pozwalająca na natychmiastową reakcję w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta	TAK	
7.	Regulacja elektryczna wysokości leża w zakresie 350 mm do 750 mm (+/- 20 mm)	TAK (podać)	
8.	Regulacja elektryczna pleców min. 65° oraz regulacja elektryczna uda min. 34°	TAK (podać)	
9.	Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i antyTrendelenburga min. 15°	TAK (podać)	
10.	Leże łóżka 4-sekcyjne, w tym 3 ruchome, leże wypełnienie panelami tworzywowymi, po kilka paneli w segmencie pleców i podudzia, panele gładkie, łatwo demontowalne, lekkie, nadające się do dezynfekcji, panele zabezpieczone przed przesuwaniem się i wypadnięciem poprzez system zatrzaskowy	TAK	
11.	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, w segmencie pleców: min. 9 cm, w segmencie uda: min. 5 cm	TAK (podać)	
12.	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	TAK	
13.	Koła o średnicy min. 125 mm, centralna oraz kierunkowa blokada kół uruchamiana za pomocą jednej z dwóch dźwigni zlokalizowanych bezpośrednio przy kołach od strony nóg, po obu stronach łóżka	TAK	
14.	Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 200 kg	TAK (podać)	
15.	Barierki boczne zabezpieczające całą długość leża, 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	TAK	
16.	Wyposażenie łóżka: <ul style="list-style-type: none"> • barierki boczne opisane powyżej • materac w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nie przepuszczającym wody. Pokrowiec odpinany. Zamek zabezpieczony przed wnikaniem płynów. Wysokość materaca 100 mm (+/- 50 mm). Materac posiadający nacięcia w okolicy uda dla lepszej dystrybucji ciężaru pacjenta. 	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
17.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
18.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
19.	Certyfikat CE	TAK	
20.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
21.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 11 - Stół zabiegowy przeznaczony do badań i zabiegów w zakresie chirurgii szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Stół fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne	TAK	
4.	Cztery segmenty leża tapicerowane bezszwowo materiałem zmywalnym i odpornym na dezynfekcję w kolorze granatowym	TAK	
5.	Regulacja wysokości leża hydrauliczna za pomocą dźwigni nożnej	TAK	
6.	Bezstopniowa regulacja oparcia pleców dokonywana mechanizmem dociskowym	TAK	
7.	Pozycja Trendelburga i anty- Trendelburga wspomagana sprężyną gazową	TAK	
8.	Stół wyposażony w szyny ze stali nierdzewnej do wyposażenia dodatkowego, rolkę prześcieradła jednorazowego użytku, wysuwaną misę ze stali nierdzewnej	TAK	
9.	Stół wyposażony w wieszak kroplówki	TAK	
10.	Wersja mobilna z centralną i kierunkową blokadą kół	TAK	
11.	Parametry techniczne: szerokość 650 mm (+/- 50 mm), długość 1950 mm (+/- 50 mm), zakres regulacji wysokości leża 760-1060 mm (+/- 100 mm)	TAK (podać)	
12.	Kąt przechyłu anty- Trendelburga min. 0-10°, kąt przechyłu Trendelburga min.0-15°	TAK (podać)	
13.	Kąt odchylenia oparcia pleców min. 0-75°, kąt odchylenia siedziska min. 0-15°	TAK	
	Warunki gwarancji i serwisu		
14.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
15.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
16.	Certyfikat CE	TAK	
17.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
18.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 12 - Taboret obrotowy szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Taboret fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Podstawa ze stali kwasoodpornej, wyposażona w koła o średnicy min. 50 mm	TAK (podać)	
4.	Siedzisko tapicerowane materiałem zmywalnym i odpornym na dezynfekcję w kolorze granatowym	TAK	
5.	Regulacja wysokości za pomocą siłownika pneumatycznego nożnego	TAK	
6.	Średnica siedziska 350 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
7.	Średnica podstawy 610 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
8.	Regulacja wysokości siedziska w zakresie 460-580 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
	Warunki gwarancji i serwisu		
9.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
10.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
11.	Certyfikat CE	TAK	
12.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
13.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 13 - Podnózek dwustopniowy szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Konstrukcja stalowa na antypoślizgowych stopkach, lakierowana proszkowo	TAK	
4.	Stopnice wykonane z tworzywa, wytrzymałe, bezpieczne, antypoślizgowe, łatwo zmywalne i odporne na dezynfekcję	TAK	
5.	Wysokość 395 mm (+/- 50 mm), długość 510 mm (+/- 50 mm), szerokość 450 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
Warunki gwarancji i serwisu			
6.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
7.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
8.	Certyfikat CE	TAK	
9.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
10.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 14 - Stolik zabiegowy szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Wykonany w całości ze stali kwasoodpornej	TAK	
4.	Wyposażony w koła o średnicy min. 125 mm, z odbojami, w tym dwa z blokadą nożną	TAK (podać)	
5.	3 blaty z pogłębieniem zabezpieczającym sprzęt przed zsunięciem się	TAK	
6.	1 szuflada pod górnym blatem, front szuflady wykonany z blachy kwasoodpornej	TAK	
7.	Uchwyty do przetaczania stolika umieszczone po obu stronach stolika przy krótszych bokach i wykonane z profilu ze stali kwasoodpornej	TAK	

8.	Wyposażony dodatkowo w koszyk na akcesoria oraz kosz na odpady z pokrywą	TAK	
9.	Wymiary całkowite: 1150 x 500 x 900 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
Warunki gwarancji i serwisu			
10.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
12.	Certyfikat CE	TAK	
13.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
14.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 15 - Stolik do instrumentów chirurgicznych szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Stolik fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
3.	Podstawa ze stali kwasoodpornej wyposażona w koła o średnicy min. 80 mm	TAK (podać)	
4.	Blat ze stali kwasoodpornej z pogłębieniem zabezpieczającym sprzęt przed zsunięciem się	TAK	
5.	Wysokość blatu regulowana ręcznie za pomocą śruby w zakresie 800-1300 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
6.	Wymiary całkowite: 800 x 500 x 800 – 1300 mm (+/- 50 mm)	TAK (podać)	
Warunki gwarancji i serwisu			
7.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK (podać)	
8.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
9.	Certyfikat CE	TAK	
10.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
11.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

II. Oświadczamy, że:

- * zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
- * wzór Umowy wraz z Protokołem zdawczo-odbiorczym załączony do SIWZ akceptujemy bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do jej podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
- * oferowany jest kompletny i będzie po dostawie do Zamawiającego gotowy do podjęcia działalności medycznej, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji,
- * dostawy będziemy realizować transportem własnym, na swój koszt i ryzyko loco-magazyn Zamawiającego
- * termin płatności za dostarczony towar wynosił będzie 60 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo i zgodnie z umową wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy, prowadzony przez o numerze
- * wyszczególnione w złożonej ofercie ceny jednostkowe **pozostaną niezmiennie przez okres trwania umowy**, z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w umowie,
- * uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert,
- * oświadczamy, że zamówienie **zrealizujemy sami/zamierzamy powierzyć** wykonanie następujących części zamówienia (*niepotrzebne skreślić*) **podwykonawcom** (*o ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców*),
- * oświadczam, że jestem **małym /średnim/ dużym** przedsiębiorcą (*niepotrzebne skreślić*)
małe przedsiębiorstwo - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,
średnie przedsiębiorstwo - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR,
- * oświadczam, że wybór naszej oferty **będzie / nie będzie** (*niepotrzebne skreślić*) prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (art. 91 ust. 3a ustawy Prawo Zamówień Publicznych).
Obowiązek podatkowy będzie dotyczył:
.....
(wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług), objętych przedmiotem zamówienia, podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła
(wpisać wartość netto towaru lub usługi podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, wymienionych wcześniej

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)