**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-28.24**

**PAKIET NR 1 - Sterylizator Parowy 6 -STE dla potrzeb Centralnej Sterylizatorni**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **STERYLIZATOR PAROWY 6- STE** | Szt. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

**\***Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 ust. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |  |
|  | Rok produkcji 2024 r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK, podać rok produkcji |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Nazwa, typ , model | TAK. podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |  |
|  | Przelotowy, do zabudowy w dwie ściany, przestrzeń serwisowa z lewej strony urządzenia. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wykonanie: komora, pierścieniowy płaszcz grzejny komory, drzwi komory, wewnętrzne instalacje parowe, rama i panele zewnętrzne ze stali kwasoodpornej | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Komora wykonana z blachy ze stali kwasoodpornej min. AISI 316 L o grubości min. 5 mm | Tak, podać rodzaj stali kwasoodpornej i grubość blachy |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Drzwi przesuwne w pionie, otwierane i zamykane automatycznie, blokowane w czasie trwania cyklu sterylizacji, z napędem elektrycznym, przy otwartych drzwiach sterylizatora brak widocznych elementów przenoszących napęd drzwi np. łańcuchów, linek, itp, których złożony kształt utrudnia utrzymanie w czystości | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Automatyczne otwarcie drzwi w przypadku napotkania oporu lub przeszkody (opisać zastosowane zabezpieczenie) | Tak, opisać zastosowane zabezpieczenie |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Sterylizator wyposażony w system załadowczy i wyładowczy do załadunku komory na dwóch poziomach o regulowanej wysokości, każdy poziom o wysokości minimum 1 STE | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zintegrowana, elektryczna wytwornica pary w obrysie sterylizatora | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zasilanie wytwornicy pary sterylizatora wodą demineralizowaną | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Automatyczny system oczyszczenia wytwornicy pary | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Automatyczny system odgazowania wody zdemineralizowanej zasilającej wytwornicę pary, system wyposażony w zbiornik rezerwowy wody zdemineralizowanej zasilającej wytwornicę pary | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Pomiar ciśnienia w komorze niezależny od ciśnienia atmosferycznego | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Docisk uszczelki drzwiowej przy użyciu pary wodnej pod ciśnieniem | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Frakcjonowana próżnia wstępna | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| 1. . | Próżnia w komorze wytwarzana za pomocą wbudowanej w sterylizator mechanicznej pompy próżniowej z uszczelnieniem wodnym, układ wytwarzania próżni bez dodatkowych elementów powodujących dodatkowe zużycie wody (np. wyrzutnik wodny – ejector) | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Programy (realizowane automatycznie bez potrzeby ingerencji ze strony użytkownika): | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Test w standardzie Bowie– Dick | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Program testu szczelności | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 6 standardowych programów do sterylizacji w temperaturze 121°C, 134°C możliwość modyfikacji programów przez użytkownika bezpośrednio z ekranu dotykowego | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Diagnostyczny program serwisowy i programowalna książka serwisowa w sterowniku (informacja o potrzebie wykonania przeglądu technicznego), zdalne diagnozowanie poprzez złącze sieciowe | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Liczba programów do sterylizacji możliwa do zaprogramowania; minimum 20 w tym nie mniej niż 10 wybieranych bezpośrednio z ekranu dotykowego sterownika. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Sterowanie mikroprocesorowe, sterownik urządzenia wyposażony we wbudowany kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 10” do obsługi urządzenia, wyświetlania komunikatów tekstowych i wykresów parametrów procesu | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wizualizacja w czasie rzeczywistym wykresu temperatury i ciśnienia | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wyświetlanie komunikatów o błędach w języku polskim | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wyświetlanie aktualnego etapu procesu i czasu do zakończenia procesu | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wbudowana drukarka (nie wymagająca wymiany materiałów eksploatacyjnych – poza papierem) do wydruku protokołów tekstowych i wykresów przebiegu procesu sterylizacji w postaci gotowego raportu, możliwość wydruku raportu procesu z wykresem parametrów w kolorze w formacie A4 na zewnętrznej drukarce sieciowej – załączyć wydruk z wbudowanej drukarki (skan/zdjęcie) | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Sterownik wyposażony w złącze umożliwiające podłączenie urządzenia do systemu komputerowego do monitorowania procesów sterylizacji, mycia, dezynfekcji oraz ewidencji narzędzi a także wyliczania kosztów obróbki narzędzi, podłączenie do systemu komputerowego będącego w posiadaniu szpitala oraz jego konfiguracja | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Automatyczna archiwizacja parametrów i raportów procesów – podłączenie do posiadanego przez szpital systemu komputerowego. W sterowniku ma być zapewniona archiwizacja 1500 ostatnich raportów przeprowadzonych cykli jako kopia bezpieczeństwa. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość odtworzenia oprogramowania urządzenia w przypadku utraty danych sterownika bez udziału serwisu producenta | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość programowania czasu automatycznego rozpoczęcia pracy przez sterylizator (bez ingerencji personelu) – automatyczne wykonanie sekwencji programów min.: testu szczelności, programu rozgrzewającego i programu testowego w standardzie Bowie-Dick. Automatyczna archiwizacja wyników ww. programów w posiadanym systemie komputerowym | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Na wyposażeniu automatyczny elektroniczny system testu w standardzie Bowie – Dick z archiwizacją raportu i wyniku testu w posiadanym przez szpital systemie komputerowym.  Nie dopuszcza się rozwiązań wymagających cyklicznych odnowień (zakupu) urządzeń testowych i/lub oprogramowania. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wbudowany system oszczędzania wody | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 3/N/PE; 400V; 50 Hz; moc max. 48 kW | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | **Wózek transportowy sterylizatora parowego - 2 szt.** | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Konstrukcja nośna wózka z profili zamkniętych ze stali kwasoodpornej nie gorszej niż A304 wg AISI | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | 4 kółka skrętne wózka, w tym co najmniej dwa z blokadą | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | bieżnie kółek wózka z niebrudzącej gumy | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | mechanizm sztywno sprzęgający ze sterylizatorem od strony załadowczej i wyładowczej, z blokadą wózka wsadowego na wózku transportowym | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | **Wózek wsadowy sterylizatora parowego-1 szt.** | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Konstrukcja nośna wózka z profili zamkniętych i półki ze stali kwasoodpornej nie gorszej niż A304 wg AISI | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | - dwie ażurowe półki wózka, dolna stała, górna o regulowanej wysokości (min. 7 położeń) | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | **INNE WYMAGANIA** | | | |  |
|  | Konstrukcja sterylizatora spełniająca wymagania normy PN-EN 285 | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Komora o przekroju prostokątnym, bez przewężenia, przelotowa o pojemności 6 jednostek wsadu zgodnych z PN EN-285 (600 x 300 x 300 mm ) | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wykonanie zgodnie z normą PN-EN 285 / EN 285, możliwość walidacji zgodnie z PN-EN 17665-1 / EN 17665-1 | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zgodność z Dyrektywą 2017/745 dot. wyrobów medycznych, urządzenie posiada oznakowanie CE z czterocyfrową notyfikacją (jednostka notyfikująca wymieniona w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej) ~~–~~ | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zgodność z dyrektywą dotyczącą urządzeń ciśnieniowych 2014/68/EU dla elementów ciśnieniowych oferowanego urządzenia., urządzenie posiada oznakowanie CE z czterocyfrową notyfikacją ( jednostka notyfikująca wymieniona w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej) | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |

**DODATKOWE WYMAGANIA:**

1. Zamawiający wymaga, aby podczas wymiany sterylizatora była możliwość sterylizowania narzędzi na terenie CS. Nie dopuszcza się wywozu narzędzi do innego szpitala.
2. Zamawiający nie dopuszcza wykonywania adaptacyjnych prac budowlanych (wyburzenia i odtworzenia ścian, przekuwania odpływu, kucia istniejącego postumentu, itp.) powodujących pylenie, które uniemożliwią pracę CS. Zaoferowane sterylizatory muszą zostać zamontowane w istniejącej przestrzeni technicznej.
3. Demontaż wymienianego sterylizatora parowego i jego transport we wskazane miejsce na terenie szpitala.
4. Odbiór UDT po stronie Wykonawcy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 36 miesiące max. 48 miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………………..miesięcy |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuje się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 36 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 12 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna, żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a więc nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-28.24**

**Pakiet nr 2 - System elektrochirugiczny z funkcją koagulacji argonowej oraz systemem zamykania dużych naczyń - zestaw   
z wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1.. | **Sys SYSTEM ELEKTROCHIRURGICZNY Z FUNKCJĄ KOAGULACJI ARGONOWEJ ORAZ SYSTEMEM ZAMYKANIA DUŻYCH NACZYŃ – ZESTAW Z WYPOSAŻENIEM** | Szt. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| 2. | **BUTLA ARGONOWA 5L** | Kpl. | 1 |  |  | 23% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

\*Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 ust. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |
|  | Rok produkcji min. 2023r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK, podać rok produkcji |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Urządzenie z możliwością pracy w osłonie argonu oraz systemem zamykania naczyń do 7mm | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe  Klasa I CF | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Aparat w pełni zintegrowany (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy, nie mniejszy niż 9” | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenia, wysokości ustawienia urządzenia itp.) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość regulacji jasności ekranu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 1. . | Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do sali operacyjnej, ciemna do pracowni endoskopowej) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Komunikacja w języku polskim | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. Możliwość wyboru elektrody neutralnej dzielonej dla dorosłych i dzieci lub dla noworodków | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Urządzenie wyposażone w 4 wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia) | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość zapamiętania min. 100 programów i zapisania ich pod dowolną nazwą | TAK , podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktywowanego trybu pracy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji czasu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem, wyświetlanym na ekranie urządzenia. Historia błędów archiwizowana dla potrzeb serwisu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zdalna zmiana programów za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość zmiany parametrów pracy za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół, z zamykaną szafką na 2 butle argonowe 10 l | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Cięcie monopolarne z mocą 400W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 5 rodzajów cięcia monopolarnego w tym cięcie specjalistyczne w osłonie argonu, cięcie specjalistyczne urologiczne umożliwiające pracę w środowisku płynu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą 200W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 4 rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Koagulacja monopolarna argonowa z mocą 80W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi argonowych wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Informacja na wyświetlaczu o wartości nastawionego przepływu argonu dla koagulacji i odrębnie dla cięcia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Regulacja przepływu argonu w zakresie od 0,1 do 10l | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Funkcja napełnienia instrumentów argonem przed rozpoczęciem | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Koagulacja bipolarna z mocą 120W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 3 rodzaje koagulacji bipolarnej, w tym tryb specjalistyczny przeznaczony do zabiegów urologicznych | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych dla trybu koagulacji bipolarnej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna w min. jednym z trybów | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 2 rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryb cięcia specjalistycznego do urologii umożliwiający pracę w środowisku płynu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Tryb bipolarnego zamykania dużych naczyń krwionośnych z mocą 300W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Minimum 8 poziomów intensywności pracy w trybie zamykania naczyń krwionośnych | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Automatyczne zakończenie cyklu po zamknięciu naczynia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Potwierdzenie poprawnego zamknięcia naczynia komunikatem na ekranie oraz sygnałem dźwiękowym | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **WYPOSAŻENIE** | | | | |
|  | Włącznik nożny bezprzewodowy, 2-przyciskowy, z dodatkowym przełącznikiem umożliwiający zdalną zmianę programów – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, powierzchnia przewodząca 110cm2, pakowane po 5szt. - 50 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Kabel elektrod jednorazowych dł. 5m – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Uchwyt elektrody monopolarnej 4mm, z przyciskami do aktywacji cięcia i koagulacji, z nierozłącznym kablem o dł. min. 4m, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do min. 300 cykli sterylizacji - 5 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Elektrody monopolarne wielorazowe typu nóż prosty dł. 25mm, kompatybilne z uchwytem 4mm - 5 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Szczypce do koagulacji bipolarnej, wielorazowe, długość ok. 160 mm, końcówka tępa 1mm - 3 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, długość 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 3 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Klemy do zamykania dużych naczyń krwionośnych, końcówka zagięta, długość ok. 23cm, przeznaczone do wielokrotnej sterylizacji – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Kabel do klem bipolarnych, wielorazowy, długość 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Laparoskopowy instrument do koagulacji bipolarnej oraz zamykania naczyń, z rączką dł. 340mm, z nierozłącznym kablem dł. min. 3m kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do wielokrotnej sterylizacji – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Płaszcz zewnętrzny dł. 340mm do bipolarnego laparoskopowego instrumentu, średnica 5mm – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wielorazowy wkład od instrumentu laparoskopowego, typ Maryland, dł. 340mm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wielorazowy wkład od instrumentu laparoskopowego, typ nożyczki bipolarne, zakrzywione, dł. 340mm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wielorazowy uchwyt elektrody argonowej z przyciskami do aktywacji cięcia i koagulacji, z nierozłącznym kablem dł. min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wielorazowa elektroda argonowa sztywna do koagulacji, dł. robocza 320mm, śr. 5mm- 2szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wielorazowy kabel do podłączenia instrumentów laparoskopowych, dł. min. 5m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wielorazowy kabel bipolarny do resektoskopu, dł. 4,5 m wtyk kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. | TAK, |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Butla argonowa – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Reduktor argonowy – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wózek wyposażony w cztery kółka, z rączką , z zamykaną szafką na butle argonowe 10-litrowe. Wyposażony w półkę na włącznik nożny oraz koszyk na akcesoria. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 36** miesiące **max. 48** miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………………..miesięcy |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 36 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 8 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna,żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a wieć nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-28.24**

**Pakiet nr 3 - Litotryptor endourologiczny dla potrzeb Oddziału Urologii I Onkologii Urologicznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **Litotryptor endourologiczny** | Szt. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

**\***Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 ust. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |  |
|  | Rok produkcji min.2023 r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK, podać rok produkcji |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Nazwa, typ , model | TAK. podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |  |
|  | Zestaw do urologicznej litotrypsji endoskopowej umożliwiający litotrypsję w całym układzie moczowym: pęcherz, moczowód i nerki, dostosowany do pracy z wszystkimi popularnymi rodzajami sztywnych endoskopów urologicznych o prostym kanale roboczym i bocznej optyce. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Typ litotryptora: balistyczny i ultradźwiękowy | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Przeznaczenie litotryptora:   * Litotrypsja kamieni w pęcherzu moczowym * Litotrypsja kamieni w moczowodzie * Litotrypsja kamieni w nerkach | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zintegrowane w jednej obudowie moduły litotrypsji balistycznej i ultradźwiękowej | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Pompa ssąca do litotrypsji zintegrowana z litotryptorem | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość wykonywania i wyboru rodzaju litotrypsji :   * tylko balistyczna * tylko ultradźwiękowa * łączona: balistyczna i ultradźwiękowa równocześnie | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Energia krusząca balistyczna, ultradźwiękowa oraz odsysanie podczas zabiegu litotrypsji realizowane za pośrednictwem jednej głowicy i jednej sondy kruszącej | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zasilanie litotryptora: 100-240V AC, 50-60Hz | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Interfejs użytkownika w postaci kolorowego, dotykowego ekranu LCD | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Interfejs użytkownika w języku polskim | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| 1. . | Złącze HDMI wbudowane w litotryptor, umożliwiające podłączenie do endoskopowego toru wizyjnego i wyświetlanie na jego ekranie bieżących ustawień parametrów litotrypsji | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Układ monitorujący efektywność litotrypsji, wyświetlający w czasie rzeczywistym na ekranie urządzenia graficzny wskaźnik obrazujący skuteczność kruszenia | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Predefiniowane programy (zestawy ustawień parametrów litotrypsji) do litotrypsji:   * kamieni twardych * kamieni miękkich | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Litotryptor i głowica krusząca wyposażone w układ aktywnego chłodzenia cieczą, zapobiegający przegrzewaniu głowicy | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Mechanizm blokujący w trakcie trwania zabiegu litotrypsji połączenie między wtyczką kabla głowicy kruszącej a litotryptorem, zapobiegający przypadkowemu odłączeniu głowicy od litotryptora | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Litotryptor wyposażony w układ RF-ID umożliwiający:   * rozpoznawanie czy głowica krusząca jest podłączona do aparatu * rozpoznawanie rodzaju sondy kruszącej podłączonej do głowicy | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Litotryptor wyposażony w funkcję gromadzenia i wyświetlania statystyk dotyczących:   * użycia litotryptora * użycia głowicy kruszącej * użycia sond kruszących | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Litotryptor wyposażony w funkcję automatycznego ustawiania zalecanych parametrów litotrypsji, odpowiednich dla rodzaju podłączonej sondy kruszącej | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Regulacja częstotliwości balistycznych impulsów kruszących w zakresie 1 – 12 Hz, w odstępach co 1 Hz | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Regulacja mocy balistycznych impulsów kruszących w zakresie 10-100%, w odstępach co 10% | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wyświetlanie ustawionych parametrów litotrypsji balistycznej (moc, częstotliwość) podczas zabiegu na ekranie litotryptora | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Regulacja mocy ultradźwiękowych impulsów kruszących w zakresie 10-100%, w odstępach co 10% | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wyświetlanie ustawionej mocy energii ultradźwiękowej podczas zabiegu na ekranie litotryptora | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Regulacja siły ssania w zakresie 10-100%, w odstępach co 10% | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wyświetlanie ustawionej siły ssania podczas zabiegu na ekranie litotryptora | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość jednoczesnego odsysania płynu i fragmentów kamieni z miejsca operacyjnego podczas litotrypsji ultradźwiękowej, balistycznej i łączonej (balistyczno – ultradźwiękowej) | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zintegrowany z aparatem mechanizm automatycznie uruchamiający ssanie w momencie wyzwolenia energii kruszącej i wyłączający je w momencie dezaktywacji energii kruszącej | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Sterowanie każdym rodzajem energii kruszącej i odsysaniem za pomocą jednego zintegrowanego kontrolera podłogowego | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| **WYPOSAŻENIE** | | | | |  |
|  | Głowica do litotrypsji – **1 szt.** | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Klucz dynamometryczny do dokręcania sond kruszących – **1 szt.** | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Sondy kruszące, jednorazowego użytku – 10 szt.  w opakowaniach po 5 szt.   * 1,5 mm x 440 mm * 3,4 mm x 340 mm | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Jednorazowe pojemniki do gromadzenia skruszonych kamieni, podłączane w układzie odsysania i montowane do obudowy litotryptora – 10 szt. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Jednorazowe zestawy do gromadzenia odessanej cieczy (każdy zestaw zawiera 2 worki o poj. 5l każdy, z substancją żelującą oraz zestaw przewodów łączących) – 10 szt. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zapasowe worki jednorazowe, poj. 5 l, do gromadzenia odessanej cieczy – 10 szt. | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Kontroler podłogowy do sterowania aparatem | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wózek do litotryptora wyposażony w 4 koła skrętne (minimum 2 z hamulcami) i półkę pod aparat | Tak |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 24** miesiące **max. 36** miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………………..miesięcy |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuje się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 24 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 8 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna,żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a wieć nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*