**

*ROZDZ. I FORMULARZ OFERTY – WZÓR*

**Załącznik nr 8**

### OFERTA

**Dane Wykonawcy:**

nazwa i adres….............................................

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

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

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

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

NIP :..............................................................

REGON ........................................................

Tel.:..............................................................

Fax:..............................................................

e-mail:...........................................................

**Zamawiający:**

SAMODZIELNY PUBLICZNY

ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Powiatowy Szpital Specjalistyczny

w Stalowej Woli

ul. Staszica 4, 37 – 450 Stalowa Wola

tel. 15/ 843 32 01

tel/fax 15/ 843 33 97

e-mail: zam-publ@szpital-stw.com

strona: [www.szpital-stw.com](http://www.szpital-stw.com/)

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym zamieszczonym w BZP dnia ......................, pod poz. nr ……….......……, na podstawie art. 39 ustawy Prawo zamówień publicznych na

Dostawa jednego kompletu zestawu laparoskopowego, jednego kompletu zestawu artroskopowego z wyposażeniem dodatkowym dla potrzeb Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

1. Oferujemy:

**Zadanie nr 1. Zestaw laparoskopowy**

za łączną wartość netto: ................................. PLN , brutto: ............................................ PLN

słownie: ............................................................................................................................ PLN brutto

zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia i specyfikacją cenową przedmiotu dostaw.

**Zadanie nr 2. Zestaw artroskopowy**

za łączną wartość netto: ......................................... PLN , brutto: .................................... PLN

słownie: ............................................................................................................................

zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia i specyfikacją cenową przedmiotu dostaw.

**Zadanie nr 3. Narzędzia laparoskopowe**

za łączną wartość netto: ......................................... PLN , brutto: .................................... PLN

słownie: ............................................................................................................................

zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia i specyfikacją cenową przedmiotu dostaw.

2. Akceptujemy zapłatę za dostarczony i zamontowany przedmiot zamówienia w czterech równych ratach:

*I rata – w terminie* do 29 lutego 2016r., po podpisaniu przez Zamawiającego protokołu odbioru
i otrzymaniu faktury VAT za dostawę

II rata – w terminie 60 dni od upływu terminu zapłaty I raty

III rata - w terminie 60 dni od upływu terminu zapłaty II raty

IV rata - w terminie 60 dni od upływu terminu zapłaty III raty

3. Na dostarczony przedmiot zamówienia oferujemy:

- gwarancja na okres minimum **24 miesiące** tj. …..... m-ce, licząc od daty dostawy sprzętu oraz podpisania przez Zamawiającego protokołu odbioru

- gwarancja dostępności serwisu i części zamiennych min **8 lat** tj. ….... **lat (dot. Zadania nr 1, nr 2)**

- możliwość zgłaszania usterek **24 godziny** na dobę, w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku

- maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do **48 godz.** tj. ….... godz. w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku

- urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy przekraczającej dwa dni (dot. zadania nr 1, nr 2)

- bezpłatny serwis w okresie gwarancji, w tym dwa bezpłatne przeglądy na rok obejmujące usługę serwisową , dojazd, części zamienne

- szkolenie personelu tj. pielęgniarek i lekarzy – łącznie 7 osób w ośrodku referencyjnym w zakresie dostarczanych urządzeń (dot. Zadania nr 1, nr 2)

-szkolenie uzupełniające w ośrodku referencyjnym dla min. 3 osób w okresie trzech lat od daty podpisania umowy – 1 raz na rok

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SIWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.

5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.

6. Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia: **do 6 tygodni** od daty podpisania umowy tj. w terminie do …..tygodniod daty podpisania umowy.

7.Zamówienie zamierzamy realizować sami/ w części dotyczącej…….. z udziałem Podwykonawcy\*

8. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany

 i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i SIWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. Jesteśmy świadomi, że w przypadku, gdy uchylimy się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Zamawiający wybiera ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzenia ich ponownej oceny, chyba że zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 93 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

9. Pod groźbą odpowiedzialności karnej stwierdzam, że jestem świadom /ma odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego , art. 233 §2, art.297 § 1 ustawy z 6 czerwca 1997r Kodeks karny
(Dz. U. z 1997, Nr 88, poz.553 z późn. zmianami).

10. Zgodnie z treścią art. 91 ust.3a ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2013 roku, poz. 907

 z późn. zmianami) oświadczamy, że wybór niniejszej oferty **będzie / nie będzie** ..................................**\*** prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który to podatek Zamawiający miałby obowiązek rozliczyć.

\* proszę uzupełnić, niepotrzebne skreślić

11. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. Wypełniony i podpisany formularz oferty wg załączonego w SIWZ wzoru – **Załącznik nr 8** do SIWZ.

2. Formularz cenowy, zgodnie z Rozdz. II SIWZ – **Załącznik nr 1** do SIWZ.

3. Opis przedmiotu zamówienia – **Załącznik nr 2** do SIWZ .

4. Oświadczenie potwierdzające spełnienie warunków określonych w art. 22 ust.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zmianami) – **Załącznik nr 3** do SIWZ.

5. Oświadczenie potwierdzające brak podstaw do wykluczenia w związku z art. 24 ust. 1 ustawy

z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zmianami) – **Załącznik nr 4** do SIWZ.

6. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji
o działalności gospodarczej, jeśli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.

7. Kopia umowy spółki cywilnej (w przypadku działalności gospodarczej przedsiębiorców prowadzonej w formie spółki cywilnej) lub umowa konsorcjum – wymagana przy podpisaniu umowy.

7. Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust.2 pkt.5 obowiązującej ustawy Pzp – wg **Załącznika nr 5** do SIWZ

8. Jeśli dotyczy – dokumenty wskazane w par. 4 ust.1 pkt 1a tiret pierwszy i trzeci Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 roku w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy oraz form, w jakich dokumenty te mogą być składane.

9. Dokument określający zasady reprezentacji oraz osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy, a jeżeli Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik-także pełnomocnictwo określające zakres umocowania. podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy - jeżeli osoba reprezentująca Wykonawcę w postępowaniu o udzielenie zamówienia nie jest wskazana jako upoważniona do jego reprezentacji we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.

10. Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych, również wykonywanych, głównych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane – **wg Załącznika nr 6** do SIWZ.

11. Dowody potwierdzające należyte wykonanie dostaw wyszczególnionych w **Załączniku nr 6** do SIWZ.

12. Świadectwa dopuszczenia do obrotu i używania dla oferowanego przedmiotu zamówienia, zgodnie z aktualnymi przepisami obowiązującymi w Polsce tj. Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 (Dz. U. Z 2010 roku, nr 107 poz. 679 z późn. zmianami)

13. Dokument wystawiony przez producenta dotyczący autoryzacji Wykonawcy w zakresie

1. oferowania na terenie Polski urządzenia będącego przedmiotem zamówienia.

14. Opisy, foldery lub fotografie oraz dokumenty dotyczące oferowanego sprzętu, potwierdzające

 spełnianie parametrów granicznych, bezwzględnie wymaganych.

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

Podpisy osoby uprawnionej

*FORMULARZ CENOWY*

**Załącznik nr 1**

Dostawa jednego kompletu zestawu laparoskopowego, jednego kompletu zestawu artroskopowego z wyposażeniem dodatkowym dla potrzeb Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

Zadanie nr 1 Zestaw laparoskopowy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość/ kpl** | **Cena jednostkowa** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **VAT** |
| 1 | **Zestaw laparoskopowy**Podana cena obejmuje wszystkie koszty, które pozwolą na ubezpieczenie i dostawę, instalację oraz uruchomienie urządzenia w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli, w tym: - montaż i uruchomienie kompletnego urządzenia- ewentualne koszty cła, opłat celnych, ubezpieczenia dostawy,- pakowanie i znakowanie do przewozu,- należny podatek VAT- koszt odebrania wszystkich opakowań po zainstalowanym sprzęcie oraz innych niewykorzystanych materiałów oraz ich utylizacji- koszty szkoleń użytkownika w zakresie użytkowania sprzętu w ośrodku referencyjnym zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia- serwis w okresie gwarancji, w tym przeglądy, zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia-inne koszty (podać) | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

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

Podpis osoby uprawnionej

Zadanie nr 2 Zestaw artroskopowy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość/ kpl** | **Cena jednostkowa** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **VAT** |
| 1 | **Zestaw artroskopowy:**Podana cena obejmuje wszystkie koszty, które pozwolą na ubezpieczenie i dostawę, instalację oraz uruchomienie urządzenia w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli, w tym: - montaż i uruchomienie kompletnego urządzenia- ewentualne koszty cła, opłat celnych, ubezpieczenia dostawy,- pakowanie i znakowanie do przewozu,- należny podatek VAT- koszt odebrania wszystkich opakowań po zainstalowanym sprzęcie oraz innych niewykorzystanych materiałów oraz ich utylizacji- koszty szkoleń użytkownika w zakresie użytkowania sprzętu w ośrodku referencyjnym zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia- serwis w okresie gwarancji, w tym przeglądy, zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia- inne koszty (podac) | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

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

Podpis osoby uprawnionej

Zadanie nr 3 Narzędzia laparoskopowe

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość/ kpl** | **Cena jednostkowa** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **VAT** |
| 1 | **Narzędzia laparoskopowe:**Podana cena obejmuje wszystkie koszty, które pozwolą na ubezpieczenie i dostawę do Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, w tym: - ewentualne koszty cła, opłat celnych, ubezpieczenia dostawy,- pakowanie i znakowanie do przewozu,- należny podatek VAT - inne………………… | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

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

Podpis osoby uprawnionej

**ROZDZ. II OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Załącznik nr 2**

*Dostawa jednego kompletu zestawu laparoskopowego, jednego kompletu zestawu artroskopowego*

*z wyposażeniem dodatkowym dla potrzeb Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli*

**Zadanie nr 1 Zestaw laparoskopowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH**

**Producent/Firma : ………………..……………**

**Urządzenie typ : …….……………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/Warunek** | **Parametry****wymagane****w tym graniczne** | **Parametry****oferowane** | **Ocena** |
| **Tor wizyjny 3D** |
|  | **Dwa procesory video** | TAK |  | Bez oceny |
|  | Systemy telewizyjne HDTV 1920x1080 | TAK |  | Bez oceny |
| 1.
 | Możliwość ustawienia parametrów pracy kamery dla różnych specjalności lub użytkowników | TAK |  | Bez oceny |
|  | Wyjścia analogowe RGB, Y/C, | TAK |  | Bez oceny |
|  | Wyjścia cyfrowe HDSDI, SDI, DVI | TAK |  | Bez oceny |
|  | Współpraca z wideolaparoskopem obrazującym w trybie 2D i 3D | TAK |  | Bez oceny |
|  | Współpraca z głowicami kamer HDTV 1CCD i 3CCD | TAK |  | Bez oceny |
|  | Współpraca z wideolaparoskopami HD i SD oraz wideocystoskopami, wideogastroskopami, wideokolonoskopami HD i SD, z kamerą wbudowaną w końcówkę endoskopu | TAK |  | Bez oceny |
|  | Archiwizacja obrazu w postaci zdjęć, za pomocą przycisku na głowicy kamery, wideolaparoskopu, wideoendoskopu, na pamięci przenośnej USB i pamięci wewnętrznej procesora.  | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Możliwość opisu zdjęć przy pomocy klawiatury procesora obrazu. | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Możliwość zapisu na pamięci USB oraz w pamięci procesora, ustawień sterownika obrazu. | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Dwa dowolnie programowalne przyciski funkcyjne na panelu centralnym | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Polski język menu | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Gniazdo USB dla pamięci przenośnej oraz pamięć wewnętrzna | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Trzy tryby przysłony: Automatyczny, Maksymalny, Średni, aktywowane z panelu procesora, głowicy kamery, lub klawiatury procesora, wideoendoskopu, wideolaparoskopu | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Zoom cyfrowy | TAK |  | Bez oceny |
|  | Możliwość przypisania różnych funkcji do każdego przycisku sterującego na głowicy kamery, wideolaparoskopu lub wideoendoskopu dla rożnych użytkowników lub specjalności | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Możliwość zapisania danych dla minimum 50 pacjentów | TAK |  | **Punktacja:****50 pacj.– 0 pkt****100 i więcej pacj. -2 pkt** |
|  | Wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem sterowania urządzeniami bloku operacyjnego | TAK |  | Bez oceny |
|  | Możliwość sterowania źródłem światła z przycisków funkcyjnych wideoendoskopu, głowicy kamery, wideolaparoskopu | TAK |  |  Bez oceny |
|  | Procesor kompatybilny z obrazowaniem w wąskim paśmie światła w oparciu o technologię łącząca rozwiązania optyczne – filtr w źródle światła i cyfrowe – oprogramowanie procesora obrazu | TAK |  |  Bez oceny |
| 21. | Okulary polaryzacyjne 3D – 3 szt. | TAK |  |  Bez oceny |
| 22. | Okulary polaryzacyjne 3D montowane na okulary korekcyjne-– 2 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| **II.** | **Ksenonowe źródło światła** |
|  | Moc źródła światła 300 W | TAK |  | Bez oceny |
|  | Automatyczna regulacja jasności światła | TAK |  | Bez oceny |
|  | Wbudowana, automatycznie włączana żarówka zapasowa w przypadku uszkodzenia lampy głównej | TAK |  | Bez oceny |
|  | Miernik czasu pracy żarówki 500h | TAK |  | Bez oceny |
|  | Wyposażone w filtr optyczny blokujący pasmo czerwone w widmie światła białego | TAK |  | Bez oceny |
|  | Wyposażone w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem sterowania urządzeniami bloku operacyjnego  | TAK |  | Bez oceny |
| **III.** | **Monitor medyczny LCD 2D/3D** |
|  | Rozdzielczość ekranu 1920x1200 WUXGA | TAK |  | Bez oceny |
|  | Przekątna ekranu minimum 24” | TAK |  | **Punktacja:****24” - 0 pkt****32” - 5 pkt** |
|  | Sygnał wejścia RGB, HD- SDI , S-Video, DVI-D, Composite, HD15, | TAK |  | Bez oceny |
|  | Pracujący w standardzie HDTV | TAK |  | Bez oceny |
|  | Przystosowany do współpracy z okularami polaryzacyjnymi 3D | TAK |  | Bez oceny |
| **IV** | **Mikser obrazu** |
| 1. | Integracja obrazu pozyskanego z wideolaparoskopu 3D, transmisja do monitora i nagrywarki | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Wyjścia sygnałowe 3D: 3G-SDI, DVI-D;Wyjścia sygnałowe 2D :HD-SDI, DVI-D | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Możliwość przełączania trybu 2D/3D z panelu centralnego | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Pamięć ustawień trybów obrazu, nagrywania oraz rodzaju sygnału wyjścia do monitora | TAK |  | Bez oceny |
| V | **Wideolaparoskop 3D** |
| 1 | Przechwytywanie obrazu dzięki 2 dystalnym przetwornikom obrazu HDTV | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Możliwość obrazowania 2D i 3D. Przełączanie pomiędzy trybami za pomocą jednego przycisku na laparoskopie. | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Pole widzenia 80 stopni | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Głębia ostrości minimum 18-100mm dzięki właściwości Focus- Free | TAK |  | **Punktacja:****80-100 mm –** **0 pkt****więcej niż 80 – 100 mm – 2 pkt** |
| 5. | Średnica 10mm | TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Długość robocza 370mm | TAK |  | Bez oceny |
| 7. | Długość całkowita ze zintegrowanym światłowodem i przewodami transmisyjnymi 3600mm | TAK |  | Bez oceny |
| 8. | Kąt zgięcia końcówki wideolaparoskopu min. 90 stopni w czterech kierunkach | TAK,proszę podać |  | 90 st – 0 pkt.100 st. – 10 pkt |
| 9. | Trzy programowalne przyciski funkcyjne | TAK |  | Bez oceny |
| 10. | Cały endoskop zanurzalny w środku dezynfekującym | TAK |  | Bez oceny |
| 11. | Sterylizacja w ETO/Sterrad | TAK |  | Bez oceny |
| 12. | Kontener do sterylizacji i przechowywania endoskopu | TAK |  | Bez oceny |
| **VI**  | **Głowica kamery HD** |
| 1. | Połączenie z optyką typu okular, 3 CCD pracująca w systemie HDTV 16:9, 3 programowalne przyciski funkcyjne na głowicy | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Zoom optyczny płynnie sterowany za pomocą przycisków | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Płynne ustawianie ostrości za pomocą przycisków | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Autoklawowalna | TAK |  | Bez oceny |
| VII | **Światłowód – 3 szt** |  |  |  |
| 1 | Średnica wiązki 4,25 mm | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Średnica zewnętrzna 8,4 mm | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Długość 3 m | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Dedykowany dla endoskopów/optyk większych niż 4,0mm | TAK |  | Bez oceny |
| **VIII** | **Optyka laparoskopowa – 2 szt** |
| 1. | Kąt patrzenia 0°, HD,  | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Średnica zewnętrzna 10 mm, | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Zastosowanie asferycznych soczewek zapewniających obraz pozbawiony zniekształceń | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Autoklawowalna | TAK |  | Bez oceny |
| **IX**  | **Wózek laparoskopowy** |
| 1. | Z półką na butlę CO2 | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Zawiera transformator separacyjny | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Zawiera ramię na monitor medyczny LCD | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Zawiera półkę na klawiaturę | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Uruchamianie urządzeń na wózku jednym przyciskiem | TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Uchwyty na akcesoria | TAK |  | Bez oceny |
| 7. | Wysięgnik na płyny | TAK |  | Bez oceny |
| **X** | **Insuflator CO2 z automatyczną funkcją oddymiania** |
| 1. | Ciśnienie przepływu dwutlenku węgla, 3-25mmHg | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Przepływ dwutlenku węgla max 45 l/min | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Funkcja oddymianie pola operacyjnego, dodatkowa funkcja oddymiania za pomocą drugiego drenu | TAK,proszę podać czy występuje drugi dren oddymiający |  | **Punktacja:****Drugi dren oddymiający –** **5 pkt.** |
| 4. | Alarm dźwiękowy i świetlny przekroczenia zadanego ciśnienia | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Automatyczna desuflacja pacjenta po przekroczeniu zadanych parametrów | TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Wskaźnik słupkowy objętości zużytego gazu | TAK |  | Bez oceny |
| 7. | Wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem sterowania urządzeniami endoskopowymi bloku operacyjnego | TAK |  | Bez oceny |
| 8. | 2 tryby insuflacji:normalny 3-25mmHg małych przestrzeni 3-15mmHg  | TAK |  | Bez oceny |
| 9. | Dreny na wyposażeniu urządzenia: autoklawowalne niskociśnieniowe dreny do insuflacji 2 szt.; przewód wysokociśnieniowy do butli CO2 2 szt., autoklawowalne niskociśnieniowe dreny do oddymiania 2 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| **XI. Diatermia** |
| 1 | Odrębna regulacja nastawień koagulacji mono/bipolarnej i cięcia monopolarnego.  | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Wyświetlacz LCD dotykowy , do obsługi menu generatora | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Możliwość: aktualizacji oprogramowania w urządzeniu  | TAK |  | Bez oceny |
| 4 | Możliwość podłączenia 2 instrumentów monopolarnych i 2 instrumentów bipolarnych | TAK |  | Bez oceny |
| 5 | Gniazdo z funkcją rozpoznawania narzędzia | TAK |  | Bez oceny |
| 6 | Moc cięcia monopolarnego 300 W | TAK |  | Bez oceny |
| 7 | Moc koagulacji monopolarnej200 W | TAK |  | Bez oceny |
| 8 | Moc koagulacji bipolarnej 120W | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | Koagulacja typu spray 120W | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Program do resekcji w środowisku wodnym | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | Dedykowany program do resekcji w soli fizjologicznej z funkcją rozpoznawania roztworu 0,9 NaCl: Koagulacja min. 200W, Cięcie min. 320W | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | Sygnalizacja akustyczna z możliwością płynnej regulacji natężenia dźwięku | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Włącznik nożny aktywujący pracę | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | Sterownik diatermii wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem/siecią urządzeń endoskopowych bloku operacyjnego | TAK |  | Bez oceny |
| 12 | Wyposażona w przewód przyłączeniowy do jednorazowej płytki pacjenta. -2 szt.  | TAK |  | Bez oceny |
| 13 | Funkcja Autostart i Autostop | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | System monitorowania poprawnego podłączenia dwudzielnej płytki pacjenta | TAK |  | Bez oceny |
| 15 | Graficzna i akustyczna sygnalizacja błędów w pracy urządzenia | TAK |  | Bez oceny |
| 16 | Kabel monopolarny do narzędzi laparoskopowych, długość 3,5 m do diatermii – 2 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 17 | Kabel bipolarny do narzędzi laparoskopowych, długość 3,5 m do diatermii – 2 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 18 | Kabel komunikacyjny, łączący diatermię z insuflatorem, długość min. 10m | TAK |  | Bez oceny |
| **XII. Wyposażenie zestawu** |
| 1 | Modułowy system narzędzi do ssania i irygacji składający się z rękojeści oraz rurki ssąco-płuczącej o średnicy 10 mm | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Dodatkowa rurka ssąco-płucząca o średnicy 5 mm | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Elektroda monopolarna, hak długi, z kanałem ssącym i koagulacją średnica 5mm, długość 330 mm | TAK |  | Bez oceny |
| **XIII. Zestaw ssąco-płuczący z wyposażeniem** |
| 1. | Przepływ max. 1,8 l/min. | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Modułowy system narzędzi do ssania i irygacji składający się z rękojeści oraz rurki ssąco – płuczącej o średnicy 10mm | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Zestaw drenów do pompy laparoskopowej, do dwóch worków, wielorazowy, sterylizacja autoklaw – 2 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| **XIV. Warunki serwisu i gwarancji** |
| 1.  | Okres gwarancji min. 24 m-ce | TAKpodać  |  | **Punktacja:****24 m-ce – 0 pkt** **Między 24 m-ce a 36 m-cy – 3pkt****Więcej niż 36 m-cy– 6 pkt** |
| 2. | Bezpłatny serwis w okresie gwarancji | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Dwa bezpłatne przeglądy na rok w okresie gwarancji, w tym wykonanie usługi serwisowej, dojazd, części zamienne  | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Możliwość zgłaszania usterek 24 godziny na dobę w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | TAK podać |  | **Punktacja:****48 godz. – 0 pkt****24 godz. – 4 pkt** |
| 6. | Urządzenie zastępcze na czas naprawy przekraczającej 2 dni robocze  | TAK  |  |  Bez oceny |
| 7. | Serwis gwarancyjny i pełny serwis pogwarancyjny na terenie RP –podać punkty serwisowe | TAK, proszę podać |  | Bez oceny |
| 10. | Okres dostępności serwisu i części zamiennych min.8 lat | TAK |  | Bez oceny |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  | Bez oceny |
| **XV. Pozostałe wymagania** |
| 1. | Deklaracja stwierdzająca zgodność z Dyrektywą Rady UE 93/42 EEC lub Certyfikat CE | Tak, załączyć |  | Bez oceny |
| 2. | Dokumenty potwierdzające, że przedmiot zamówienia został wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski - zgodnie z przepisami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 roku j.t.(Dz. U. z 2015 roku, poz. 876). | Tak, załączyć |  | Bez oceny |
| 3. | Szkolenie personelu tj. pielęgniarek i lekarzy – łącznie 7 osób w ośrodku referencyjnym w zakresie obsługi dostarczonych urządzeń  | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Szkolenie uzupełniające w ośrodku referencyjnym dla min 3 osób w okresie trzech lat od podpisania umowy – 1 raz na rok | TAK |  | Bez oceny |

**Maksymalna, możliwa do uzyskania liczba punktów: Parametry techniczne: 14 pkt**

 **Warunki gwarancji i serwisu: 10 pkt**

**UWAGA:**

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametry wymagane” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. W celu sprawdzenia wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności diagnostycznej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi).

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

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

**Zadanie nr 2**

**Zestaw artroskopowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH**

**Producent/Firma : ………………..……………**

**Urządzenie typ : …….……………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/Warunek** | **Parametry****wymagane****w tym graniczne** | **Parametry****oferowane** | **Ocena** |
| **I** | **Monitor operacyjny – 1 zestaw** |
| 1. | Monitor medyczny o przekątnej min.27” | TAK, proszę podać |  | **Punktacja:****27” – O pkt.****więcej , niż 27”****- 2 pkt.** |
| 2. | Rozdzielczość min. 1920 x 1080 pikseli | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Kontrast min. 1400:1 | TAK, proszę podać |  | **Punktacja:****1400:1 – 0 pkt.****> 1400:1 – 2 pkt**. |
| 4. | Wejścia / wyjścia cyfrowe: DVI-D | TAK |  | Bez oceny |
| **II** | **Źródło światła LED** |
| 1. | Żywotność diody LED min. 20 000 godz. | TAK, proszę podać |  | **Punktacja:****20 000 godz.– 0 pkt****więcej, niż 20 000 godz. – 2 pkt.** |
| 2. | Funkcja manualnej regulacji natężenia światła przy pomocy przycisków na panelu czołowym urządzenia oraz poprzez przyciski na głowicy kamery | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Wyświetlacz graficzny lub liczbowy informujący o aktualnie ustawionej wartości natężenia światła | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Dedykowany przycisk dla funkcji standy (automatyczne ustawienie natężenia światła na wartość minimalną natężenia światła) | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Funkcja wyświetlania aktualnej wartości natężenia światła na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Światłowód, osłona wzmocniona, nieprzeźroczysta, dł. 300cm, śr. 3,5mm | TAK |  | Bez oceny |
| **III** | **Wózek aparaturowy** |
| 1. | Podstawa wyposażona w 4 koła z blokadą na dwóch kołach | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Wbudowana listwa zasilająca z min. 8 gniazdkami z zabezpieczeniem przepięciowym oraz z min. 6 złączami uziemiającymi | TAK,podać |  | **Punktacja:****8 gniazdek – 0 pkt****10 gniazdek – 2 pkt** |
| 3. | Minimum 3 półki oraz 1 szuflada | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Uchwyt centralny do zamocowania monitora | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Uruchamianie urządzeń na wózku za pomocą jednego przycisku | TAK |  | Bez oceny |
| **IV** | **Kamera endoskopowa full HD 1920-1080** |
| 1. | Sterownik kamery wyposażony w min.3 gniazda USB w tym min.2 gniazda USB umieszczone na przednim panelu sterownika kamery do podłączenia: - klawiatury do sterowania funkcją kamery z „brudnej” strefy –pamięci PenDrive (32GB) do zapisu zdjęć i wideo w rozdzielczości Full HD 1920x1080 – myszki do sterowania funkcją kamery z „brudnej” strefy | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Cyfrowe wyjścia wideo min:- 2 x DVI-D 1080p- 1 x 3G-SDI 1080p | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Głowica kamery wyposażona w 3 przetworniki CCD oraz zintegrowany obiektyw o zmiennej ogniskowej zapewniający powiększenie optyczne min. 2x | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Czułość kamery < 1,2 lux | TAK |  | Bez oceny  |
| 5. | Minimum 3 przyciski sterowania natężeniem źródła światła poprzez przyciski na głowicy kamery | TAK, proszę podać |  | **Punktacja:****3 przyciski – 0 pkt.****Więcej, niż 3 przyciski – 2 pkt** |
| 6. | Zapamiętywanie przez kamerę profili użytkowników lub ustawień kamery dla różnych rodzajów operacji – min. 20 profili identyfikowanych nazwą | TAK, proszę podać |  | **Punktacja:****20 profili– 0 pkt.****Więcej, niż 20 profili – 2 pkt** |
| 7. | Funkcja wyświetlania siatki na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego obszaru pola operacyjnego z możliwością włączenia i wyłączenia w dowolnym momencie | TAK |  | Bez oceny |
| 8. | Funkcja wyświetlania piontera ekranowego na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego punktu pola operacyjnego z możliwością włączenia i wyłączenia w dowolnym momencie | TAK |  | Bez oceny |
| 9. | Tryb różnicowania struktur tkankowych z możliwością włączenia i wyłączenia w dowolnym momencie realizowany poprzez wyświetlanie obrazu na ekranie monitora operacyjnego z wycięciem koloru czerwonego, tryb uruchamiany przyciskami na głowicy kamery |  TAK |  | Bez oceny |
| 10. | Funkcja jednoczesnego wyświetlania dwóch obrazów na ekranie monitora operacyjnego tj. obrazu rzeczywistego i obrazu z wyciętym kolorem czerwonym z możliwością włączenia i wyłączenia w dowolnym momencie | TAK |  | Bez oceny |
| 11. | Funkcja wyświetlania zegara na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  | Bez oceny |
| 12. | Funkcja powiększania cyfrowego | TAK |  | Bez oceny |
| 13. | Funkcja wyświetlania procentowego zapełniania pamięci PenDrive podłączonej do sterownika kamery | TAK |  | Bez oceny |
| 14. | W zestawie:- klawiatura USB z certyfikatem medycznym do obsługi kamery poza sterylna strefą, - pamięć Pen Drive o pojemności min. 32 GB – przewód wideo DVI-D / DVI-D – długość min. 3m – Drukarka - Dysk | TAK |  | Bez oceny |
| **V.**  | **Instrumenty artroskopowe** |  |  |  |
| 1. | Optyka artroskopowa, szerokokątna, kąt patrzenia 30°, śr. 4 mm, dł. 18 cm, autoklawowalna, system soczewek wałeczkowych. Obudowa optyki z umieszczonym kodem DATA MATRIX lub QR z zakodowanym min. numerem katalogowym i numerem seryjnym optyki umożliwiającym szybką identyfikację optyki przez systemy skanujące wykorzystywane w centralnych sterylizatorniach. - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Pojemnik siatka do sterylizacji i przechowywania optyki, - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Płaszcz artroskopowy, średnica 5,5 mm, długość robocza 13,5 mm, wyposażony w szybkozłącze do podłączenia optyki oraz dwa boczne przyłącza z kranikami, kompatybilny z optyką o śr. 4 mm i długości 18 cm - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 5. |  Obturator artroskopowy, tępy, kompatybilny z płaszczem - 1 szt. |  TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Haczyk artroskopowy, wyposażony w podziałkę, średnica haczyka 1,5 mm, długość haczyka 4 mm, długość robocza instrumentu 12 cm - 1 szt. |  TAK |  | Bez oceny |
| 7. | Punch artroskopowy, płaszcza zagięty w lewo 30°, średnica płaszcza 3 mm, długość robocza 12 cm, bransze proste, szer. cięcia 2,7 mm, wyposażony w przyłącze do przepłukiwania wnętrza instrumentu - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 8. | Punch artroskopowy, płaszcza zagięty w prawo 30°, średnica płaszcza 3 mm, długość robocza 12 cm, bransze proste, szer. cięcia 2,7 mm, wyposażony w przyłącze do przepłukiwania wnętrza instrumentu - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 9. | Kleszcze chwytające typu aligator do artroskopii, średnica płaszcza 3 mm, długość robocza 12 cm, rękojeść z zapinką, wyposażone w przyłącze do przepłukiwania wnętrza instrumentu - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 10. | Dłuto do mikrozłamań, zagięte 30 st., długość robocza 12 cm - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 11. | Obcinacz nitek – 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 12. | Popychacz węzłów – 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| 13. | Pojemnik siatka do sterylizacji i przechowywania instrumentów - 1 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| **VI.** | **Shaver artroskopowy - 1 zestaw** |
| 1. | Shaver do wykorzystania w operacjach artroskopowych, komplet zawiera: konsolę sterującą i uchwyt shavera | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Konsola sterująca shavera wyposażona w kolorowy ekran dotykowy | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Konsola wyposażona w gniazdo do podłączenia uchwytu shavera oraz w gniazdo dla uchwytu wielofunkcyjnego | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Funkcja automatycznego rozpoznawanie podłączonego uchwytu | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Tryby pracy shavera: oscylacje, obroty w prawo, obroty w lewo | TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Sterowanie trybami pracy uchwytu shavera poprzez przyciski na uchwycie shav era | TAK |  | Bez oceny |
| 7. | Regulacja prędkości obrotowej uchwytu shavera poprzez ekran dotykowy oraz przyciski na uchwycie shavera | TAK |  | Bez oceny |
| 8. | Funkcja dezaktywacji funkcji przycisków na uchwycie shavera | TAK |  | Bez oceny |
| 9. | Wyświetlanie na ekranie informacji o zakresie prędkości dostępnej dla podłączonego uchwytu, aktualnym trybie pracy oraz o podłączonych uchwytach | TAK |  | Bez oceny |
| 10. | Funkcja ograniczenia prędkości maksymalnej dla uchwytu | TAK |  | Bez oceny |
| 11. | Wyświetlanie w postaci cyfrowej i graficznej prędkości uchwytu | TAK |  | Bez oceny |
| 12. | Wyświetlanie na ekranie daty orazgodziny | TAK |  | Bez oceny |
| **VII.** | **Uchwyt Shavera** |  |  |  |
| 1. | Uchwyt schavera wyposażony w mikrosilnik elektryczny zasilany poprzez przewód elektryczny z konsoli sterującej  | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Zwiększanie i zmniejszanie prędkości oscylacji oraz prędkości obrotowej w pełnym zakresie przy pomocy przycisków na uchwycie schavera | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Przyciski na uchwycie schavera rozmieszczone centralnie umożliwiające swobodną obsługę przez osoby lewo i praworęczne | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Dodatkowy przycisk do uruchamiania schavera umieszczony w końcu proksymalnym uchwytu | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Uchwyt schavera wyposażony w dźwignię kontroli odsysania z prostym przyłączem drenu do odsysania | TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Maksymalna prędkość obrotowa min.7000 obr/min, maksymalna prędkość oscylacji min.3000osc/min. | TAK |  | Bez oceny |
| 7. | Mocowanie ostrzy w uchwycie przy pomocy szybkozłącza | TAK |  | Bez oceny |
| 8. | Ostrze schavera wielorazowe, agresywne, śr. 4,5mm, długość 120mm – minimum 2 szt | TAK, podać ilość |  | **Punktacja:****2 szt – 0 pkt****4 szt – 2 pkt** **6 szt – 4 pkt** |
| 9. | Ostrze schavera wielorazowe, bez ząbków, śr.3,5mm, długość 120mm- minimum 2 szt | TAK, podać ilość |  | **Punktacja:****2 szt – 0 pkt****4 szt – 2 pkt** **6 szt – 4 pkt** |
| 10. | Frez schavera wielorazowy, wałeczkowy, śr. 5,5mm, długość 120mm – minimum 2 szt | TAK, podać ilość |  | **Punktacja:****2 szt – 0 pkt****4 szt – 2 pkt** **6 szt – 4 pkt** |
| **VIII** | **Diatermia artroskopowa** |  |  |  |
| 1. | Diatermia przeznaczona do zastosowania w operacjach endoskopowych i otwartych zarówno z instrumentami bipolarnymi jak i monopolarnymi | TAK |  | Bez oceny |
| 2. | Tryb cięcia oraz koagulacji bipolarnej przeznaczony do pracy z laparoskopowymi instrumentami bipolarnymi | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Ograniczenie mocy cięcia bipolarnego do 100W | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Ograniczenie mocy koagulacji bipolarnego do 120W | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Tryb cięcia i koagulacji monopolarnej przeznaczony do pracy z artroskopowymi instrumentami monopolarnymi | TAK |  | Bez oceny |
| 6. | Tryb cięcia monopolarngo z kontrolą łuku elektrycznego | TAK |  | Bez oceny |
| 7. | Tryb cięcia monopolarnego z kontrolą napięcia | TAK |  | Bez oceny |
| 8. | Ograniczenie mocy cięcia monopolarnego do 300W | TAK |  | Bez oceny |
| 9. | Ograniczenie mocy koagulacji monopolarnej do 200W | TAK |  | Bez oceny |
| 10. | Przełącznik nożny do wyzwalania cięcia i koagulacji | TAK |  | Bez oceny |
| 11. | Płytka neutralna, silikonowa | TAK |  | Bez oceny |
| 12. | W zestawie elektroda nożowa i haczykowata | TAK |  | Bez oceny |
| 13. | Uchwyt elektrod artroskopowych z 2 przyciskami i kablem | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | Funkcja zamykania dużych naczyń do 7 mm. Proces zamykania dużych naczyń w cyklu automatycznym, po aktywacji aparat sam dozuje prąd i wszystkie jego parametry a po skończonym cyklu wysyła informacje akustyczne i komunikat tekstowy na ekranie oraz wyłącza prąd. Nie jest dopuszczalna ręczna regulacja prądu w tym programie. | TAK |  | Bez oceny |
| 15. | Możliwość uruchamiania funkcji mono- i bipolarnej przy użyciu jednego włącznika nożnego | TAK |  | Bez oceny |
| 16. | Wykrywanie nieprawidłowej pracy i sygnalizacja wizualna i dźwiękowa wykrytych błędów | TAK |  | Bez oceny |
| 17. | Możliwość współpracy z przystawką argonową obsługiwaną z ekranu diatermii | TAK |  | Bez oceny |
| 18. | Możliwość współpracy z odsysaczem dymów operacyjnych sterowanym z ekranu diatermii automatycznie włączającym się i wyłączającym w trakcie prowadzenia cięcia i koagulacji. Siła odciągania gazów regulowana w zależności od zaistniałych warunków zabiegu. | TAK |  | Bez oceny |
| 19. | Możliwość zmiany programu przez chirurga w czasie zabiegu z klasycznego uchwytu monopolarnego posiadającego 2 przyciski za pomocą kombinacji tych przycisków oraz z wyłącznika nożnego za pomocą przycisku do przełączania programów. | TAK |  | Bez oceny |
| 20. | Elektroda bipolarna wielorazowego użytku do artroskopii barku z możliwością resterylizacji w autoklawie. Długość 170 mm, końcówka robocza punktowa, boczna. Przystosowana do napięcia pracy min 1 kVp, w komplecie z kablem dł. 4m – 2 szt. | TAK |  | Bez oceny |
| **IX. Warunki serwisu i gwarancji** |
| 1.  | Okres gwarancji min. 24 m-ce | Tak, proszę podać okres gwarancji |  | **Punktacja:****24 m-ce – 0 pkt****Między 24 m-ce a 36 m-cy – 3pkt****Więcej niż 36 m-cy – 6 pkt** |
| 2. | Bezpłatny serwis w okresie gwarancji | TAK |  | Bez oceny |
| 3. | Dwa bezpłatne przeglądy na rok w okresie gwarancji, w tym wykonanie usługi serwisowej, dojazd, części zamienne  | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Możliwość zgłaszania usterek 24 godziny na dobę w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku | TAK |  | Bez oceny |
| 5. | Czas reakcji serwisu liczony od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do usunięcia usterki max. 48 godz. w dni robocze | TAK, proszę podać czas reakcji |  | **Punktacja:****48 godz. – 0 pkt****24 godz. – 4 pkt** |
| 6. | Urządzenie zastępcze na czas naprawy w ciągu max 2 dni roboczych | TAK |  | Bez oceny |
| 9. | Serwis gwarancyjny i pełny serwis pogwarancyjny na terenie RP – proszę podać punkty serwisowe | TAK, proszę podać |  | Bez oceny |
| 10. | Okres dostępności serwisu i części zamiennych min.8 lat | TAK |  | Bez oceny |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  | Bez oceny |
| **X. Pozostałe wymagania** |
| 1. | Deklaracja stwierdzająca zgodność z Dyrektywą Rady UE 93/42 EEC lub Certyfikat CE | Tak, załączyć |  | Bez oceny |
| 2. | Dokumenty potwierdzające, że przedmiot zamówienia został wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski - zgodnie z przepisami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 roku (Dz. U. Nr 107, poz. 679). | Tak, załączyć |  | Bez oceny |
| 3. | Szkolenie personelu tj. pielęgniarek i lekarzy – łącznie 7 osób w ośrodku referencyjnym w zakresie obsługi dostarczonych urządzeń | TAK |  | Bez oceny |
| 4. | Szkolenie uzupełniające w ośrodku referencyjnym dla min 3 osób w okresie trzech lat od podpisania umowy – 1 raz na rok | TAK |  | Bez oceny |

Maksymalna, możliwa do uzyskania liczba punktów: **Parametry techniczne – 24 pkt**

 **Serwis i gwarancja – 10 pkt**

**UWAGA:**

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametry wymagane” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

W celu sprawdzenia wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności diagnostycznej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi).

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

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

**Zadanie nr 3 Narzędzia laparoskopowe**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH**

**Producent/Firma : ………………..……………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/Warunek** | **Parametry****wymagane****w tym graniczne** | **Parametry****oferowane** | **Ocena** |
| **I** | **Narzędzia laparoskopowe wielorazowe** |
| 1. | Retraktor wachlarzowy – szt. 1 | TAK  |  | Bez punktacji |
| 2. | Trokar wkręcany- średnica 11 mm, długość 10,5 mm, gwóźdź piramidalny, zawór wielofunkcyjny- szt. 1  | TAK |  | Bez punktacji |
| 3 | Trokar optyczny - średnica 6 mm, długość 10,5 mm, gwóźdź piramidalny, zawór wielofunkcyjny-szt. 2 | TAK |  | Bez punktacji |
| 4. | Redukcja 11/5 mm zakładana na trokar – szt.2 | TAK |  | Bez punktacji |
| 5. | Igła Veressa 12 lub 15 mm – szt.2 | TAK |  | Bez punktacji |
| 6. | Igła punkcyjna – średnica igły min. 1,6 mm, długość 36 cm – szt. 1 | TAK |  | Bez punktacji |
| 7. | Kleszcze” Pazury” 2 x 3, uchwyt metalowy, średnica 10mm, długość 36 cm , monopolarne – szt. 1 | TAK |  | Bez punktacji |
| 8. | Kleszcze Grasper, , monopolarne, średnica 5 mm, długość 36 cm, długość robocza min. 15 mm, rączka metalowa z blokadą – 2 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
| 9. | Kleszcze Grasper, , monopolarne, średnica 5 mm, długość 36 cm, długość robocza min. 12 mm, rączka metalowa z blokadą – 2 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
| 10. | Disektor monopolarny, średnica 5 mm, długość 36 cm, rączka zwykła plastikowa – 2 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
| 11. | Rozszerzadło (ekstraktor) – 2 szt | TAK |  | Bez punktacji |
| 12. | Elektroda haczykowa , monopolarna, średnica 5 mm, długość 36 cm – 2 szt | TAK |  | Bez punktacji |
| 13. | Przewody do koagulacji monopolarnej –2 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
| 14. | Łącznik do cytoskopu – 4 szt | TAK |  | Bez punktacji |
| 15. | Pojemnik na narzędzia metalowy– szt. 1 | TAK |  | Bez punktacji |
| **II** | **Warunki gwarancji i serwisu** |
| 1. | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK,podać |  | **Punktacja:****24 m-ce – 0 pkt** **Między 24 m-ce a****36 m-cy – 3pkt****Więcej niż 36 m-cy– 6 pkt** |
| 2. | Reakcja na zgłoszoną reklamację  | Tak,podać |  | **Punktacja:****48 godz. 0 pkt****24 godz. 4 pkt** |
| III.  | **Pozostałe wymogi** |
| 2. | Deklaracja stwierdzająca zgodność z Dyrektywą Rady UE 93/42 EEC lub Certyfikat CE | Tak, załączyć |  | Bez oceny |
| 3. | Dokumenty potwierdzające, że przedmiot zamówienia został wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski - zgodnie z przepisami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 roku (Dz. U. z 2015 roku,poz. 876). | Tak, załączyć |  | Bez oceny |

**Maksymalna , możliwa do uzyskania liczba punktów w ramach kryterium: Warunki gwarancji i serwisu: 10 pkt**

**UWAGA:**

Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametry wymagane” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

W celu sprawdzenia wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.

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

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

ROZDZ. III INSTRUKCJA DLA WYKONAWCÓW

# Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

# Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

# 37 – 450 Stalowa Wola ul. Staszica 4

# Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia

tel. 15/ 843 32 01

tel./fax 15/ 843 33 97

e-mail : zam-publ@szpital-stw.com

strona: [www.szpital-stw.com](http://www.szpital-stw.com/)

zwany dalej Zamawiającym ogłasza przetarg nieograniczony na:

Dostawa jednego kompletu zestawu laparoskopowego, jednego kompletu zestawu artroskopowego z wyposażeniem dodatkowym dla potrzeb Bloku Operacyjnego Chirurgii

i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

**I.** **Warunki udziału w postępowaniu i opis spełnienia tych warunków**

**O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:**

I. Spełniają warunki określone w art. 22 ust 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku PZP (Dz. Ustaw z 2013 roku, poz. 907 z późn. zmianami), tj.:

1. posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,

2. posiadają wiedzę i doświadczenie,

3. dysponują odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia,

4. spełniają warunki dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej.

II. Nie podlegają wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 obowiązującej ustawy Prawo zamówień publicznych.

III. Zapewnią dostawę sprzętu objętego zamówieniem dopuszczonego do obrotu zgodnie z prawem polskim i zgodnie z wymogami Zamawiającego w terminie do 6 tygodni od daty podpisania umowy.

**Na potwierdzenie warunku 1** Wykonawca przedstawia:

- oświadczenie wg wzoru - **Załącznik nr 3** do SIWZ w części dotyczącej art. 22 ust. 1 obowiązującej ustawy Prawo zamówień publicznych

**Na potwierdzenie warunku 2** Wykonawca przedstawia:

- oświadczenie wg wzoru - **Załącznik nr 3** do SIWZ w części dotyczącej art. 22 ust. 1 obowiązującej ustawy Prawo zamówień publicznych

- wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych, również wykonywanych, głównych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert , a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, na rzecz których dostawy zostały wykonane wg **Załącznika nr 6** do SIWZ

**-** dowody potwierdzające należyte wykonanie dostaw, o których mowa w **Załączniku nr 6** do SIWZ

**Na potwierdzenie Warunku 3:** Zamawiający nie stawia w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Zamawiający dokona oceny na podstawie złożonego oświadczenia Wykonawcy w trybie art. 22 ust. 1 ustawy PZP wg **Załącznika nr 3** do SIWZ

**Warunek 4 będzie spełniony** Zamawiający nie stawia w tym zakresie żadnych wymagań, których spełnianie Wykonawca zobowiązany jest wykazać w sposób szczególny. Zamawiający dokona oceny na podstawie oświadczenie wg wzoru - **Załącznik nr 3** do SIWZ

**Warunek II będzie spełniony** jeśli Wykonawca przedstawi w ofercie:

- oświadczenie wg **Załącznika nr 4** do SIWZ w części dotyczącej art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych,

- Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeśli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji wystawiony nie wcześniej, niż 6 m-cy przed upływem terminu składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych – oświadczenia w zakresie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych,

- lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust.2 pkt 5 obowiązującej ustawy Pzp , albo informację o tym, że nie należy do grupy kapitałowej wg **Załącznik nr 5**  do SIWZ.

Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast w/w dokumentów, składa dokumenty wystawiony w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości oraz nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie.

Jeżeli w kraju miejsca zamieszkania osoby lub w kraju w, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w ust. 1, zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie, w którym określa się także osoby uprawnione do reprezentacji wykonawcy , złożone przed właściwym organem sądowym , administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub przed notariuszem.

W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę mającego siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, z wnioskiem o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących przedłożonego dokumentu.

Wykonawca, zgodnie z art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia, zdolnościach finansowych lub ekonomicznych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków.

W takiej sytuacji Wykonawca zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, że będzie dysponował tymi zasobami w trakcie realizacji zamówienia , w szczególności przedstawiając pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia.

W przypadku oferty składanej przez Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia oraz w przypadku innych podmiotów , na zasobach których Wykonawca polega na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b) ustawy Pzp, dokumenty, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu składa co najmniej jeden z Wykonawców albo wszyscy ci Wykonawcy wspólnie.

W przypadku oferty składanej przez Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia oraz w przypadku innych podmiotów , na zasobach których Wykonawca polega na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b) ustawy Pzp, dokumenty, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu składa każdy z Wykonawców oddzielnie.

**Warunek III będzie spełniony** jeśli Wykonawca przedstawi w ofercie:

- świadectwa dopuszczenia do obrotu i używania dla oferowanego sprzętu ,zgodnie z aktualnymi przepisami obowiązującymi w Polsce tj. Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 ( Dz. U. z 2010 roku, nr 107 poz. 679 z późn. zmianami) tj. Certyfikat CE właściwy dla oferowanego urządzenia medycznego, deklaracja zgodności z Dyrektywą Rady UE 93/42 EEC lub Wpis do Rejestru Produktów Leczniczych ,Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

- opisy, foldery lub fotografie oraz dokumenty dotyczące oferowanego sprzętu, potwierdzające spełnianie parametrów granicznych , bezwzględnie wymaganych,

- Opis przedmiotu zamówienia - **Załącznik nr 2** do SIWZ z potwierdzeniem spełnienia wymaganych parametrów oraz opisem pozostałych ,oferowanych parametrów.

**Ocena spełnienia powyższych warunków będzie dokonana „spełnia” lub „nie spełnia”
w oparciu o dokumenty, oświadczenia i inne materiały dołączone do oferty.**

**II. Wymagane dokumenty i formularze**

1. Wypełniony i podpisany formularz oferty wg załączonego w SIWZ wzoru – **Załącznik nr 8** do SIWZ.

2. Formularz cenowy, zgodnie z Rozdz. II SIWZ – **Załącznik nr 1** do SIWZ.

3. Opis przedmiotu zamówienia – **Załącznik nr 2** do SIWZ z potwierdzeniem spełnienia wymaganych parametrów.

4. Oświadczenie potwierdzające spełnienie warunków określonych w art. 22 ust.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zmianami) – **Załącznik nr 3** do SIWZ.

5. Oświadczenie potwierdzające brak podstaw do wykluczenia w związku z art. 24 ust. 1 ustawy

z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zmianami) – **Załącznik nr 4** do SIWZ.

6. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji
o działalności gospodarczej, jeśli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.

7. Kopia umowy spółki cywilnej (w przypadku działalności gospodarczej przedsiębiorców prowadzonej w formie spółki cywilnej) lub umowa konsorcjum – wymagana przy podpisaniu umowy.

7. Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust.2 pkt.5 – wg **Załącznika nr 5** do SIWZ.

8. Jeśli dotyczy – dokumenty wskazane w par. 4 ust. 1 pkt. 1a tiret pierwszy i trzeci Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 roku w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy oraz form, w jakich dokumenty te mogą być składane.

9. Dokument określający zasady reprezentacji oraz osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy, a jeżeli Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik – także pełnomocnictwo określające zakres umocowania, podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy – jeżeli osoba reprezentująca Wykonawcę w postępowaniu o udzielenie zamówienia nie jest wskazana jako upoważniona do jego reprezentacji we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.

10. Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych, również wykonywanych, głównych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert , a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane – **wg Załącznika nr 6** do SIWZ.

11. Dowody potwierdzające należyte wykonanie dostaw wyszczególnionych w **Załączniku nr 6** do SIWZ.

12. Świadectwa dopuszczenia do obrotu i używania dla oferowanego przedmiotu zamówienia, zgodnie z aktualnymi przepisami obowiązującymi w Polsce tj. Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 ( Dz. U. Z 2010 roku, nr 107 poz. 679 z późn. zmianami) tj. Certyfikat CE właściwy dla oferowanego urządzenia medycznego, deklaracja zgodności z Dyrektywą Rady UE 93/42 EEC, Wpis do Rejestru Produktów Leczniczych ,Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

13. Opisy, foldery lub fotografie oraz dokumenty dotyczące oferowanego sprzętu, potwierdzające spełnianie parametrów granicznych bezwzględnie wymaganych.

**III. Pozostałe wymagania**

1. Wszystkie dokumenty winny być przedłożone w języku polskim. Wykonawca winien zadbać

 o spójność składanej oferty i zapewnić ofercie niezbędną integralność (tj. zaparafować wszystkie zapisane strony, ponumerować wszystkie zapisane strony, zszyć wszystkie kartki).

Oferta winna być złożona w formie pisemnej.

Wszystkie załączniki muszą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” przez Wykonawcę.

2. Wykonawca może złożyć tylko jedną, jednowariantową ofertę .

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert równoważnych tj. zawierających asortyment charakteryzujący się co najmniej takimi parametrami, jakie cechują asortyment przedstawiony

w „Opisie przedmiotu zamówienia**”**

3. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych w ramach n/w zadań:

 Zadanie nr 1. Zestaw laparoskopowy

 Zadanie nr 2. Zestaw artroskopowy

 Zadanie nr 3. Narzędzia laparoskopowe

 Zamawiający wymaga, aby oferta częściowa była kompletna i zawierała pełny asortyment

w ramach oferowanego zadania określony w Opisie przedmiotu zamówienia.

4. Wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i przedłożeniem oferty ponosi Wykonawca niezależnie od wyniku przetargu, z wyłączeniem sytuacji, o której mowa w Art. 93 ust.4 Ustawy Prawo zamówień publicznych.

5. Zamawiający może żądać, w wyznaczonym przez siebie terminie złożenia wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

Nie złożenie wyjaśnień, w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie, skutkowało będzie wykluczeniem Wykonawcy z prowadzonego postępowania przetargowego i odrzuceniem jego oferty.

6. Wszelkie oświadczenia lub zawiadomienia przekazane za pomocą teleksu, poczty elektronicznej lub telefaksu są skuteczne, jeżeli ich treść dotarła do adresata , nie później niż w dniu , w którym upłynął termin składania ofert.

7. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

8. Nie przewiduje się:

- zebrania Wykonawców.

- wadium

- zabezpieczenia należytego wykonania umowy

- aukcji elektronicznej

**IV. Ocena ofert**

1. Przy ocenie ofert Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

 **Dla zadań nr 1, nr 2**

**CENA 80 %**

**PARAMETRY TECHNICZNE 10 %**

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU 10 %**

 **Dla zadania nr 3**

**CENA 90 %**

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU 10 %**

Każda oferta wg podanych kryteriów będzie podlegała ocenie przez członków komisji przetargowej. Zastosowana będzie punktowa ocena ofert. Punktacja kryterium dokonywana będzie z uwzględnieniem relacji do najkorzystniejszego warunku zaproponowanego w przetargu

# 2. **Wartość punktowa ceny = (Cmin : Cn )x 100**

# **gdzie:**

Cmin - najniższa oferowana cena

Cn - cena w danej ofercie

3. Sposób obliczenia ceny

Cena ofertowa winna być przedstawiona w polskich złotych z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Cena ofertowa winna zawierać cenę pełnego asortymentu zgodnie z “Opisem przedmiotu zamówienia – Specyfikacją przedmiotu dostawy” i nie może podlegać zmianom, z wyjątkiem odpowiednich zapisów w umowie.

Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

4. Cena winna uwzględniać wszystkie koszty tj.:

- łączny koszt oferowanego asortymentu, zgodnie z przedstawioną przez Wykonawcę, specyfikacją cenową,

- wszystkie koszty, które pozwolą Wykonawcy na ubezpieczenie i dostawę do Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli (ewentualne koszty cła, opłat celnych, ubezpieczenia dostawy, pakowanie i znakowanie do przewozu, należny podatek VAT)

- koszt instalacji oraz uruchomienia (dot. zadań nr 1, nr 2)

- koszt obsługi serwisowej w okresie gwarancji zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia

 - koszty szkolenia użytkownika w zakresie użytkowania sprzętu w ośrodku referencyjnym zgodnie

 z Opisem przedmiotu zamówienia (dot. Zadań nr 1, nr 2)

- koszt odebrania wszystkich opakowań po zainstalowanym sprzęcie oraz innych niewykorzystanych materiałów oraz ich utylizacji

5. **Wartość punktowa: PARAMETRY TECHNICZNE = (Pn : Pmax ) x 100**

gdzie:

Pn - punkty przyznane ofercie badanej

Pmax - maksymalna, możliwa do uzyskania liczba punktów w ramach kryterium

6. **Wartość punktowa: WARUNKI GWARANCJI I SERWISU: (Wn : Wmax )x 100**

# gdzie:

Wn - punkty przyznane ofercie badanej

Wmax - maksymalna, możliwa do uzyskania liczba punktów w ramach kryterium

**7. WARTOŚĆ PUNKTOWA ŁĄCZNA dla zadań nr 1, nr 2**

**CENA 80 %**

**PARAMETRY TECHNICZNE 10 %**

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU 10 %**

 **Rc x (Cmin : Cn)x 100 +Rp x (Pn : Pmax)x 100 + Rw x (Wn : Wmax) x 100**

# gdzie:

Rc - ranga kryterium: cena

Rp - ranga kryterium parametry techniczne

Rw - ranga kryterium warunki gwarancji i serwisu

**8. WARTOŚĆ PUNKTOWA ŁĄCZNA dla zadania nr 3**

**CENA 90 %**

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU 10 %**

 **Rc x (Cmin : Cn)x 100 + Rw x (Wn : Wmax) x 100**

# gdzie:

Rc - ranga kryterium: cena

Rw - ranga kryterium warunki gwarancji i serwisu

**V. Składanie i otwarcie ofert**

1. Ofertę napisaną w języku polskim, na maszynie lub komputerze, podpisaną przez upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy należy złożyć na adres:

# **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

## Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

**ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola**

**Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia pok. nr 8**

Termin składania ofert: do dnia 30 grudnia 2015 roku do godz. 11:00

Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, zapieczętowanej w sposób gwarantujący jej nienaruszalność do terminu składania ofert z dopiskiem „P*rzetarg nieograniczony – Dostawa jednego kompletu zestawu laparoskopowego, jednego kompletu zestawu artroskopowego z wyposażeniem dodatkowym dla potrzeb Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli”*

**Oferty złożone po upływie terminu składania ofert zostaną zwrócone niezwłocznie bez otwarcia.**

2. **Miejsce i termin otwarcia ofert**

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli**

**ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola**

**Dziale Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia. pok. nr 7.**

**Otwarcie ofert nastąpi dnia 30 grudnia 2015 roku o godz. 11:30**

3. Otwarcie ofert jest jawne.

4. Oferta winna być kompletna w zakresie asortymentu zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia. Zamawiający oczekuje, że Wykonawca zapozna się dokładnie z treścią wszystkich dokumentów przetargowych, w tym z projektem umowy.

5. Jeżeli Wykonawca zawierał będzie w ofercie informacje stanowiące tajemnicę jego Firmy
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji winien informacje te oddzielić

 z treści oferty jako część odrębną i zabezpieczoną z zastrzeżeniem, że ta część informacji nie może być udostępniana innym uczestnikom postępowania. Brak wyodrębnienia i zabezpieczenia części informacji zawartych w ofercie Zamawiający potraktuje jako brak informacji stanowiących tajemnicę Wykonawcy i uzna, że cała treść oferty jest jawna i może być udostępniana innym uczestnikom postępowania.

6. Termin związania ofertą: **30 dni** od upływu terminu składania ofert.

7. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **do 6 tygodni** od daty podpisania umowy

**VI. Sposób porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń lub dokumentów**

1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują pisemnie lub fax-em lub e-mailem. Jeżeli oświadczenia, wnioski, zawiadomienia lub informacje Zamawiający przekazują faksem, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.

2. Wszelkie dokumenty, o których mowa w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2013 roku w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (Dz. Ustaw z 2013 roku , poz. 231), składane przez Wykonawcę na wezwanie Zamawiającego, winny być dostarczone w formie oryginału lub kopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” przez Wykonawcę w terminie określonym przez Zamawiającego w wezwaniu.

3. Wszelkie pytania dotyczące SIWZ należy kierować do Zamawiającego w formie pisemnej na adres pocztowy:

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli**

**ul. Staszica 4, 37 - 450 Stalowa Wola**

**Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia**

 Adres e-mail **zam-publ@szpital-stw.com**

 Numer faks **15/ 843 33 97**

Treść pytania przekazanego fax, e-mail, musi zostać potwierdzona pismem, przesłanym na adres Zamawiającego w tym samym dniu, co fax., e mail.

Zamawiający niezwłocznie udzieli odpowiedzi bez wskazania źródła zapytania, pod warunkiem, że pytanie wpłynęło nie później, niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.

Odpowiedź udzielona będzie wszystkim Wykonawcom biorącym udział w postępowaniu oraz umieszczona będzie na stronie internetowej Zamawiającego w zakładce: Przetargi – Postępowania w toku.

Prosimy o przesłanie treści pytań e-mail, faxem i pocztą.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, Zamawiający może zmodyfikować treść dokumentów składających się na SIWZ. O każdej ewentualnej zmianie

Zamawiający powiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.

Osobami uprawnionymi do kontaktów są:

Merytoryka: Jolanta Grab – Kierownik Bloku Operacyjnego

Sprawy formalne – Elżbieta Pamuła – Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia

**VII. Pozostałe wymogi i informacje**

1. Zamawiający poprawi omyłki pisarskie, rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek na zasadach określonych w art.87 ust.2 ustawy Prawo zamówień publicznych , niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę ,którego oferta została poprawiona.

2. W przypadku dokonywania przez Zamawiającego zmian w opisie przedmiotu zamówienia (dopuszczeń lub modyfikacji) zgodnie z art. 38 ust. 4 ustawy – Prawo zamówień publicznych, Wykonawca jest zobowiązany do naniesienia tych zmian odpowiednio w załącznikach nr 2 i 3 w kolumnie „Parametry wymagane” z adnotacją „*dopuszczone przez Zamawiającego pismem z dnia ..., znak: ....”*

3. Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli :

* jest niezgodna z ustawą
* jej treść nie odpowiada treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia ,

 z zastrzeżeniem art. 87 ust.2 pkt.3

* jej złożenie stanowi czyn nieuczciwej konkurencji w rozumieniu przepisów o zwalczaniu

 nieuczciwej konkurencji

* zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia
* została złożona przez Wykonawcę wykluczonego z udziału w postępowaniu o udzielenie

 zamówienia

* zawiera błędy w obliczeniu ceny
* Wykonawca w terminie 3-dni od dnia doręczenia zawiadomienia nie zgodził się na

 poprawienie omyłki o której mowa w art.87 ust.2 pkt.3

* jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów

4. Rozstrzygnięcie postępowania zostanie ogłoszone na stronie internetowej, w siedzibie Zamawiającego oraz wysłane zostanie do wszystkich Wykonawców , którzy ubiegali się

 o udzielenie zamówienia.

5. Do Wykonawcy , którego oferta została wybrana, w oparciu o przyjęte kryteria oceny ofert Zamawiający prześle zawiadomienie o terminie, po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.

6. Ogłoszenie o udzieleniu zamówienia wysłane będzie do Biuletynu Zamówień Publicznych po podpisaniu umowy z wybranym Wykonawcą .

**VIII. Informacje o formalnościach, jakie powinny być dopełnione po wyborze oferty w celu zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.**

1. W przypadku udzielenia zamówienia konsorcjum (tzn. Wykonawcy określonemu w art. 23 ust.1 ustawy PZP) – Zamawiający przed podpisaniem umowy zażąda złożenia umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.

2. Zamawiający wymaga zawarcia umowy w terminie wyznaczonym, po wyborze najkorzystniejszej oferty.

3. Zgodnie z art. 94 ust.3 PZP, jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzania ich ponownego badania
i oceny, chyba, że zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania, o których mowa w art. 93 ust. 1 PZP.

**IX. Środki ochrony prawnej**

1. Wobec czynności podjętych przez Zamawiającego w toku postępowania oraz w przypadku zaniechania przez Zamawiającego czynności, do której jest zobowiązany Wykonawcom przysługują środki ochrony prawnej przewidziane w Dziale VI obowiązującej ustawy Prawo zamówień publicznych.

2. Środki ochrony prawnej określone w Dziale VI Pzp przysługują Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy Pzp.

3. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 Pzp.

4. W niniejszym postępowaniu obowiązują przepisy:

1)Rozdziału 1 art. 179 Pzp – Przepisy wspólne,

2) Rozdziału 2 art. 180 - 198 Pzp – Odwołanie,

3) Rozdziału 3 art. 198 a - 198 g Pzp – Skarga do sądu.

5. Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności Zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.

6. Odwołanie wnosi się w terminach opisanych w art. 182 ustawy Pzp ,w zależności od wartości zamówienia i kwot określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust.8 ustawy Pzp - w tym postępowaniu wartość zamówienia nie przekracza kwoty 134 tys. EURO.

**Zapraszamy do udziału w przetargu**

**Załącznik nr 7**

**UMOWA**

o zamówienie publiczne nr **737 ZP/ 2015**

Dnia ...................... **2015 r**. w Stalowej Woli pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**Powiatowym Szpitalem Specjalistycznym w Stalowej Woli**

**ul. Staszica 4, 37 - 450 Stalowa Wola**

wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000009325,

zwanym w dalszej części umowy „Zamawiającym”, reprezentowanym przez:

**Edwarda Surmacza – Dyrektora**

oraz

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

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

wpisanym do ….............................................................................................................................,

zwanym w dalszej części umowy „Wykonawcą”, reprezentowanym przez:

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

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

w wyniku wyboru Wykonawcyw przetargu nieograniczonym – art. 39 ustawy Prawo zamówień publicznych – „przetarg nieograniczony” została zawarta umowa następującej treści:

**§ 1**

**Przedmiot umowy**

1.Przedmiotem umowy jest zakup i dostawa przez Wykonawcę sprzętu medycznego

 w ramach Zadania nr ………………………………………….:

 nazwa sprzętu ……………………………………………………………………………………..

 model ............................................

 producent ........................................................................

 posiadającego świadectwa dopuszczenia do obrotu i stosowania w Polsce w postaci:

……………………………………………………………………………………………………

na potrzeby Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia – Formularzem asortymentowo-cenowym stanowiącym integralną część niniejszej umowy oraz zgodnie z kryteriami podanymi w SIWZ i ofercie Wykonawcy.

2. Wykonawca oświadcza, że dostarczany przedmiot umowy jest nowy, nie używany oraz jest kompletny z punktu widzenia celu, któremu ma służyć.

3. Wraz z przedmiotem niniejszej umowy Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia instrukcji obsługi w języku polskim, paszportu technicznego, karty gwarancyjnej.

**§ 2**

**Warunki realizacji umowy**

1.Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot umowy do Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli w terminie **do 6 tygodni** od daty podpisania umowy, na swój koszt i ryzyko.

 2. Wykonawca oświadcza, że pakowanie będzie odpowiednie do rodzaju transportu oraz będzie chroniło przedmiot niniejszej umowy przed wszystkimi możliwymi warunkami, jakich można się spodziewać w czasie transportu.

3. Wykonawca ponosi ryzyko utraty lub uszkodzenia przedmiotu umowy do miejsca dostawy,

 w szczególności zaś do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.

4. Dostarczony Zamawiającemu przedmiot umowy zostanie złożony i zainstalowany pod nadzorem specjalistów serwisu Wykonawcy w pomieszczeniach Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli.

5. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Wykonawcę podczas realizacji przedmiotu umowy.

6. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania Zamawiającemu faxem, przynajmniej na dwa dni przed dostawą, informacji o terminie dostawy i terminie przystąpienia do realizacji przedmiotu umowy.

7.Wykonawca zapewni szkolenie personelu tj. pielęgniarek i lekarzy – łącznie 7 osób w ośrodku referencyjnym w zakresie dostarczanych urządzeń oraz szkolenie uzupełniające w ośrodku referencyjnym dla min. 3 osób w okresie trzech lat od daty podpisania umowy – 1 raz na rok

 (dot. Zadania nr 1, nr 2).

**§ 3**

**Wartość umowy**

1. Wartość umowy netto: ……………..zł

 brutto: ……………. zł, w tym należny podatek VAT

słownie złotych ………………………………………………………………………….brutto,

2. W wartości umowy, określonej w ust. 1 zawiera się:

* wartość netto
* cło
* opłaty celne
* koszt transportu
* koszt dojazdu serwisu
* koszt ubezpieczenia dostawy
* koszt pakowania i znakowania do transportu
* należny podatek VAT
* koszt instalacji oraz uruchomienia urządzenia (dot. zadania nr 1, nr 2)
* koszt odebrania wszystkich opakowań po zainstalowanym sprzęcie oraz innych niewykorzystanych materiałów oraz ich utylizacji
* urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy przekraczającej dwa dni (dot. zadania nr 1, nr 2)
* bezpłatny serwis w okresie gwarancji, w tym dwa bezpłatne przeglądy na rok obejmujące usługę serwisową , dojazd, części zamienne (dot Zadań nr 1, nr 2)
* szkolenie personelu tj. pielęgniarek i lekarzy – łącznie 7 osób w ośrodku referencyjnym w zakresie dostarczanych urządzeń (dot. Zadania nr 1, nr 2)
* szkolenie uzupełniające w ośrodku referencyjnym dla min. 3 osób w okresie trzech lat od daty podpisania umowy – 1 raz na rok (dot. Zadania nr 1, nr 2)

**§ 4**

**Warunki płatności**

1.Zamawiający dokona płatności za dostarczony przedmiot umowy, o którym mowa w § 1

 niniejszej umowy w czterech równych ratach:

 **I rata** – w terminie do 29 lutego 2016r., po podpisaniu przez Zamawiającego protokołu odbioru
i otrzymaniu faktury VAT za dostawę

 **II rata** – w terminie 60 dni od upływu terminu zapłaty I raty

 **III rata** - w terminie 60 dni od upływu terminu zapłaty II raty

 **IV rata** - w terminie 60 dni od upływu terminu zapłaty III raty

 2. Płatności, o których mowa powyżej będą przekazywane przez Zamawiającego na konto Wykonawcy wskazane w fakturze VAT.

3 Wykonawca oświadcza, że znana mu jest treść ustawy z dnia 8 marca 2013 roku o terminach zapłaty w transakcjach handlowych /Dz. U. z 2013 roku, poz. 403/. Wykonawca, mając na względzie, że Zamawiający jest podmiotem leczniczym w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. Ustaw z 2013 roku, poz.217) nie będzie żądał odsetek ustawowych za okres począwszy od 30 –go dnia po spełnieniu swojego świadczenia niepieniężnego i doręczenia Zamawiającemu faktury VAT do dnia zapłaty, o którym mowa w ust.1 .

4. Za datę dokonania zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

5.W przypadku opóźnienia przez Zamawiającego terminu zapłaty za dostarczony przedmiot

 umowy, w odniesieniu do terminów określonych w § 7 ust.1 niniejszej umowy, zapłaci on

 Wykonawcy odsetki ustawowe za każdy dzień zwłoki w zapłacie.

**§ 5**

**Rękojmia za wady fizyczne i prawne**

1.Wykonawca jest odpowiedzialny względem Zamawiającego za wszelkie wady fizyczne

 dostarczonej aparatury diagnostycznej.

2. Przez wady fizyczne rozumie się w szczególności jakąkolwiek niezgodność aparatury medycznej z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, ofercie Wykonawcy i załączniku do niniejszej umowy.

3.Wykonawca jest odpowiedzialny względem Zamawiającego za wszelkie wady aparatury medycznej, w tym również ewentualne roszczenia osób trzecich wynikające z naruszenia praw własności intelektualnej lub przemysłowej, w tym patentów, praw ochronnych na znaki towarowe, praw z rejestracji na wzory użytkowe i przemysłowe, pozostające w związku
z wprowadzeniem do obrotu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

**§ 6**

**Warunki gwarancji**

* 1. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji pełnej, na jakość sprzętu, liczonej od daty

zainstalowania aparatury medycznej u Zamawiającego i podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego, na okres ………. miesięcy

2. Koszty obsługi serwisowej, przeglądów w tym przeglądy wg zaleceń producenta , napraw gwarancyjnych, modyfikacji, oględzin, opinii, ekspertyz, części podlegających wymianie, dojazdów do Zamawiającego lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie do Zamawiającego oraz robocizny mające związek z wykonywaniem tych czynności w okresie gwarancyjnym ponosi Wykonawca

3. Na czas naprawy aparatury będącej przedmiotem niniejszej umowy, a trwającej dłużej niż dwa dni, Wykonawca użyczy bezpłatnie Zamawiającemu zastępczy sprzęt medyczny. Sprzęt zostanie dostarczony Zamawiającemu na koszt i ryzyko Wykonawcy w ciągu 2 dni od daty wystąpienia awarii w aparaturze będącej własnością Zamawiającego.

4. Wykonawca zapewnia:

- możliwość zgłaszania usterek **24 godziny** na dobę, w dni robocze tj, od poniedziałku do piątku

- maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do ….... godz. w dni robocze

- dostępność serwisu i części zamiennych przez okres …… lat.

- .serwis gwarancyjny i pełny serwis pogwarancyjny prowadzony przez :……………

5. W przypadku 3- krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu / podzespołu Wykonawca zobowiązuje się wymienić wadliwy element/podzespół na nowy

6. Wykonawca zapewnia pełną bezpłatną obsługę serwisową wszystkich, niezawinionych przez Zamawiającego, uszkodzeń powstałych w trakcie użytkowania dostarczonego sprzętu oraz przeglądy wg zaleceń producenta.

7. Każdorazowo zostanie przedłużony okres gwarancji aparatury medycznej będącej przedmiotem umowy o czas całkowitego wyłączenia sprzętu z eksploatacji trwający powyżej 48 godzin, a spowodowany uszkodzeniem nie wynikłym ze złej eksploatacji.

**§ 7**

**Kary umowne**

1. Strony zgodnie uznają, że w przypadku nienależytego zrealizowania postanowień niniejszej umowy obowiązują je następujące kary umowne:

1). W przypadku odstąpienia przez Zamawiającego od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci karę w wysokości 10 % wartości umowy określonej na podstawie § 3 ust.1. formularza cenowego stanowiącego integralną część niniejszej umowy.

2). W przypadku niezrealizowania przedmiotu umowy w terminie, o którym mowa w § 2 ust.1 niniejszej umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę w wysokości 0,1 % wartości umowy określonej na podstawie § 3 ust. 1 niniejszej umowy za każdy dzień opóźnienia.

3). W przypadku odstąpienia od umowy przez Wykonawcę z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy zapłaci on karę w wysokości 10 % wartości umowy określonej na podstawie § 3 ust.1.

2. Roszczenia o zapłatę należnych kar umownych nie będą pozbawiać Stron prawa żądania zapłaty odszkodowania uzupełniającego na zasadach Kodeksu Cywilnego, jeżeli wysokość ewentualnej szkody przekroczy wysokość zastrzeżonych kar umownych.

**§ 8**

**Zmiany umowy**

* 1. Zmiana niniejszej umowy wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności i może nastąpić

 w następujących sytuacjach:

1. aktualizacji rozwiązań ze względu na postęp techniczny lub technologiczny (np. wycofanie z obrotu), zmiana nie może spowodować zmiany ceny oraz obniżenia parametrów technicznych, jakościowych i innych wynikających z oferty, na podstawie których był dokonany wybór Wykonawcy;
2. konieczności zmiany terminu realizacji przedmiotu umowy z przyczyn niezawinionych przez Strony, zmiana nie może powodować zmiany ceny wynikającej z oferty Wykonawcy. Ewentualna zmiana może nastąpić po uprzednim uzyskaniu przez Zamawiającego zgody na przesunięcie terminu wydatkowania przyznanych środków finansowych;
3. zmiany obowiązujących przepisów, jeżeli konieczne będzie dostosowanie treści umowy do aktualnego stanu prawnego;
4. zmiany stawki podatku od towarów i usług; wartość umowy określona w §3 ust. 1 umowy ulegnie zmniejszeniu w przypadku obniżenia stawki podatku od towarów i usług lub powiększeniu w przypadku podwyższenia stawki podatku od towarów i usług;
5. wystąpienia zdarzeń siły wyższej jako zdarzenia zewnętrznego, niemożliwego do przewidzenia i niemożliwego do zapobieżenia;
6. wprowadzenia nowej technologii produktu objętego umową, wówczas Zamawiający dopuszcza jego zastąpienie jedynie produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych, o cenie nie wyższej niż w umowie.

2. Zakazuje się istotnych zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy.

3. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.

4. W przypadku określonym w ust.3 Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.

5. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy ze skutkiem natychmiastowym w każdym czasie bez prawa Wykonawcy do żądania odszkodowania w razie dostarczenia aparatury diagnostycznej nienadającego się do odbioru z powodu istotnych niedających się usunąć wad.

**§ 9**

**Pozostałe warunki umowy**

1.Przeniesienia ewentualnych zobowiązań Zamawiającego wobec Wykonawcy na osobę trzecią, Wykonawca może dokonać po upływie 30 dni, po uprzedzeniu Zamawiającego o tej czynności oraz uzyskaniu przez Zamawiającego zgody Powiatu Stalowowolskiego na cesję wierzytelności na podstawie art. 54 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015, poz. 618).

**§ 10**

**Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie spory mogące wynikać z tytułu niniejszej umowy lub z nimi związane rozstrzyga właściwy rzeczowo i miejscowo dla Zamawiającego sąd powszechny.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zmianami) oraz Kodeksu cywilnego.

3. Niniejszą umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa egzemplarze dla każdej ze stron.

Załączniki do umowy:

1. Oferta Wykonawcy z dnia ......................

2. Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**

**Załącznik nr 3**

(pieczątka Wykonawcy)

Oświadczenie o spełnianiu warunków

## zawartych w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych

Przystępując do udziału w postępowaniu na:

Dostawa jednego kompletu zestawu laparoskopowego, jednego kompletu zestawu artroskopowego z wyposażeniem dodatkowym dla potrzeb Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

w związku z art. 22 ust. 1 pkt 1-4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.) oświadczam(y), że spełniam(y) n/w warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego dotyczące: posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania; posiadania wiedzy i doświadczenia; dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia; sytuacji ekonomicznej i finansowej.

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

 (miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 4**

(pieczątka Wykonawcy)

## O Ś W I A D C Z E N I E

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

Przystępując do udziału w postępowaniu na:

Dostawa jednego kompletu zestawu laparoskopowego, jednego kompletu zestawu artroskopowego z wyposażeniem dodatkowym dla potrzeb Bloku Operacyjnego Chirurgii i Ortopedii Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

w związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.) oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z przedmiotowego postępowania na podstawie przesłanek zachodzących w w/w przepisach.

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

 (miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 5**

(pieczątka Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności/lub nie do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24. ust.2 pkt.5 ustawy Prawo zamówień publicznych**

( wypełnić pkt 1 lub 2)

**MY NIŻEJ PODPISANI**

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

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

działając w imieniu i na rzecz

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

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

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

(nazwa (firmy) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców, w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum)

**OŚWIADCZAMY, ŻE ….......................................................................................................**

nazwa reprezentowane firmy

**1. Nie należy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych:**

Upełnomocniony przedstawiciel(e) Wykonawcy

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

(Podpis Wykonawcy)

…...................................dnia …...........2015r

**2. Należy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej:

1) ….........................................................................................

2) ….........................................................................................

3) ….........................................................................................

Upełnomocniony przedstawiciel(e) Wykonawcy

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

(Podpis Wykonawcy)

….................................dnia …...............2015r

#### Załącznik nr 6

(pieczątka Wykonawcy)

**Wykaz wykonanych, głównych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert , a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj dostawy** | **Wartość całkowita****z VAT** | **Okres realizacji** | **Nazwa i adres Zamawiającego** |
|  |  |  |  |  |

**Do oferty należy dołączyć dowody potwierdzające, że dostawy wyszczególnione w w/w Wykazie zostały wykonane lub są wykonywane należycie**

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

 Data podpis osoby uprawnionej

**Wykaz załączników do SIWZ, będących nierozerwalną jej częścią:**

|  |
| --- |
| **Wzory oświadczeń i innych dokumentów, stanowiących nierozerwalną część SIWZ** |
| **Numer załącznika** | **Nazwa Załącznika** |
| **1** | Formularz cenowy |
| **2** | Opis przedmiotu zamówienia z zestawieniem parametrów |
| **3** | Oświadczenie z art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych |
| **4** | Oświadczenie z art. 24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych |
| **5** | Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt.5 ustawy Prawo zamówień publicznych , albo informacja o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej. |
| **6** | Wykaz wykonywanych głównych dostaw. |
| **7** | Umowa - wzór |
| **8** | Formularz oferty |