**Załącznik nr 1A do SIWZ**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane**  **/podać zakresy lub opisać** | **Punktacja** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOMATYCZNA MYJNIA ENDOSKOPOWA**  Nazwa handlowa:  Producent:  Rok produkcji: | | | | |
|  | Nazwa i typ | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Przeznaczona jest do mycia i dezynfekcji wszystkich typów zanurzalnych endoskopów giętkich | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Myjnia na dwa endoskopy | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Posiada automatyczny proces mycia i dezynfekcji | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie realizujące automatycznie:  - mycie wstępne z użyciem detergentu   * mycie zasadnicze, * dezynfekcję chemiczno-termiczna * płukanie * płukanie alkoholem kanałów   - suszenie | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Dowolność stosowania środków dezynfekcyjnych | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość jednokrotnego jak i wielokrotnego użycia płynu dezynfekującego –zamkniętysystem wielokrotny proces. | Tak /Nie |  | Tak -10 pkt.  NIE- 0 pkt. |
|  | Możliwość stosowania środków myjących  i dezynfekujących różnych producentów | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Dezynfekcja w obiegu zamkniętym | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Dozownik płynu detergentu min 1 litr | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zbiornik na płyn dezynfekcyjny wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Czas mycia oraz dezynfekcji programowany | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Panel sterujący w języku polskim | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość indywidualnego programowania pracy urządzenia przez użytkownika | Tak |  | Bez punktacji |
|  | 4 programy automatycznego mycia i dezynfekcji | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Posiada wyświetlacz wskazujący poszczególne fazy danego cyklu | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Posiada możliwość podłączenia do standardowej instalacji hydraulicznej oraz sieci elektrycznej jednofazowej | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Posiada filtr węglowy pochłaniający opary środków dezynfekcyjnych | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Posiada dodatkowy system filtracji wody | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Posiada zawór pozwalający na awaryjne zlanie płynu dezynfekcyjnego, w przypadku awarii zasilania i wykorzystania płynu do procesu ręcznej dezynfekcji | Tak / Nie |  | Tak -10 pkt.  NIE- 0 pkt. |
|  | Posiada 2 lampy UV stale zanurzone w zbiorniku wodnym, co powoduje stałe uzdatnianie wody | Tak / Nie |  | Tak -10 pkt.  NIE- 0 pkt. |
|  | Oferowana myjnia musi zapewniać jednakowe warunki mycia powierzchni wewnętrznych  i zewnętrznych endoskopów | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany tester szczelności endoskopu | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wykonania dezynfekcji w temp. do 50 st. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Otwieranie pokrywy wanny za pomocą przycisku nożnego | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkowym otwarciem pokrywy | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Mobilność urządzenia z blokadą min. dwóch kół | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość płukania kanałów wodno powietrznych na koniec cyklu | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Test szczelności | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowana drukarka umożliwiająca dokumentowanie przebiegu procesu mycia i dezynfekcji | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Myjnia kompatybilna z posiadanymi endoskopami EC-600WI oraz EG-600WR | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany Serwis techniczny w Polsce | podać |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | podać |  | Bez punktacji |

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1B do SIWZ**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać** | **Punktacja** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aparaty USG - 2 szt.**  Nazwa handlowa:  Producent:  Rok produkcji: | | | | |
|  | Aparat USG, fabrycznie nowy, rok produkcji 2019 - **2szt** | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Masa całkowita aparatu max. 60 kg | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Technologia całkowicie cyfrowa łącznie z układem formowania i przetwarzania wiązki ultradźwiękowej (tzw. beamformer). | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V ± 10% 50/60 Hz | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Ilość niezależnych kanałów przetwarzania min. 900 000 | Tak |  | 900tys. – 0 pkt  Najlepszy parametr - 10pkt  Pozostałe proporcjonalnie |
|  | Dynamika aparatu (systemu) min. 250 dB | Tak |  | 250 dB – 0 pkt  Najlepszy parametr - 10pkt  Pozostałe proporcjonalnie |
|  | Zakres częstotliwości pracy aparatu (dla głowic USG możliwych do zastosowania w aparacie) nie mniejszy niż od 1,5 MHz do 12 MHz | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Ilość aktywnych uniwersalnych gniazd dla głowic obrazowych USG - nie mniej niż 3 | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalna głębokość penetracji 2D min. 32 cm. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Monitor LCD min 21” o rozdzielczości minimum 1920x1080. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja obrotu i pochylenia monitora:  do przodu o min 90stopni  do tyłu o min 25 stopni | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Panel dotykowy z interaktywnym menu min. 10” | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Dysk twardy HDD min 500 GB | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wymagania dla zapisanych obrazów:  - Zmiana map B-mode,  - Regulacja wzmocnienia B-mode, Color Doppler i Spektral Doppler,  - Przesunięcie linii bazowej dla Color Doppler i Spektral Doppler,  - Ustawienie kąta korekcji przepływu dla PWD i CW,  - Zmiana rozdzielczości czasowej zapisu Spektral Doppler, | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Liczba obrazów w „Cineloop” dla prezentacji 2D min. 18 000 obrazów | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalny czas zapisu w „Cineloop” dla prezentacji Doppler Pulsacyjny min. 1200 sek. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu (wzmocnienia, linii bazowej) przy pomocy jednego przycisku | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wyjście USB min.2 do pamięci typu FLASH do nagrywania obrazów w formatach JPEG, AVI. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Cyfrowa drukarka termiczna (video – printer) czarno-biała | Tak |  | Bez punktacji |
|  | TRYBY OBRAZOWANIA I PREZENTACJI |  |  |  |
|  | Możliwość obrazowania i prezentacji w trybie B-mode  z min 950 obrazów/sek. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Powiększenie obrazu rzeczywistego i zatrzymanego min. 6x | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie i prezentacja w trybie M-mode | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Anatomiczny M-Mode w czasie rzeczywistym, Anatomiczny M-Mode na pętlach obrazowych 2D zapisanych w pamięci CINE lub na dysku twardym aparatu. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość obrazowania i prezentacji w trybie spektralnym (PWD) - Doppler Pulsacyjny Spektralny oraz zapis prędkości min do 10 m/sek. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wielkość bramki Dopplerowskiej w zakresie min. od 1 do 15 mm | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie w trybie CWD - Doppler fali ciągłej oraz zapis prędkości min do 22 m/sek. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie w trybie CD - Doppler kolorowy | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Max Framerate dla Dopplera Kolorowego Min 150 obr./sek. | Tak |  | 150 obr/s – 0 pkt  Najlepszy parametr - 10pkt  Pozostałe proporcjonalnie |
|  | Power Doppler | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Tryb doppler tkankowy kolorowy, oprogramowanie do automatycznego obliczania frakcji wrzutowej serca - min. w jednym urządzeniu. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Tryby mieszane: Duplex-Mode(np.: B/CD, B/PWD)  Triplex-Mode (np.: B/CD/PWD) | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany videoprinter czarno-biały – 2 szt. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | SONDY |  |  |  |
|  | Sonda sektorowa kardiologiczna | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zakres częstotliwości pracy nie mniejszy niż w zakresie od 1,5 MHz do 4,0 MHz | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Kąt skanowania w zakresie min 30 – 120 stopni | Tak |  | Bez punktacji |
|  | **Sonda liniowa** | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zakres częstotliwości pracy nie mniejszy niż w zakresie od 5 MHz do 13,0 MHz | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Ilość fizycznych elementów piezoelektrycznych min 192 | Tak |  | Bez punktacji |
|  | **Sonda convex** | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zakres częstotliwości pracy nie mniejszy niż w zakresie od 2 MHz do 5,0 MHz | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Ilość fizycznych elementów piezoelektrycznych min 128 | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Kat skanowania 55-60 stopni | Tak |  | Bez punktacji |
|  | **Opcje rozbudowy systemu na dzień składania ofert** | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Sonda przezprzełykowa wielopłaszczyznowa o zakresie częstotliwości min 3-8 MHz | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Sonda linowa o zakresie częstotliwości min 3-9 MHz i min 192 elementach piezoelektrycznych | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Oprogramowanie do wizualizacji w czasie rzeczywistym zmian hemodynamicznych w naczyniach i prezentacja uzyskanych danych w czarno-białej skali bez użycia dopplera | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Moduł zasilania bateryjnego, wbudowany w aparat, umożliwiający szybki start aparatu (poniżej 5 sek.) przy ponownym włączeniu napięcia | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zdalnej diagnostyki i napraw, bezpłatna w okresie gwarancji, umożliwiająca: zdalna diagnostykę i weryfikację usterek, naprawy oprogramowania i błędów w konfiguracji, zmianę parametrów aplikacyjnych i ustawień aparatu, instalację aktualizacji oprogramowania i sterowników dla peryferiów. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja min. 36 miesięcy | podać |  | Bez punktacji |

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1C do SIWZ**

***PARAMETRY TECHNICZNE***

| **L.P.** | **Wymagane parametry** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy lub opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **SYSTEM WYSIŁKOWY Z BIEŻNIĄ**  Nazwa handlowa:  Producent:  Rok produkcji: | | | |
|  | Komputer co najmniej klasy:  - procesor minimum I3 - pamięć minimum 3GB RAM,  - dysk twardy minimum 500Gb HDD,  - napęd DVD/RW, - system operacyjny Windows, - monitor min. LCD 24 cale  - drukarka laserowa kompatybilna z oferowanym oprogramowaniem | Tak |  |
|  | Oprogramowanie sterujące kompatybilne i współpracujące z Windows 7/8 | Tak |  |
|  | Możliwość przyporządkowania różnych funkcji klawiszom funkcyjnym (F1-F12) klawiatury komputerowej | Tak |  |
|  | Wydruki raportów podczas testów | Tak |  |
|  | Wydruki raportów po zakończonym teście | Tak |  |
|  | Wydruki w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Wydruk na standardowym papierze A4 | Tak |  |
|  | Wydruk z prędkością co najmniej 25/50 mm/s | Tak |  |
|  | Wbudowana baza danych pacjentów i badań | Tak |  |
|  | Cyfrowy moduł akwizycji sygnału EKG, odporny na impuls defibrylatora | Tak |  |
|  | Sygnał analogowy zamieniany na cyfrowy w module akwizycji | Tak |  |
|  | Możliwość ręcznej korekcji ustawień interpolacji MET | Tak |  |
|  | Możliwy odczyt sygnału z 14 odprowadzeń (opcja do rozbudowy) | Tak |  |
|  | Ergonomiczna konstrukcja przewodów pacjenta w module akwizycji danych składających się modułu oraz przewodów multi-link - 10-odprowadzeń, sposób konstrukcji umożliwiający wymianę tylko pojedynczych uszkodzonych przewodów (odprowadzeń) | Tak |  |
|  | Próbkowanie sygnału minimum 16 000 próbek/s/kanał | Tak |  |
|  | Filtr dolnoprzepustowy 20, 40, 100, 150 Hz | Tak |  |
|  | Filtracja FRF lub CubicSpine | Tak |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych | Tak |  |
|  | Automatyczna kompensacja linii odniesienia | Tak |  |
|  | CMRR >140dB | Tak |  |
|  | Oprogramowanie posiadające możliwość podłączenia i współpracy co najmniej z zaoferowaną bieżnią | Tak |  |
|  | Możliwość manualnej obsługi bieżni/ergometru, przeprowadzania testów, wprowadzania zmian podczas testów, przeglądania raportów podczas testów, tworzenia i rejestracji raportów | Tak |  |
|  | Wyposażone w przewód połączeniowy z bieżnią/ergometrem | Tak |  |
|  | Automatyczne i manualne wyznaczanie punktu j+x | Tak |  |
|  | Na wyposażeniu: komplet elektrod, przewody, instrukcja obsługi w języku polskim, | Tak |  |
|  | Możliwość archiwizacji wyników testów na dysku twardym | Tak |  |
|  | Wyposażony w moduł edukacji pacjenta – element oprogramowania | Tak |  |
|  | Możliwość konfiguracji ustawień systemu przez użytkownika w tym możliwość wyboru wyświetlanych parametrów czynności życiowych na ekranie komputera, kolejności ich prezentacji, wielkości czcionki | Tak |  |
|  | Możliwość dokonywania zmian w standardowych protokołach wraz z możliwością tworzenia własnych protokołów – co najmniej 99 | Tak |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych, kolorowych sygnałów na ekranie | Tak |  |
|  | Automatyczne wyświetlanie odprowadzenia z największymi zmianami ST | Tak |  |
|  | Możliwość ręcznego i automatycznego ustawienia punktów pomiarowych na odcinku ST | Tak |  |
|  | Zapis pełnego badania “Full Disclosure” z możliwością reanalizy badania i zmiany parametrów pomiarowych. | Tak |  |
|  | Automatyczna detekcja arytmii podczas testu wraz z prezentacją na ekranie i dokumentacją | Tak |  |
|  | Prezentacja na ekranie wyników poprzedniego testu danego pacjenta podczas testu | Tak |  |
|  | Nazwa protokołu i fazy na ekranie | Tak |  |
|  | Czas trwania wysiłku na ekranie | Tak |  |
|  | Prędkość i nachylenie bieżni na ekranie | Tak |  |
|  | Stałe monitorowanie 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |
|  | Informacja o częstość rytmu aktualnej i docelowej | Tak |  |
|  | Możliwość ręcznej korekcji ustawień interpolacji MET | Tak |  |
|  | Ciągłe zapisywanie sygnału, kodowanie barwne zapisu arytmii, możliwość powiększenia i zapisania dowolnego fragmentu pełnego zapisu EKG. | Tak |  |
|  | Prędkość przesuwu przy podglądzie EKG na ekranie monitora minimum 25, 50, mm/s | Tak |  |
|  | Skala wysiłku według Borga | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o minimum: graficzną prezentacje zmian ST w trybie 3D, altarnans załamka T, komunikacja poprzez HL7 i DICOM | Tak |  |
|  | ***Raporty powinny zawierać między innymi:*** |  |  |
|  | Możliwość zapisania przyczyny przerwania testu w raporcie (możliwość wpisania kilku przyczyn jednocześnie) | Tak |  |
|  | Całkowity czas wysiłku | Tak |  |
|  | Czas trwania każdego etapu | Tak |  |
|  | Procent uzyskanego tętna docelowego | Tak |  |
|  | Opis rozpoznania i leczenia wraz z danymi o zażywanych lekach | Tak |  |
|  | Prędkość bieżni na każdym etapie | Tak |  |
|  | Stopień nachylenia bieżni na każdym etapie | Tak |  |
|  | Maksymalne i wyjściowe ciśnienie krwi | Tak |  |
|  | Możliwość włączenia raportu z poziomu klawiatury i za pomocą przycisków na module akwizycji sygnału | Tak |  |
|  | Bieżnia sterowana za pomocą komputera | Tak |  |
|  | Zakres prędkości ruchowego pasa minimum 0,0-22,0 km/h. | Tak |  |
|  | Bezskokowa regulacja prędkości pasa | Tak |  |
|  | Zakres kąta nachylenia 0-25%. | Tak |  |
|  | Bezskokowa regulacja kąta nachylenia bieżni | Tak |  |
|  | Taśma antypoślizgowa i antystatyczna. | Tak |  |
|  | Nośność bieżni ≥200 kg | Tak |  |
|  | Długość użytkowa ruchowego pasa ≥150cm | Tak |  |
|  | Szerokość ruchowego pasa ≥45 cm | Tak |  |
|  | Wyłącznik bezpieczeństwa – linka zrywna oraz przycisk | Tak |  |
|  | Zasilanie jednofazowe 230V, 50Hz. | Tak |  |
|  | Bieżnia wyposażona w poręcze z przodu i po bokach pasa | Tak |  |
|  | Wyposażona w funkcję automatycznej kalibracji po każdorazowym przemieszczeniu | Tak |  |
|  | Wyposażona w kółka jezdne | Tak |  |
|  | Zasilanie jednofazowe | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Wymagane parametry** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy lub opisać** |
| **HOLTER EKG Z REJESTRATOREM - 5 szt.**  Nazwa handlowa:  Producent:  Rok produkcji: | | | |
|  | Zapis 2 i 3 kanałowy – 24 godziny | TAK |  |
|  | Rejestracja z 3 kanałów ekg z 3 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Zapis min. 24 godziny | TAK |  |
|  | Detekcja stymulatorów serca | TAK |  |
|  | Wbudowana dioda sygnalizacyjna | TAK |  |
|  | Wbudowany interfejs USB 2.0 | TAK |  |
|  | Wbudowana nieulotna pamięć flash | TAK |  |
|  | Komunikacja poprzez Bluetooth | TAK |  |
|  | Podgląd zapisu EKG bezpośrednio na ekranie komputera | TAK |  |
|  | Zasilanie z jednej baterii AAA lub AA | TAK |  |
|  | Waga rejestratora max. 55 gram | TAK |  |
|  | Rozdzielczość zapisu 12bit | TAK |  |
|  | Rejestrator w standardzie IP43 | TAK |  |
| **OPROGRAMOWANIE – ANALIZATOR HOLTEROWSKI EKG** | | | |
|  | Oprogramowanie analizatora EKG w języku polskim | TAK |  |
|  | Zgodność oprogramowania z systemem Windows 10 | TAK |  |
|  | Automatyczna analiza i klasyfikacja form QRS | TAK |  |
|  | Karta danych pacjenta posiadająca minimum: imię i nazwisko pacjenta, id pacjenta, nr Tel. Nr ubezpieczenia, adres, płeć, rodzaj stymulatora serca, skierowanie, wskazania, uwagi, data urodzenia. | TAK |  |
|  | System (analizator) zabezpieczony hasłem oraz możliwością tworzenia kont użytkowników oraz nadawania praw i roli pracy w systemie. | TAK |  |
|  | Konfigurowalne ustawienia algorytmu analizy dla granice tachykardi SV, granice tachykardio V, granica wykrywania bradykardii, granica wykrywania Pauzy, % przedwczesności dla SV, procent przedwczesności dla V, czas refrakcji. | TAK |  |
|  | Automatyczna analiz jakości sygnału wraz z proponowanym przez system wyborem kanału do analizy | TAK |  |
|  | Wstępna analiza zapisy z automatycznym wyświetleniem części zapisu i proponowanymi ustawieniami parametrów algorytmu do danego zapisu | TAK |  |
|  | System rozpoznawania artefaktów z automatycznym wyłączaniem ich z analizy | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia minimum trzech trybów czułości algorytmu (większa czułość – więcej klas) | TAK |  |
|  | Wielobarwny trend rytmu serca z jednoczesnym zsynchronizowanym podglądem aktualnego zapisu EKG oraz możliwością zmiany amplitudy oraz widokiem znaczników pacjenta poprzez nałożenie markerów | TAK |  |
|  | Przyporządkowane klawisze funkcyjne na klawiaturze komputera do obsługi analizy arytmii | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia powiększenia dla ekranu kontekstu EKG pomiędzy wartościami 6,25 mm/s, 12,5  mm/s, 25 mm/s, 50 mm/s i 100 mm/s | TAK |  |
|  | Skalowanie amplitudy sygnału na ekranie kontekstu EKG z możliwością przełączania  pomiędzy wartościami 0,5 mv/cm i 1 mv/cm. | TAK |  |
|  | Możliwość edycji poszczególnych uderzeń lub całych klas | TAK |  |
|  | Informacja o każdej klasie pobudzeń zawierająca min. cechę klasy, udział zespołów Udział zespołów  QRS przypisanych do tej klasy w całkowitej liczbie, Liczba zespołów QRS w tej klasie, numer klasy. | TAK |  |
|  | Możliwość zmierzenia czasu trwania odcinków EKG oraz amplitud interesujących pobudzeń poprzez nałożenie markera pomiarowego bezpośrednio na zapis EKG | TAK |  |
|  | Możliwość inwertowania dowolnego kanału | TAK |  |
|  | Ekran zdarzeń, gdzie operator ma bezpośredni podgląd zapisu EKG wraz z informacjami:  1 Numer zdarzenia  2 Wielkość prezentacji osi czasowej  3 Wielkość prezentacji osi napięcia wzmocnienia  4 Wskazanie, czy aktualne zdarzenie zostało zaznaczone do druku  5 Aktualna średnia częstość akcji serca  6 Oznaczenie aktualnego zdarzenia  7 Długość epizodu VTach lub SVTach | TAK |  |
|  | Okno pokazujące najbliższe otoczenie analizowanego zespołu QRS. | TAK |  |
|  | Maksymalne i minimalne odchylenia ST z możliwością korekty punktów pomiarowych | TAK |  |
|  | Możliwość zmierzenia czasu trwania odcinków EKG oraz amplitud interesujących uderzeń | TAK |  |
|  | Klasyfikacja zdarzeń (m.in. R na T, tachykardia komorowa, tachykardia nadkomorowa, bradykardia, bigeminia, salwa, triplet, para, pauza, arytmia, dodatkowy skurcz nadkomorowy) | TAK |  |
|  | Możliwość oznaczenia wybranych zdarzeń do druku | TAK |  |
|  | Przegląd przebiegu czasowego częstości akcji serca ze wskazaniem wartości minimalnej i maksymalnej | TAK |  |
|  | Możliwość powiększania i pomniejszania wykresu częstości rytmu serc | TAK |  |
|  | Możliwość wstawienia często stosowanych wyrażeń w raporcie jako modułów tekstu | TAK |  |
|  | Przegląd EKG (cały zapis) z kolorystycznym wyróżnieniem zdarzeń komorowych i nadkomorowych | TAK |  |
|  | Możliwość usunięcia zapisów EKG przed dokonaniem analizy (np. artefakty) | TAK |  |
|  | Generowanie raportów | TAK |  |
|  | Drukowanie „Full Disclosure” z możliwością podania przedziału czasowego do wydruku | TAK |  |
|  | Drukowanie z możliwością zaznaczenia/odznaczenia danych:   * Raport * Przegląd analizy * Oznaczone zdarzenia * Dane statystyczne: tabela cogodzinnych zdarzeń, histogram zdarzeń, wykresy częstości rytmu serca i odcinki ST, minimalna/maksymalna częstość rytmu serca, analiza funkcji stymulatora | TAK |  |
|  | Dodawanie i modyfikacja użytkowników programu z nadawaniem indywidualnych uprawnień dostępu | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o dodatkowe funkcje:   * Analiza oddychania (wykrywanie i klasyfikacja nocnych przerw w oddychaniu na podstawie zmian impedancji transtorakalnej, informacja na temat obecności lub stopnia ciężkości zaburzeń oddychania podczas snu) * Alternans załamka T * Późne potencjały * Analiza HRT * Analiza PQ | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Wymagane parametry** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy lub opisać** |
| **SPIROMETR**  Nazwa handlowa:  Producent:  Rok produkcji: | | | |
|  | Spirometr przenośny | TAK |  |
|  | Spirometr wraz z komputerem klasy laptop i oprogramowaniem | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru – różnica ciśnień na siatce | TAK |  |
|  | Zakres przepływu +/- 16L/s | TAK |  |
|  | Opór przepływu <0,09kPa/L/s | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru wentylacji 0-300L/min | TAK |  |
|  | Efektywna przestrzeń martwa <24mL | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przepływu <1mL/s | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 125Hz | TAK |  |
|  | Dokładność przepływu+/-3% lub 20mL/s | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru objętości 0-20L | TAK |  |
|  | Dokładność objętości +/-3% lub 50mL | TAK |  |
|  | Komunikacja za pośrednictwem portu USB 2.0 | TAK |  |
|  | Zgodność z ATS i ERS | TAK |  |
|  | Całkowicie higieniczne i jednorazowe głowice pacjenta | TAK |  |
|  | Brak potrzeby kalibracji – głowice prekalibrowane fabrycznie | TAK |  |
|  | Brak elementów ruchomych | TAK |  |
|  | Brak elektroniki pomiarowej w głowicy | TAK |  |
|  | Czajniki przystosowane do badań dzieci i dorosłych | TAK |  |
|  | Baza danych oparta o MS SQL | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o prowokacje oskrzelowe, wentylacje wymuszaną. Stacje automatycznych pomiarów warunków otoczenia, dyfuzje gazów, kabinę pletyzmograficzną. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Wymagane parametry** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy lub opisać** |
| **SYSTEM HOLTEROWSKI RR - 5 szt.**  Nazwa handlowa:  Producent:  Rok produkcji: | | | |
| **REJESTRATOR** | | | |
|  | Zakres mierzonego ciśnienia minimum: - skurczowe 60 - 260 mmHg  - rozkurczowe 40 – 220 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres mierzonego rytmu serca minimum 35-240/min | TAK |  |
|  | Okres pomiaru minimum 30 godzin lub 200 pomiarów | TAK |  |
|  | Wyposażony w kabel połączeniowy z komputerem PC, możliwość transmisji miedzy komputerem a rejestratorem za pomocą dwóch interfejsów, RS232 oraz USB (dwa interfejsy wbudowane w rejestrator) | TAK |  |
|  | Zasilanie: max. 2 baterie typu AA lub max. 2 akumulatory typu AA | TAK |  |
|  | Możliwość czyszczenia pamięci rejestratora bez używania oprogramowania | TAK |  |
|  | Do wyboru min. 3 protokoły pomiaru z uwzględnieniem fazy doby (dzień, noc) programowane bez używania oprogramowania | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania protokołu pomiaru z podziałem na min. 4 etapy godzinowe z użyciem oprogramowania | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania protokołu bez użycia oprogramowania. Wybór min. 3 protokołów:   * Faza dzienna co 15 minut, faza nocna co30 minut * Faza dzienna co 20 minut, faza nocna co 40 minut * Faza dzienna co 30 minut, faza nocna co 60 minut   Gdzie faza dzienna to godziny 7:00-22:00, a faza nocna 22:00-7:00. | TAK |  |
|  | Wymiary urządzenia max: (wys x szer x gł) 100 x 85 x 30mm | TAK |  |
|  | Waga urządzenia z akumulatorami max. 200g | TAK |  |
|  | Ukryty włącznik/wyłącznik rejestratora pod klapką baterii w celu wyeliminowania przypadkowego wyłączenia podczas rejestracji | TAK |  |
|  | Obsługa maksymalnie dwuprzyciskowa | TAK |  |
|  | Wyświetlacz pokazujący godzinę w trakcie trwania rejestracji, z możliwością podglądu ostatnio wykonanego pomiaru (ciśnienie skurczowe, rozkurczowe, częstość pracy serca) | TAK |  |
|  | Możliwość ręcznego uruchomienia dodatkowego pomiaru przez pacjenta, poza automatycznie zaprogramowaną sekwencją | TAK |  |
|  | Możliwość natychmiastowego wypompowania mankietu w sytuacji awaryjnej | TAK |  |
|  | Wyświetlanie informacji o zaprogramowanym protokole | TAK |  |
|  | Wyświetlanie informacji na wyświetlaczu o istniejącym w pamięci rejestratora pomiarze | TAK |  |
|  | Sygnał dźwiękowy umożliwiający poinformowanie pacjenta o rozpoczęciu pomiaru. | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu:   * mankiet dla dorosłych (dla osób o obwodzie ramienia 24-32cm, 14cm szerokości), * ładowarka do akumulatorów, * 4 akumulatory AA, * etui z pasem, * walizka transportowa * instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **OPROGRAMOWANIE** | | | |
|  | Po podłączeniu rejestratora do komputera możliwość podglądu zaprogramowanego protokołu oraz podglądu czy w rejestratorze znajdują się dane pomiarowe | TAK |  |
|  | Możliwość opracowania indywidualnego protokołu z podziałem na min. 4 fazy (wybierane przez użytkownika) w przeciągu doby | TAK |  |
|  | Możliwość określenia/zmian przedziałów godzinowych:   * Dzienne * Nocne * Przebudzenia | TAK |  |
|  | Osobne statystyki dotyczące godzin dziennych, nocnych i przebudzenia | TAK |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające analizę danych: trendy godzinowe, średnie | TAK |  |
|  | Możliwość ręcznego wykluczenia błędnych pomiarów z analizy | TAK |  |
|  | Możliwość wpisywania komentarzy do poszczególnych pomiarów | TAK |  |
|  | Zestawienia graficzne i tabelaryczne | TAK |  |
|  | Wyraźne oznakowanie pomiarów wykonywanych automatycznie wg zaprogramowanego protokołu oraz pomiarów wykonywanych ręcznie | TAK |  |
|  | Możliwość edycji danych o pacjencie | TAK |  |
|  | Wpisywanie danych o personelu medycznym | TAK |  |
|  | Wpisywanie danych o lekach pobieranych przez pacjenta (min. 5 pozycji) | TAK |  |
|  | Możliwość generowania i edytowania opisu badania | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy bazy danych standardowych opisów diagnostycznych, np. prawidłowy profil ciśnienia, neuropatia cukrzycowa itp. | TAK |  |
|  | Drukowanie raportów z możliwość dołączenia/wykluczenia z raportu następujących danych:   * Prezentacja tabelaryczna * Średnie godzinowe * Podsumowanie statystyk * Fazy | TAK |  |
|  | Raport końcowy zawierający następujące informacje:   * Łączny czas rejestracji * Średnia ciśnienia z 24 godzin * Średnia ciśnienia z godzin dziennych/nocnych * Różnica ciśnień pomiędzy godzinami dziennymi i nocnymi * Ilość ważnych pomiarów * Procentowa ilość pomiarów przekraczających ustalone normy ciśnienia | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów | TAK |  |
|  | Możliwość zobaczenia wyników poprzedniego badania pacjenta | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy oprogramowania o wykonywanie prób wysiłkowych i badań spoczynkowych EKG | TAK |  |

**Gwarancja min. 48 m-cy - .................... m-cy (podać)**

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy0*

**ZP24/2019/II** *Załącznik nr 2 do SIWZ*

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa....................................................................................................................

Siedziba.................................................................................................................

Nr telefonu......................................................................................................

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

NIP......................................................................................................................

nr REGON...............................................................................................................

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

**\*TAK / NIE**

**Dane dotyczące Zamawiającego**

Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

z siedzibą w Bytowie (77-100), ul. Lęborska 13,

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer 0000330649, REGON: 220799636, NIP: 8421733833, kapitał zakładowy: 26 852 700,00 zł.

**Oferta Wykonawcy:**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem przetargowym nr **ZP24/2019/II** to jest **dostawa urządzeń medycznych**

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwa przedmiotu zamówienia* | *Ilość* | *Cena jedn. netto* | *Wartość netto* | *VAT %* | *Wartość brutto* |
| Myjnia endoskopowa | 1 |  |  |  |  |
| *Koszt finansowania płatności ratalnej sprzętu* |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ....................... zł

**wartość brutto** ....................... zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Pakiet nr 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwa przedmiotu zamówienia* | *Ilość* | *Cena jedn. netto* | *Wartość netto* | *VAT %* | *Wartość brutto* |
| Aparat ultasonograficzny | 2 |  |  |  |  |
| *Koszt finansowania płatności ratalnej sprzętu* |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ....................... zł

**wartość brutto** ....................... zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Pakiet nr 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwa przedmiotu zamówienia* | *Ilość* | *Cena jedn. netto* | *Wartość netto* | *VAT %* | *Wartość brutto* |
| System wysiłkowy z bieżnią | 1 |  |  |  |  |
| Holterekg z rejestratorem | 5 |  |  |  |  |
| Spirometr | 1 |  |  |  |  |
| System holterowski RR | 5 |  |  |  |  |
| *Koszt finansowania płatności ratalnej sprzętu* |  |  |  |  |  |
| **Wartość końcowa** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ....................... zł

**wartość brutto** ....................... zł

(słownie: ...............................................................................................................)

* **Oświadczam, że:**

a. w przypadku wyboru mojej oferty w toku prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr ZP24/2019/II zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w siedzibie Zamawiającego, w terminie przez niego wyznaczonym,

**b. akceptuję termin płatności w 60 równych ratach, płatnych pierwszego dnia każdego miesiąca.**

c. zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i załącznikami do niej, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i uznaję się za związanego określonymi w nich wymaganiami i zasadami postępowania,

d. zapoznałem się ze wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SIWZ, akceptuję go i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,

e. niżej wymieniony zakres dostaw zamierzam wykonać z udziałem podwykonawców / całość prac wykonam we własnym zakresie\*,

(Wykonawca wypełnia tabelę - o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa części zamówienia - nazwa podwykonawcy** |
|  |  |

f. wybór oferty prowadzi/nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*:

1) Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: ...............................................................................................................

2) Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku od towarów i usług: .............................................................

g. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*.

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

Wszelkie wady urządzeń należy zgłaszać na nr faks…………… e-mail………………………..

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawach niniejszej oferty oraz wykonania umowy po stronie Wykonawcy

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

(imię i nazwisko; nr telefonu)

**Lista kontaktów zawierająca numery telefonów i adresy e-mail do wszystkich działów oraz przedstawicieli handlowych związanych z realizacją umowy.**

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**

Nazwisko, imię ....................................................................................................

Stanowisko ...........................................................................................................

Telefon...................................................Fax.........................................................

Zakres\*:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

**Lista załączników:**

**…………..**

**……………**

**Zastrzeżenie Wykonawcy**

Oświadczam, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

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

Inne informacje Wykonawcy:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

***Załącznik nr 3a do SIWZ***

**ZP24/2019/II**

**Oświadczenie Wykonawcy**

* + 1. składane na podstawie art. 25a ust. 1 z dnia 29 stycznia 2004r.
    2. Prawo zamówień publicznych ( dalej jako ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

* + 1. Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawa urządzeń medycznychdoSzpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.** oświadczam, co następuje:
    2. **OŚWIADCZENIA DOTYCZACE WYKONAWCY:**

1. Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzania zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

***Załącznik nr 3b do SIWZ***

* + 1. **ZP24/2019/II**

**Oświadczenie Wykonawcy**

* + 1. Składane na podstawie art. 25a ust. 1 z dnia 29 stycznia 2004r.
    2. Prawo zamówień publicznych ( dalej jako ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

* + 1. Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawa urządzeń medycznychdoSzpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJE DOTYCZACE WYKONAWCY:**

Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjna dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzania zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**ZP24/2019/II**

**Oświadczenie**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP**

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

(należy wpisać nazwę Wykonawcy)

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia na **dostawę urządzeń medycznych** oświadczam, że:

**1. Nie należymy do tej samej grupy kapitałowej,** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019r. poz. 369) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu.\*

**2. Należymy do tej samej grupy kapitałowej,** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019r. poz. 369) z innym Wykonawcą:

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

który złożył odrębną ofertę w przedmiotowym postępowaniu.\*

*W tym przypadku wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.\**

\*Niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 6 do SIWZ***

**ZP24/2019/II**

**Oświadczenie**

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

(należy wpisać nazwę Wykonawcy)

Składając ofertę na: **dostawę urządzeń medycznych do Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**

Oświadczam, że oferowane przeze mnie urządzenia medyczne stanowiące przedmiot zamówienia posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu co do każdego oferowanego urządzenia medycznego w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta oraz Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy