**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 pktNajlepszy parametr - 10pkt Pozostałe proporcjonalnie |
|  | Dynamika aparatu (systemu) min. 250 dB | Tak |  | 250 dB – 0 pktNajlepszy 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 90stopnido 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-modez 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 pktNajlepszy 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, 12,5mm/s, 25 mm/s, 50 mm/s i 100 mm/s | TAK |  |
|  | Skalowanie amplitudy sygnału na ekranie kontekstu EKG z możliwością przełączaniapomiędzy 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 zespołówQRS 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 zdarzenia2 Wielkość prezentacji osi czasowej3 Wielkość prezentacji osi napięcia wzmocnienia4 Wskazanie, czy aktualne zdarzenie zostało zaznaczone do druku5 Aktualna średnia częstość akcji serca6 Oznaczenie aktualnego zdarzenia7 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