

Załącznik nr 1

(formularz do wypełnienia)

(po modyfikacji z dnia 24.10.2011 r.)

.....
(pieczęć Wykonawcy / Wykonawców)

OFERTA

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:

.....
.....

Adres*

TEL.*

REGON* :

NIP* :

FAX*, na który zamawiający ma przysyłać korespondencję

* - w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy

Uwaga! Podanie numeru faksu jest obowiązkowe z uwagi na wybrany przez zamawiającego sposób porozumiewania się z Wykonawcami w niniejszym postępowaniu.

POWIAT GOSTYŃSKI
63-800 Gostyń
ul. Wrocławska 256

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w procedurze przetargowej prowadzonej w trybie przetargu nieograniczonego na **„Dostawę wraz z montażem wyposażenia medycznego z przeznaczeniem dla przebudowanego bloku operacyjnego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, realizowana w ramach Projektu pt. „Przebudowa wraz z rozbudową SP ZOZ w Gostyniu”** składamy niniejszą ofertę i oświadczamy, że:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wymaganiami zamawiającego dotyczącymi jego wykonania, wyszczególnionymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę:

brutto (wraz z podatkiem VAT) PLN

słownie:

określoną zgodnie z wypełnionym **„FORMULARZEM CENOWYM”** (załącznik nr 1 a do SIWZ – formularz do wypełnienia) stanowiącym załącznik **nr** do niniejszej oferty (należy wpisać numer załącznika)
Oferowana cena brutto zawiera wszystkie koszty jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty i określona została z uwzględnieniem całego zakresu prac (dostawa, montaż, szkolenie personelu) jakie określone zostały w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

2. Oferujemy dostawę wraz z montażem niżej wyspecyfikowanego, fabrycznie nowego wyposażenia medycznego, zgodnie z poniżej określonymi przez nas parametrami i warunkami wykonania zamówienia:

1) ŁÓŻKO SZPITALNE – wózek do transportu chorych w pozycji leżącej (CPV 33.19.21.20-9) – szt.5

Nazwa producenta:

Nazwa/symbolika oferowanego wyposażenia:

Serwis (nazwa, adres, telefon):

Okres gwarancji:

(należy podać okres gwarancji zgodny z okresem gwarancji jakiego udziela producent oferowanego wyposażenia, nie krótszy jednak niż 12 miesięcy)

Rok produkcji 2011 (fabrycznie nowy)

Lp.	PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA	OFEROWANE PRZEZ WYKONAWCĘ PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WARUNKI WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (*niepotrzebne skreślić, **uzupełnić, określić parametry)
1.	Regulowana wysokość leża 500 mm – 1000 mm +/- 50 mm	wysokość leża regulowana od.....mm do.....mm**
2.	Regulacja wysokości leża siłownikiem hydraulicznym za pomocą pedału dostępnego od strony nóg pacjenta	spełnia / nie spełnia*
3.	Leże min. dwu-częściowe, min. 1 segment ruchomy	spełnia / nie spełnia*
4.	Segment pleców regulowany płynnie, mechanicznie	spełnia / nie spełnia*
5.	Kąt uniesienia oparcia pleców – min. zakres od 0° do 70°	kąt uniesienia od.....° do.....° **
6.	Leże tapicerowane bezszwowe, grubość materaca min. 50 mm	spełnia / nie spełnia* grubość materaca.....mm**
7.	Leże umożliwiające przeprowadzenie reanimacji	spełnia / nie spełnia*
8.	Długość leża 2050 mm +/- 50 mm	długość leżamm**
9.	Długość całkowita wózka 2080 mm +/- 50 mm	długość całkowitamm**
10.	Szerokość leża 650 mm +/- 50 mm	szerokość leżamm**
11.	Szerokość całkowita wózka 780 mm +/- 50 mm	szerokość całkowita ...mm**
12.	Poręcze boczne ze stali nierdzewnej składane wzdłuż leża, zabezpieczające min. 80 % długości leża	spełnia / nie spełnia*
13.	Krażki odbojowe z tworzywa w każdym rogu wózka	spełnia / nie spełnia*
14.	Uchwyt chromowany od strony nóg pacjenta, ułatwiający prowadzenie wózka, z możliwością szybkiego demontażu	spełnia / nie spełnia*



15.	Wieszak na kroplówki chromowano-lakierowany z regulacją wysokości, mocowany w rogu wózka od strony głowy pacjenta	spełnia / nie spełnia*
16.	Kółka jezdne w całości z tworzywa, antystatyczne o średnicy ≥ 150 mm, z centralną blokadą, jedno z kółek z funkcją jazdy kierunkowej	spełnia / nie spełnia*
17.	Nośność wózka min. 150 kg	spełnia / nie spełnia*

2) SSAK PRÓŻNIOWY (CPV 33.16.21.00-4) – 4 szt.

Nazwa producenta:

Nazwa/symbolika oferowanego wyposażenia:

Serwis (nazwa, adres, telefon):

Okres gwarancji:

(należy podać okres gwarancji zgodny z okresem gwarancji jakiego udziela producent oferowanego wyposażenia, nie krótszy jednak niż 12 miesięcy)

Rok produkcji 2011 (fabrycznie nowy)

Lp.	PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA	OFEROWANE PRZEZ WYKONAWCĘ PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WARUNKI WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (*niepotrzebne skreślić, **uzupełnić, określić parametry)
1.	Zasilanie 230V, 50 Hz	spełnia / nie spełnia*
2.	Maks. Podciśnienie min. 80 kPa – max. 85 kPa	spełnia / nie spełnia*
3.	Maks. Przepływ min. 40 l / min	spełnia / nie spełnia*
4.	Waga z wózkiem max. 15 kg	spełnia / nie spełnia*
5.	Wymiary max.: 320 x 1000 x 305mm	wymiary :xxmm**
Wyposażenie:		
6.	Wózek na kółkach	spełnia / nie spełnia*
7.	Dwie butle (2 litry) z poliwęglanu z zastawką zabezpieczającą przed przepełnieniem	spełnia / nie spełnia*
8.	Pedał do sterowania nożnego	spełnia / nie spełnia*
9.	Wskaźnik i regulator podciśnienia	spełnia / nie spełnia*
10.	Dreny silikonowe min. 2 szt.	spełnia / nie spełnia* dreny – ilość szt.**
11.	Filtr bakteryjny	spełnia / nie spełnia*
12.	Łącznik drenów	spełnia / nie spełnia*
13.	Możliwość stosowania wkładów jednorazowych	spełnia / nie spełnia*

3) KARDIOMONITOR (CPV 33.16.21.00-4) – 3 szt.

Nazwa producenta:

Nazwa/symbolika oferowanego wyposażenia:

Serwis (nazwa, adres, telefon):

Okres gwarancji:

(należy podać okres gwarancji zgodny z okresem gwarancji jakiego udziela producent oferowanego wyposażenia, nie krótszy jednak niż 12 miesięcy)

Rok produkcji 2011 (fabrycznie nowy)

Lp.	PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA	OFEROWANE PRZEZ WYKONAWCĘ PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WARUNKI WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (*niepotrzebne skreślić, **uzupełnić, określić parametry)
1.	Monitor kompaktowy o wadze nie większej niż 5 kg	spełnia / nie spełnia*
2.	Przekątna ekranu LCD TFT :min. 12"	przekątna ekranu**
3.	Rozdzielczość ekranu min. 800x600	rozdzielczość ekranu**
4.	Ilość kanałów dynamicznych - min. 4	ilość kanałów dynamicznych:**
5.	Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich parametrów - min. 72 godz.	spełnia / nie spełnia*
6.	Zasilanie monitora 230V/50Hz	spełnia / nie spełnia*
7.	Wewnętrzne zasilanie akumulatorowe na co najmniej 1.5 godziny pracy	spełnia / nie spełnia*
8.	Akumulator wymienialny przez użytkownika bez rozkręcania obudowy monitora	spełnia / nie spełnia*
9.	Instrukcja w języku polskim	spełnia / nie spełnia*
10.	Oprogramowanie w języku polskim - obsługa przy pomocy pokrętle i dedykowanych do podstawowych czynności obsługi przycisków funkcyjnych. Dopuszcza się kardiomonitor obsługiwany przez ekran dotykowy. (zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)	**
11.	Rozbudowane funkcje zapamiętywania i przeglądu danych: min. 400 wyników pomiarów nieinwazyjnego ciśnienia min. 60 zdarzeń alarmowych min. 60 zdarzeń arytmii	spełnia / nie spełnia*
Pomiar EKG/ST/RESP		
12.	Pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 300 B/min	spełnia / nie spełnia*
13.	Ustawianie wzmocnienia sygnału EKG: x0.25, x0.5, x1.0, x2.0, auto	spełnia / nie spełnia*



14.	Pomiar odchylenia odcinka ST w wybranym odprowadzeniu w zakresie co najmniej od -2 do +2 mV	spełnia / nie spełnia*
15.	Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	spełnia / nie spełnia*
16.	Przewód EKG z 3 końcówkami	spełnia / nie spełnia*
17.	Respiracja: Zakres pomiarowy: dorośli 0-120 R/min; noworodki/dzieci 0-150 R/min, rozdzielczość 1 R/min	spełnia / nie spełnia*
18.	Wzmocnienie krzywej respiracji do wyboru 0.25, 0.5, x1.0, x2, x3, x4, x5	spełnia / nie spełnia*
19.	Analiza arytmii: wykrywanie 10 rodzajów zaburzeń	spełnia / nie spełnia*
Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną		
20.	Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego	spełnia / nie spełnia*
21.	Tryb pracy ręczny	spełnia / nie spełnia*
22.	Tryb pracy automatyczny - przedziały czasowe pomiaru co najmniej od 3 do 120 minut	spełnia / nie spełnia*
23.	Mankiety średni dla dorosłych. Przewód łączący mankiet z monitorem + średni dla dzieci	spełnia / nie spełnia*
24.	NIBP: Zakresy pomiarowe: dorośli 10-270mmHg, dzieci 10-200mmHg, noworodki 10-135mmHg, rozdzielczość 1 mmHg	spełnia / nie spełnia*
Pomiar: saturacja i pletyzmografia		
25.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	spełnia / nie spełnia*
26.	Zakres pomiarowy częstości pulsu co najmniej 0-250 P/min lub inny o lepszych parametrach – (zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)	zakres pomiarowy.....**
27.	Zakres pomiarowy saturacji 0-100%	spełnia / nie spełnia*
28.	Dźwięk wykrycia pulsu o zmiennym tonie zależnym od wartości saturacji (Funkcja sygnalizacji dźwiękowej zmian %SpO2)	spełnia / nie spełnia*
29.	Czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec. Przewód łączący czujnik z monitorem.	spełnia / nie spełnia*
Pomiar temperatury		
30.	Wyświetlanie wartości temperatury ciała	spełnia / nie spełnia*
31.	Czujnik temperatury powierzchniowy, wielorazowy	spełnia / nie spełnia*

4) STÓŁ OPERACYJNY (CPV 33.19.22.30-3) – 1 szt.

Nazwa producenta:

Nazwa/symbolika oferowanego wyposażenia:

Serwis (nazwa, adres, telefon).....

Okres gwarancji.....

(należy podać okres gwarancji zgodny z okresem gwarancji jakiego udziela producent oferowanego wyposażenia, nie krótszy jednak niż 12 miesięcy)

Rok produkcji 2011 (fabrycznie nowy)



Lp.	PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA	OFEROWANE PRZEZ WYKONAWCĘ PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WARUNKI WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (*niepotrzebne skreślić, **uzupełnić, określić parametry)
1.	Stół mobilny z blatem minimum sześćosegmentowym z napędem elektrycznym sterowany pilotem ręcznym z funkcją Trendelenburga, anty-Tndelenburga, zmiany wysokości, przechyłów bocznych, regulacji położenia części plecowej oraz ustawienia pozycji „0”. Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem pozycji „0” poprzez konieczność jednoczesnego naciśnięcia dwu przycisków aktywujących.	spełnia / nie spełnia*
2.	Zasilanie stołu sieciowe (230 V, 50Hz) i akumulatorowe	spełnia / nie spełnia*
3.	Stół zasilany z akumulatora bezpiecznym napięciem, możliwość pracy podczas ładowania akumulatora - ładowarka wewnętrzna wbudowana zasilana napięciem 230 V	spełnia / nie spełnia*
4.	Stół podczas normalnej pracy zasilany z akumulatorów wewnętrznych zapewniających min. 45 minut ciągłej pracy	spełnia / nie spełnia*
5.	Czas ponownego naładowania akumulatorów max. do 10 h .Możliwość pracy podczas ładowania akumulatorów	spełnia / nie spełnia*
6.	Mechaniczna regulacja ustawień – (wykreślono zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)	
7.	Dodatkowy panel sterujący umieszczony z boku kolumny stołu z możliwością elektrycznego sterowania następującymi funkcjami: - góra / dół - przechyły boczne - pozycja anty- i Trendelenburga - regulacja segmentu plecowego - ustawienie pozycji „0” Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem pozycji „0” poprzez konieczność jednoczesnego naciśnięcia dwu przycisków aktywujących. Ponadto zabezpieczenie w postaci wyłączników awaryjnych umieszczonych po obu stronach podstawy stołu.	spełnia / nie spełnia*



8.	Błat 6-segmentowy umożliwiający artroskopię barku w pozycji siedzącej (odejmowane segmenty barkowe), z dzieloną sekcją nożną z możliwością jej opuszczania i podnoszenia. Część nożna dołączana za pomocą szybkozłączy z zatraskiem automatycznym. Część centralna z wycięciem ginekologicznym. Sekcja nożna musi posiadać możliwość rozchylenia na boki o min. 90°	spełnia / nie spełnia*
9.	Materace antystatyczne odporne na środki dezynfekcyjne	spełnia / nie spełnia*
10.	Segmenty przenikalne dla promieni RTG, umożliwiające monitorowanie ramieniem C	spełnia / nie spełnia*
11.	Części konstrukcyjne blatu ze stali nierdzewnej	spełnia / nie spełnia*
12.	Elektromechaniczna regulacja wysokości blatu stołu – w dolnym położeniu max. 590 do min. 890 mm w górnym położeniu (+/- 5mm)	spełnia / niespełnia* regulacja wysokości blatu stołu:** - w dolnym położeniumm - w górnym położeniumm
13.	Elektromechaniczna regulacja przechyłu bocznego +/- 25°(+/- 5°)	spełnia / nie spełnia*
14.	Elektromechaniczna regulacja pozycji Trendelenburga 30°(+/- 5°)	spełnia / nie spełnia*
15.	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna regulacja pozycji anty-Trendelenburga 30°(+/- 5°)	spełnia / nie spełnia*
16.	Elektromechaniczna regulacja części plecowej w zakresie od -40° do + 70°(+/- 2°)	spełnia / nie spełnia*
17.	Pneumatyczna regulacja części nożnej w zakresie -95°/+25°(+/- 5°) oraz z możliwością odchylania na boki z blokadą mechaniczną	spełnia / nie spełnia*
18.	Pneumatyczna regulacja segmentu głowy w zakresie -50°/+50° (+/- 5°) Płynna regulacja odchyleń segmentu głowy za pomocą sprężyny gazowej. Segment głowy dołączany za pomocą szybkozłączy z zatraskiem automatycznym	spełnia / nie spełnia*
19.	Stół mobilny wyposażony w centralną blokadę kół z możliwością wyboru położenia – pozycja pełna blokada, pozycja do manewrowania, pozycja do jazdy na wprost	spełnia / nie spełnia*
20.	Wymiary stołu w zestawieniu standartowym: - minimalna długość 2050 (mm) - minimalna szerokość leża 530 (mm) - maksymalna szerokość leża 550 (mm) Dopuszczalne robocze obciążenie stołu min. 220 kg	spełnia / nie spełnia*



21.	Podpórka anestezyjologiczna ręki z możliwością z zaciskiem/uchwytem mocującym - 1 szt.	spełnia / nie spełnia*
22.	Ekran anestezyjologiczny z zaciskiem – 1 szt.	spełnia / nie spełnia*
23.	Przystawka ortopedyczna /segment ortopedyczny wyciągowy dołączany do centralnej części blatu za pomocą szybkozłącz. Wykonana ze stali nierdzewnej. Belki wyciągowe dwuczęściowe łamane w poziomie z co najmniej dwoma przegubami na każdej z nich pozwalającymi na szeroki zakres ich ustawień. Pierwszy przegub pozwalający na ustawienie kąta odchylenia belki wyciągowej względem osi wzdłużnej stołu do min. 90°, na wysokości podłędźwiowej drugi w odległości nie większej niż +/-50 cm od pierwszego pozwalający na ustawienie kąta odchylenia +/- 180°. Dostępne regulacje pozwalające na takie ustawienie ramion wyciągu aby zapewnić podgląd ramieniem C na całej długości kończyny łącznie ze stawem biodrowym. Możliwość odchylenia belki wyciągowej o min. 270° względem osi wzdłużnej stołu i zamocowania do niej wyciągu za rękę. Blokada przegubów za pomocą mechanizmu zębatkowego blokowanego za pomocą docisku mimośrodowego lub gwintowego. Ustawienie odległości mocowania stóp poprzez możliwość przesunięcia uchwytu wzdłuż belki wyciągowej lub możliwość skrócenia i wydłużenia belki oraz regulacja naciągu kończyny za pomocą korby mechanizmem gwintowym. Uchwyty stóp na przegubach kulowych z możliwością obrotu o 360 stopni dołączane za pomocą szybkozłącza z zatraskiem. Możliwość zmiany położenia podpory podłędźwiowej (wysunięcie na boki względem osi wzdłużnej stołu) w celu ułatwienia dostępu przy operacji biodra – 1 kpl	spełnia / nie spełnia*

5) APARAT DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO (CPV 33.16.21.00-4) – 1 szt.

Nazwa producenta:

Nazwa/symbolika oferowanego wyposażenia:

Serwis (nazwa, adres, telefon).....

Okres gwarancji.....

(należy podać okres gwarancji zgodny z okresem gwarancji jakiego udziela producent oferowanego wyposażenia, nie krótszy jednak niż 12 miesięcy)

Rok produkcji 2011 (fabrycznie nowy)



Lp.	PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA	OFEROWANE PRZEZ WYKONAWCĘ PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WARUNKI WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (*niepotrzebne skreślić, **uzupełnić, określić parametry)
I. Parametry ogólne		
1.	Zasilanie AC 230 V 50 Hz	spełnia / nie spełnia*
2.	Wbudowany, wysuwany blat do pisania	spełnia / nie spełnia*
3.	Zintegrowane z aparatem oświetlenie	spełnia / nie spełnia*
4.	Szuflady na drobne akcesoria, min. 2 szuflady	spełnia / nie spełnia*
5.	Mobilny aparat, cztery koła jezdne, blokada min dwóch kół aparatu	spełnia / nie spełnia*
6.	Fabryczny uchwyt 10 l butli rezerwowych zgodnych z PN, tlenowej i podtlenku azotu	spełnia / nie spełnia*
7.	Dodatkowe gniazda elektryczne 230VAC. min. 3 gniazda	spełnia / nie spełnia*
8.	Zasilanie gazowe (N ₂ O, O ₂ , powietrze) z sieci centralnej, wtyki typu AGA	spełnia / nie spełnia*
9.	Awaryjne zasilanie gazowe z butli (N ₂ O, O ₂), butle rezerwowe z reduktorami w komplecie	spełnia / nie spełnia*
10.	Manometry dotyczące ciśnienia z sieci centralnej oraz osobne dla butli rezerwowych	spełnia / nie spełnia*
11.	Zasilanie awaryjne aparatu na min. 60 minut; akumulator doładowywany w czasie pracy; wskaźnik poziomu naładowania na ekranie respiratora	spełnia / nie spełnia*
12.	Szyna na dodatkowe akcesoria z boku aparatu	spełnia / nie spełnia*
13.	Parownik do sevofluran-u	spełnia / nie spełnia*
14.	Uchwyty do min. 2 parowników mocowanych jednocześnie	spełnia / nie spełnia*
15.	Blokada uniemożliwiająca jednoczesną podaż dwóch środków wziewnych jednocześnie	spełnia / nie spełnia*
II. System dystrybucji gazów		
1.	Precyzyjne, elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu, powietrza.	spełnia / nie spełnia*
2.	System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej z podtlenkiem azotu na poziomie min. 23% – <i>(zmieniono zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)</i>	poziom utrzymania stężenia.....% **
3.	Dostosowanie do znieczulania z niskimi przepływami i minimalnymi przepływami	spełnia / nie spełnia*
III. Układ oddechowy		
1.	Układ oddechowy okružny do wentylacji dorosłych i dzieci	spełnia / nie spełnia*
2.	Możliwość podłączenia układów bezzastawkowych	spełnia / nie spełnia*
3.	Obejście tlenowe (bypass tlenowy) o wydajności min. 25 l/min – <i>(zmieniono zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)</i>	wydajnośćl/min **



4.	Dodatkowy, zintegrowany z aparatem niezależny przepływomierz O ₂ do podaży na maskę lub wazy tlenowe	spełnia / nie spełnia*
5.	Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa	spełnia / nie spełnia*
6.	Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej o pojemności min. 1,5 l.	spełnia / nie spełnia*
7.	Wizualizacja zastawek wdechowej i wydechowej w układzie okrężnym. Możliwość demontażu do czyszczenia i sterylizacji.	spełnia / nie spełnia*
8.	Pochłaniacz CO ₂ , możliwość wymiany pochłaniacza w czasie pracy bez rozszczelnienia układu	spełnia / nie spełnia*
9.	Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną poprzez ogólny system odprowadzania gazów z sali operacyjnej	spełnia / nie spełnia*
10.	RESPIRATOR ANESTETYCZNY, zintegrowany, napędzany pneumatycznie, sterowany mikroprocesorowo	spełnia / nie spełnia*
IV. Tryby wentylacji		
1.	Tryb ręczny wentylacji	spełnia / nie spełnia*
2.	Wentylacja kontrolowana objętością VCV	spełnia / nie spełnia*
3.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem PCV	spełnia / nie spełnia*
4.	Możliwość rozbudowy o tryby SIMV i PSV	spełnia / nie spełnia*
V. Regulacje		
1.	Dodatknie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP min. 4 do 30 cmH ₂ O	spełnia / nie spełnia*
2.	Regulacja stosunku wdechu do wydechu: min. 1:4 do 4:1	spełnia / nie spełnia*
3.	Regulacja częstości oddechu: min. 4 do 50 odd./min	spełnia / nie spełnia*
4.	Regulacja ciśnienia wdechowego : min. 6 do 60 mbar	spełnia / nie spełnia*
5.	Regulacja objętości oddechowej: min.: 20 – 1400 ml – (zmieniono zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)	regulacja objętości oddechowej min-.....ml **
VI. Alarmy		
1.	Alarm odłączenia pacjenta	spełnia / nie spełnia*
2.	Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego	spełnia / nie spełnia*
3.	Alarm braku zasilania w energię elektryczną	spełnia / nie spełnia*
4.	Alarm braku zasilania w poszczególne gazy	spełnia / nie spełnia*
5.	Alarm Apnea	spełnia / nie spełnia*
6.	Alarm minimalnego i maksymalnego stężenia tlenu	spełnia / nie spełnia*
7.	Automatyczny zapis z możliwością łatwego odczytu min. 50 ostatnich komunikatów o alarmach i błędach – (wykreślono zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)	
VII. Pomiar i obrazowanie		
1.	Pomiar stężenia tlenu w gazach wdechowych	spełnia / nie spełnia*



2.	Pomiar objętości oddechowej TV	spełnia / nie spełnia*
3.	Pomiar objętości minutowej MV	spełnia / nie spełnia*
4.	Pomiar częstotliwości oddechowej f	spełnia / nie spełnia*
5.	Pomiar ciśnienia szczytowego	spełnia / nie spełnia*
6.	Pomiar ciśnienia Plateau (wartość cyfrowa)	spełnia / nie spełnia*
7.	Pomiar ciśnienia średniego (wartość cyfrowa) – (dopisano zgodnie z odp. na pytania do SIWZ)	spełnia / nie spełnia*
8.	Pomiar ciśnienia PEEP (wartość cyfrowa)	spełnia / nie spełnia*
9.	Krzywa ciśnienia w funkcji czasu wyświetlana na ekranie aparatu przy wentylacji mechanicznej i ręcznej	spełnia / nie spełnia*
10.	Krzywa przepływu na ekranie aparatu	spełnia / nie spełnia*
11.	Kolorowy ekran respiratora, przekątna min. 8", rozdzielczość min. 800x600, wbudowany w korpus aparatu	spełnia / nie spełnia*
12.	Obsługa respiratora za pomocą pokrętki funkcyjnego oraz przycisków lub ekranu dotykowego	spełnia / nie spełnia*
13.	Automatyczna kompensacja dopływu świeżych gazów w trakcie pracy	spełnia / nie spełnia*
14.	Pomiar podatności układu oddechowego wraz z automatyczną kompensacją w czasie pracy	spełnia / nie spełnia*
15.	Pomiar EtCO ₂ i InsCO ₂	spełnia / nie spełnia*
16.	Monitorowane gazy anestetyczne: halotan, izofluran, enfluran, sewofluran, dezfluran	spełnia / nie spełnia*
17.	Wyświetlanie krzywej kapnograficznej	spełnia / nie spełnia*
18.	Obliczanie i wyświetlanie wartości MAC	spełnia / nie spełnia*
19.	Trendy graficzne i tabelaryczne dla TV, MV, Ppeak, FiO ₂ , EtCO ₂ , Plateau, PEEP, f	spełnia / nie spełnia*
20.	Wyświetlana aktualna data i czas	spełnia / nie spełnia*
VIII. Inne		
1.	Jeden ssak injektorowy z regulacją siły ssania, napędzany sprężonymi gazami (tlen lub powietrze) z butlą wielorazowego użytku o pojemności min 1,0 l lub z dwiema butlami o łącznej pojemności nie mniejszej niż 1,0 l – (dopisano zgodnie z odp. na pytania do SIWZ)	Ilość butli..... szt. Łączna pojemnośćl**
2.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	spełnia / nie spełnia*
3.	Aparat i monitor jednego producenta	spełnia / nie spełnia*
4.	Instrukcja Obsługi w języku polskim	spełnia / nie spełnia*
IX. MONITOR PACJENTA MODUŁOWY		
1.	Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet	spełnia / nie spełnia*
2.	Kolorowy, ekran LCD TFT o przekątnej co najmniej 10"	spełnia / nie spełnia* przekątna ekranu**
3.	Ilość kanałów dynamicznych – co najmniej 6	spełnia / nie spełnia*
4.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	spełnia / nie spełnia*
5.	Obsługa przy pomocy pokrętki i przycisków szybkiego wyboru	spełnia / nie spełnia*



6.	Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów : ≥24-godz – <i>(zmieniono zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)</i>	Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów godz. **
7.	Zapamiętywanie odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi : ≥50	spełnia / nie spełnia*
8.	Funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy)	spełnia / nie spełnia*
9.	Zasilanie monitora 230V/50Hz	spełnia / nie spełnia*
10.	Wbudowane zasilanie akumulatorowe pozwalające na co najmniej 60 minut pracy	spełnia / nie spełnia*
X. Pomiar EKG/ST/Resp		
1.	Przewód EKG z 5. końcówkami EKG	spełnia / nie spełnia*
2.	Pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej od 20 do 250 B/min	spełnia / nie spełnia*
3.	Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	spełnia / nie spełnia*
4.	Analiza odchylenia odcinka ST	spełnia / nie spełnia*
5.	Analiza arytmii - ilość wykrywanych kategorii zaburzeń rytmu : min. 10	spełnia / nie spełnia*
XI. Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną		
1.	Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego	spełnia / nie spełnia*
2.	Tryb pracy ręczny	spełnia / nie spełnia*
3.	Tryb pracy automatyczny – odstępy pomiarowe co najmniej od 3 do 120 minut	spełnia / nie spełnia*
4.	3 mankiety dla dorosłych. 3 mankiety pediatryczne. Przewód łączący mankiety z modulem	spełnia / nie spełnia*
XII. Pomiar saturacji i pletyzmografia		
1.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	spełnia / nie spełnia*
2.	Dźwięk sygnalizujący wykrycie pulsu o zmiennej charakterystyce zależnej od wartości saturacji	spełnia / nie spełnia*
3.	Czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec	spełnia / nie spełnia*
XIII. Pomiar temperatury (dwa kanały)		
1.	Wyświetlanie wartości temperatur w dwóch punktach ciała	spełnia / nie spełnia*
2.	Wyświetlanie wartości temperatury różnicowej	spełnia / nie spełnia*
3.	Czujnik temperatury powierzchniowy i centralny.	spełnia / nie spełnia*
XIV. Inne wymagane		
1.	Inwazyjny pomiar ciśnienia	spełnia / nie spełnia*
2.	Monitor zwiótczenia nerwowo - mięśniowego	spełnia / nie spełnia*
3.	Moduł monitorowania stopnia głębokości znieczulenia	spełnia / nie spełnia*



Ad. 6) MAMMOGRAF (CPV 33.11.16.50-2) – 1 szt.

Nazwa producenta:

Nazwa producenta lampy RTG:.....

Nazwa/symbolika oferowanego wyposażenia:

Serwis (nazwa, adres, telefon).....

Okres gwarancji.....

(należy podać okres gwarancji zgodny z okresem gwarancji jakiego udziela producent oferowanego wyposażenia, nie krótszy jednak niż 12 miesięcy)

Rok produkcji 2011 (fabrycznie nowy)

Lp.	PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, OKREŚLONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO W SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA	OFEROWANE PRZEZ WYKONAWCĘ PARAMETRY TECHNICZNE ORAZ WARUNKI WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (*niepotrzebne skreślić, **uzupełnić, określić parametry)
I. Generator wysokiego napięcia		
1.	Moc generatora: $\geq 3,5$ kW	spełnia / nie spełnia*
2.	Prąd zasilania jednofazowego 230 V; ≤ 20 A	spełnia / nie spełnia*
3.	Automatyczna kompensacja zmian napięcia ± 10 %	spełnia / nie spełnia*
4.	Zakres wysokiego napięcia: $\geq 22-38$	spełnia / nie spełnia*
5.	Regulacja wysokiego napięcia co 1 kV	spełnia / nie spełnia*
6.	Maksymalna częstotliwość pracy generatora: ≥ 40 kHz	spełnia / nie spełnia*
7.	Zakres nastaw mAs: $\geq 1-600$ mAs	spełnia / nie spełnia*
8.	Tętnienie wysokiego napięcia : ≤ 1 kV	spełnia / nie spełnia*
9.	Generator, pulpit zintegrowany z konsolą technika i szybą ochronną	spełnia / nie spełnia*
10.	Automatyczne dopasowanie warunków prześwietlenia na podstawie grubości piersi	spełnia / nie spełnia*
11.	Możliwość wyboru czujnika AEC	spełnia / nie spełnia*
12.	Wyświetlacz typu LED na pulpicie operatora	spełnia / nie spełnia*
13.	Automatyka AEC	spełnia / nie spełnia*
14.	Ilość poziomów zaczerpnienia: ≥ 18	spełnia / nie spełnia*
II. Lampa RTG		
1.	Materiał anody – molibden	spełnia / nie spełnia*
2.	Anoda dwukątowa wirująca: ≥ 3000	spełnia / nie spełnia*
3.	Pojemność cieplna anody: ≥ 300 kHU	spełnia / nie spełnia*
4.	Pojemność cieplna kołpaka : ≥ 500 kHU	spełnia / nie spełnia*
5.	Wielkość ognisk małe / duże: 0,1 / 0,3 mm	spełnia / nie spełnia*
6.	Filtry: molibdenowy i rodowy	spełnia / nie spełnia*
7.	Automatyka wyboru filtra w zależności od nastawień KV	spełnia / nie spełnia*
8.	Symulacja świetlna pola napromienia	spełnia / nie spełnia*
9.	Prąd maksymalny dla dużego i małego ogniska: małe - ≥ 30 mA; duże - ≥ 100 mA	spełnia / nie spełnia*
10.	Okienko berylowe	spełnia / nie spełnia*
III. Automatyka		
1.	Automat ekspozycji zdjęciowej AEC	spełnia / nie spełnia*
2.	Liczba detektorów lub liczba pozycji ustawienia detektora AEC ≥ 3 , wybór automatyczny i ręczny lub tylko ręczny – (dopisano zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)	Liczba detektorów..... Liczba poz. ustawień detektorów..... Wybór ustawień **



IV. Wyposażenie pracowni		
1.	Możliwość manualnej i automatycznej kompresji piersi	spełnia / nie spełnia*
2.	Możliwość automatycznego ustawienia ramienia C w min. 4 pozycjach za pomocą naciśnięcia jednego przycisku	spełnia / nie spełnia*
3.	Statyw wolnostojący bez konieczności mocowania do podłoża lub ściany	spełnia / nie spełnia*
4.	Konstrukcja statywu mammograficznego oparta na teleskopowej kolumnie	spełnia / nie spełnia*
5.	Panel sterowania aparatu	spełnia / nie spełnia*
6.	Motorowy ruch pionowy ramienia C	spełnia / nie spełnia*
7.	Motorowy ruch obrotowy ramienia C	spełnia / nie spełnia*
8.	Zakres ruchu pionowego ramienia C od podłogi ≥ 56 cm	spełnia / nie spełnia*
9.	Motorowa kompresja piersi	spełnia / nie spełnia*
10.	Możliwość ręcznej korekty kompresji piersi	spełnia / nie spełnia*
11.	Pomiar i wyświetlanie grubości piersi po kompresji	spełnia / nie spełnia*
12.	Zakres obrotu ramienia : $\geq -135^\circ / +180^\circ -$ <i>(zmieniono zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)</i>	Zakres obrotu ramienia.....^o **
13.	Odległość SID ≥ 65 cm	spełnia / nie spełnia*
14.	Wyświetlane informacje: kąt obrotu ramienia C, siła ucisku, grubość ucisku	spełnia / nie spełnia*
15.	Sterowanie ruchu uciskowego przy pomocy przycisków nożnych	spełnia / nie spełnia*
16.	Komplet płytek uciskowych do dwóch typów Bucky,	spełnia / nie spełnia*
17.	Ścianka ochronna dla operatora - szyba ołowiowa ekwiwalent 0,5mmPb zintegrowana generatorem	spełnia / nie spełnia*
18.	Maksymalna wartość kompresji : ≥ 20 kG	spełnia / nie spełnia*
19.	Zakres ruchu stolika: ≥ 20 cm	spełnia / nie spełnia*
20.	Para sterowników nożnych	spełnia / nie spełnia*
21.	Hamulce elektromagnetyczne ramienia lub bez hamulców elektromagnetycznych ramienia w zamian ze wszystkimi ruchami ramienia i statywu motorowymi (automatycznymi) – <i>(dopisano zgodnie z odpowiedziami na pytania do SIWZ)</i>	**
22.	Wysokość statywu maksymalnie 205 cm	spełnia / nie spełnia*
23.	Waga zestawu statyw + generator z pulpitem maksymalnie 360 kg	spełnia / nie spełnia*
V. Kratka Bucky		
1.	Szybko rozłączane 2 kratki Bucky do kaset o wymiarach: 18 x 24 cm 24 x 30 cm	spełnia / nie spełnia*
2.	Kratki Bucky z drgającym rastrem	spełnia / nie spełnia*
3.	Parametry siatki przeciwrozproszeniowej: ≥ 35 l/cm	spełnia / nie spełnia*



4.	Uciskacze 18x24 i 24x 30	spełnia / nie spełnia*
5.	Ośłona pacjentki	spełnia / nie spełnia*
6.	Stolik do powiększeń z uciskaczem	spełnia / nie spełnia*
7.	Możliwość powiększeń min. 1,5x , 1,8x	spełnia / nie spełnia*

VI. Wyposażenie pracowni

1.	Kamera identyfikacyjna do zapisu danych pacjenta i parametrów ekspozycji w pomieszczeniu widnym, dostosowana do kaset mammograficznych	spełnia / nie spełnia*
2.	Znacznik ekspozycji	spełnia / nie spełnia*
3.	Zestaw kaset do mammografii 18x24- 4 sztuki 24x30 – 4 sztuki	spełnia / nie spełnia*

- Oferowane przez nas wyposażenie posiada aktualne certyfikaty i świadectwa jakości dopuszczające wyrób do użytkowania w obiektach służby zdrowia na terenie RP, które zobowiązujemy się przekazać Zamawiającemu nie później niż w dniu odbioru przedmiotu umowy.
- Zobowiązujemy się, w ramach wykonania przedmiotu zamówienia, do przeszkolenia personelu w zakresie kompleksowej obsługi (w tym oprogramowania), eksploatacji i bieżącej konserwacji przedmiotowego wyposażenia (odrębnie obsługa, odrębnie personel techniczny).
- Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Zapoznaliśmy się z całą dokumentacją przetargową określającą przedmiot zamówienia i nie wnosimy w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Uważamy się za związanych ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj. przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
- Część zamówienia tj. :
powierzmy podwykonawcom. **Uwaga!** W przypadku gdy wykonawca nie przewiduje powierzenia żadnej części zamówienia podwykonawcom, należy wpisać „nie dotyczy”.
- Zapoznaliśmy się z zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzorem umowy (projektem), akceptujemy go i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą i na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
- Na przedmiot zamówienia udzielamy **gwarancji zgodnych z okresami gwarancji udzielanymi przez producentów oferowanego wyposażenia, nie krótszych jednak niż 12 miesięcy.** Terminy gwarancji dotyczące poszczególnego wyposażenia określiliśmy w punkcie 2 niniejszej oferty.

11. Udzielamy **30 dniowego terminu płatności**, licząc od dnia dostarczenia Zamawiającemu faktury **za wykonany i odebrany przedmiot umowy.**

12. Przedmiot umowy wykonamy w terminie **od dnia podpisania umowy do dnia 20.12.2011 r.**

13. Wszystkie dokumenty załączone do niniejszej oferty, jako załączniki stanowią integralną jej część i są zgodne z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

14. W niniejszym postępowaniu o zamówienie publiczne osobami uprawnionymi do reprezentowania wykonawcy i składania oświadczeń woli są:

1)

2)

()

Uwaga dotycząca wypełnienia punktu 14

1) W przypadku łącznej reprezentacji prosimy o podanie osób (imion, nazwisk i pełnionych funkcji) w jednej pozycji tj. w poz. nr 1. W przypadku samodzielnej reprezentacji prosimy w oddzielnej pozycji wymienić każdą osobę uprawnioną do samodzielnej reprezentacji z imienia i nazwiska wraz z podaniem pełnionej przez nią funkcji.

2) Należy pamiętać o załączeniu do oferty oryginałów lub poświadczonych przez notariusza kopii pełnomocnictw osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy, o ile nie wynikają one z innych załączonych do oferty dokumentów.

15. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

(Wykonawca winien wymienić wszystkie dokumenty jakie dołączył do niniejszej oferty)

(1).....

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

()

()

()

()

()

..... dnia r.

.....
Imię, nazwisko oraz podpis Wykonawcy / Wykonawców

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.