

**FORMULARZ OFERTA WYKONAWCY
dla zadania 6**

Tytuł zamówienia: Dostawa aparatury medycznej

Numer nadany sprawie przez zamawiającego: AG.ZP.3320. 77. 19

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawę aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych

1. oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Nazwa	Ilość	Cena jednostkowa netto	Stawka podatku VAT	Cena jednostkowa brutto
1.	Defibrylator Model nr kat. Producent, kraj pochodzenia	6 szt.			
2.	Defibrylator/ monitor transportowy Model nr kat. Producent, kraj pochodzenia	2 szt.			
Łączna cena netto:				Łączna cena brutto:	

Cena musi odzwierciedlać wszystkie elementy składające się na przedmiot zamówienia.

Informacje na temat Wykonawcy:

a) Nazwa Wykonawcy*:

* Wykonawcy wspólnie składający ofertę tj. np. członkowie konsorcjum, wspólnicy spółki cywilnej, wpisują dane każdego konsorcjanta wraz ze wskazaniem lidera konsorcjum i każdego wspólnika spółki cywilnej.

b) Adres do korespondencji:

.....
.....

c) Osoba wyznaczona do kontaktów:

telefon:

faks do kontaktów:

adres e-mail do kontaktów:



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



d) Informuję, że:

a) jest małym lub średnim przedsiębiorstwem

b) nie jest małym lub średnim przedsiębiorstwem

(należy odpowiednio zaznaczyć punkt a) lub b)

Oświadczamy, że:

1. oferowany termin płatności wynosi do 30 dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

2. zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i przyjmujemy ją bez zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

3. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

4. zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

5. zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa a także zobowiązujemy się dostarczyć stosowne dokumenty na każde żądanie zamawiającego w wyznaczonym przez zamawiającego terminie.

6. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ 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).*

Informacje na temat podwykonawców:

Czy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom:
[Tak/ Nie].

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę wskazać:

a. część zamówienia, którą wykonawca zamierza powierzyć danemu podwykonawcy:

.....
.....

b. firmę podwykonawcy:

.....
(data, podpis osoby uprawnionej)

1

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).



Defibrylator – 6 szt.

Lp.	Parametr / warunek	Wartość wymagana	Punktacja	Wartość oferowana
1.	Aparat nowy, 2019 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać		
2.	Dwufazowa fala defibrylacji	TAK		
3.	Zakres wyboru energii min. 5-360 J	TAK podać		
4.	Do wyboru min. 20 poziomów energii defibrylacji zewnętrznej	TAK	20 – 24 – 0 pkt > 24 – 5pkt	
5.	Czas ładowania do energii 200 J max 5 sek.	TAK podać		
6.	Defibrylacja ręczna	TAK		
7.	<i>Defibrylacja półautomatyczna</i>	TAK		
8.	Kolorowy ekran monitora o przekątnej min. 5 cali	TAK podać		
9.	Akustyczny sygnał gotowości	TAK		
10.	Optyczny sygnał gotowości	TAK		
11.	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK		
12.	Monitorowanie EKG z łyżek zewnętrznych, kabla ekg - monitorowanie EKG min. 3 odpr.	TAK		
13.	Zakres pomiaru tętna min. 20-300 uderzeń/min.	TAK podać		
14.	Wzmocnienie sygnału ekg w zakresie min. 0,25-4 cm/mV z min. 5 poziomami	TAK	od 5 do 7 poziomów – 0 pkt ≥ 8 poziomów – 5 pkt	
15.	Stymulacja przeskórna	TAK		
16.	Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym	TAK		
17.	Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp/min.	TAK		
18.	Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. 10-200mA	TAK		
19.	Akcesoria do każdego defibrylatora: - przewód EKG pacjenta 3 – odprowadzeniowy – 1 szt. - elektrody defibrylująco-stymulująco-monitorujące – 2 komplety - kabel do elektrod defibrylująco-stymulująco-	TAK		

	monitorujących – 1 szt. - zewnętrzne standardowe łyżki wielokrotnego użytku przeznaczone dla pacjentów dorosłych i dzieci - łyżki dla dorosłych z wbudowanymi elektrodami dla dzieci – 1 komplet Łyżki do defibrylacji wyposażone w przyciski sterujące min. ładowania oraz defibrylacji.			
20.	Łyżki do defibrylacji wewnętrznej dla 2 szt. defibrylatorów	TAK		
21.	Wydruk zdarzeń Rejestracja ciągła do min. 2 godzin zapisu	TAK podać		
22.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (komunikaty na ekranie i tryb doradczy)	TAK		
23.	Drukarka termiczna	TAK		
24.	Zasilanie: - sieciowe 230V~/50Hz - akumulatorowe Zasilanie defibrylatora bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny	TAK		
25.	Wskaźnik i komunikat o niskim stanie naładowania akumulatora	TAK		
26.	Ciężar aparatu z akumulatorem i łyżkami max 7 kg	TAK podać		
27.	Uchwyt do przenoszenia aparatu zintegrowany z obudową- bez elementów ruchomych	TAK		
28.	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, z wydrukiem potwierdzającym jego wykonanie, zawierającym: datę, nr seryjny aparatu, wynik testu	TAK		
29.	Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych. Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu	TAK podać		

Defibrylatory/monitory transportowe – 2 szt.

Lp.	Parametr / warunek	Wartość wymagana	Punktacja	Wartość oferowana
1.	Aparat nowy, 2019 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać		

2.	Dwufazowa fala defibrylacji	TAK		
3.	Zakres wyboru energii min. 5-360 J	TAK podać		
4.	Do wyboru min. 21 poziomów energii dla defibrylacji zewnętrznej	TAK	od 21 do 24 poziomów – 0 pkt >24 poziomów – 5 pkt	
5.	Defibrylacja ręczna	TAK		
6.	<i>Defibrylacja półautomatyczna</i>	TAK		
7.	Kolorowy ekran LCD TFT o przekątnej min. 8 cali	TAK podać		
8.	Wyświetlanie min. trzech krzywych parametrów	TAK		
9.	Akustyczny sygnał gotowości	TAK		
10.	Optyczny sygnał gotowości	TAK		
11.	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK		
12.	Stymulacja przeskórna	TAK		
13.	Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym	TAK		
14.	Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 50-150 imp/min.	TAK podać		
15.	Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. 10-180 mA	TAK		
16.	Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów: - EKG - saturacja (SpO2)	TAK		
17.	EKG - wykrywanie stymulatora - monitorowanie EKG z łyżek zewnętrznych, kabla ekg - wybór odprowadzenia - monitorowanie 12 kanałów ekg - interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta - pomiar uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu ekg z możliwością wydruku wyników na papierze	TAK podać		
18.	SpO2/Pleth - zakres pomiaru saturacji min. 50-100% - wyświetlanie krzywej dynamicznej oraz wartości cyfrowych	TAK podać		
19.	Akcesoria do każdego defibrylatora/ monitora - Przewód EKG pacjenta 3 – odprowadzeniowy – 1szt.	TAK podać		

	<ul style="list-style-type: none"> - Czujnik saturacji wielokrotnego użytku typu klips na palec dla dorosłych – 1 szt. - elektrody defibrylująco-stymulująco-monitorujące – 2 komplety - kabel do elektrod defibrylująco-stymulująco-monitorujących – 1 szt. - zewnętrzne standardowe łyżki wielokrotnego użytku przeznaczone dla pacjentów dorosłych i dzieci, łyżki dla dorosłych z wbudowanymi elektrodami dla dzieci – 1 komplet Łyżki do defibrylacji wyposażone w przyciski sterujące min. ładowania oraz defibrylacji. 			
20.	Alarmy wszystkich monitorowanych czynności życiowych	TAK		
21.	Metronom RKO do wspomaganie kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani)	TAK		
22.	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, z wydrukiem potwierdzającym jego wykonanie, zawierającym: datę, nr seryjny aparatu, wynik testu	TAK		
23.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK		
24.	Możliwość archiwizacji w pamięci wewnętrznej: stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG, wykonanych czynności i wydarzeń oraz wydruk tych informacji	TAK		
25.	<p>Drukarka</p> <ul style="list-style-type: none"> - szerokość papieru min. 80 mm - ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min.3 - prędkość przesuwu papieru: min.2 (25 i 50 mm/sek.) 	TAK podać	<ul style="list-style-type: none"> - szerokość papieru 80 mm – 0 pkt - szerokość papieru ≥ 90 mm – 5 pkt 	
26.	Możliwość rozbudowy w celu transmitowania wyników badań diagnostycznych ekg i innych pomiarów funkcji życiowych z defibrylatora do stacji odbiorczej systemu Lifenet używanego w Szpitalu	TAK/NIE	TAK- 5 pkt NIE – 0 pkt	
27.	<p>Zasilanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sieciowe 230V~/50Hz - akumulatorowe <p>Zasilanie defibrylatora bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik zewnętrznego zasilania - wskaźnik ładowania akumulatora 	TAK		

28.	Czas pracy z baterii: - (przy monitorowaniu) min. 6 godzin - ilość defibrylacji z energią 200J to min. 100	TAK podać		
29.	Ciężar aparatu z akumulatorem i łyżkami max 10 kg	TAK podać		
30.	Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44	TAK podać		
31.	Uchwyt do przenoszenia aparatu zintegrowany z obudową - bez elementów ruchomych	TAK		
32.	Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych. Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu	TAK podać		

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie producenta przedstawiającym dane techniczne - Product Data. Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie, dokonania przez Wykonawcę prezentacji w siedzibie Zamawiającego oferowanego przedmiotu zamówienia ze wszystkimi wymaganymi parametrami. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

.....
(data, podpis osoby uprawnionej)

Oświadczenie Wykonawcy

1. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).
2. Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam 36 miesięcy pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego (wymagany przez Zamawiającego okres to 36 miesięcy).
3. Warunki gwarancji:
 - czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni roboczych liczony od daty zgłoszenia uszkodzenia, a w przypadku konieczności sprowadzenia części spoza granic Polski nie dłuższy niż 7 dni roboczych.
 - graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji - 7 dni roboczych
 - liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół/urządzenie – 3
 - siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski, upoważnionego do wykonywania działań serwisowych

adres.....
.....
.....
.....

4. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta z częstotnością
Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.
5. Dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty odbioru.
6. Oświadczam, że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta (wersja papierowa i elektroniczna) oraz instrukcję serwisową.
7. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia.
8. Oświadczam, że zostanie przeprowadzone szkolenie serwisowe w siedzibie Zamawiającego dla pracowników Inżynierii Klinicznej potwierdzone wydaniem certyfikatu na wykonywanie napraw, konserwacji i przeglądów oferowanego defibrylatora po okresie obowiązywania gwarancji.

.....
(data, podpis osoby uprawnionej)

