

SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

Znak sprawy: ZP/13/2018

Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście
(tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.: Dostawa i montaż aparatu USG dla spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.) Zamawiający zawiadamia, że w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/13/2018

Wykaz minimalnych parametrów technicznych dla: **Aparat USG**

NAZWA (typ, model):.....

Rok produkcji (min. 2018 r.):.....

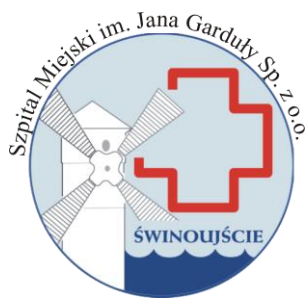
Producent:.....

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy, nieużywany nie demonstracyjny

Lp.	Parametry/ Warunek	Parametr wymagany	Odpowiedź oferenta
1.	Aparat fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji aparatu wymagany	2018	
3.	Waga aparatu max. 110 kg	Podać	
4.	Zasilanie (220-240) V, 50 Hz	TAK	
5.	UPS z kablami	TAK	
6.	Listwa przeciw przepięciowa min. 4 gniazda	Podać	
Konstrukcja			
7.	Konstrukcja i oprogramowanie oferowanej wersji aparatu – wprowadzone do produkcji i eksploatacji w min. 2016	Podać	
8.	Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem.	TAK	
9.	Cztery niezależne, skrętne koła, z blokadą na min 2 koła	Podać	
10.	Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej	TAK	
11.	Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych przełączane z klawiatury aparatu min. 3	Podać	
12.	Monitor kolorowy LED/LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu. Na ruchomym ramieniu zapewniającym swobodę ustawienia monitora przekątna ekranu min. 21 cali, rozd. min.	Podać	

	1920 x 1080 Px		
13.	Konsola aparatu ruchoma w dwóch płaszczyznach: góra-dół, lewo-prawo min. 45° i wysokości min. 18 cm	Podać	
14.	Dotykowy, programowalny panel sterujący LED/LCD wbudowany w konsolę sterowania Przekątna min. 10 cali,	Podać	
15.	Zakres częstotliwości pracy od min. 1 MHz do min 16 MHz.	Podać	
16.	Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) dla CD i obrazu 2 D min. 2000 klatek oraz zapis Dopplera min. 45 sek.	Podać	
17.	Regulacja prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop)	TAK	
18.	Uzyskanie sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie	TAK	
19.	Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode 64 s	Podać	
20.	Regulacja głębokości pola obrazowania min. 30 cm	Podać	
21.	Częstotliwość odświeżania (Frame Rate) dla obrazu 2 D min. 1 400 Hz	Podać	
22.	Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 70	Podać	
Tryb pracy aparatu			
23.	Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min. • B, B + B, 4 B • B + M • B + D • B + C (Color Doppler) • B + PD (Power Doppler) • B + Color + M • 4 B (Color Doppler) lub • 4 B (Power Doppler)	Podać	
24.	Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) 200 obrazów/s	Podać	
25.	Obrazowanie harmoniczne	Podać	
26.	Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) +/- 3,0 m/s	Podać	
27.	Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy	TAK	
28.	Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach	TAK	
29.	Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania)	TAK	
30.	Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) +/- 6,0 m/s	Podać	
31.	Regulacja bramki dopplerowskiej 0,5 mm do max. 15-20 mm	Podać	
32.	Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej +/- 20 stopni	Podać	
33.	Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki)	TAK	
34.	System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach	TAK	
35.	Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD)	TAK	
36.	Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w	TAK	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

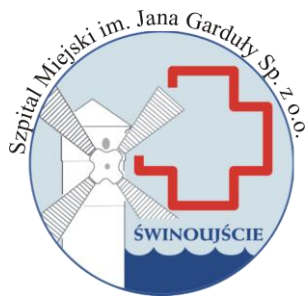
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

	czasie rzeczywistym		
37.	Obrazowanie trapezowe na głowicach liniowych	TAK	
38.	Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku	TAK	
39.	regulacja wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu	TAK	
Archiwizacja obrazów			
40.	Zapis obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze.	TAK	
41.	Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki	TAK	
42.	Oprogramowanie do przesyłania obrazów i danych zgodnie ze standardem DICOM 3	TAK	
Funkcje użytkowe			
43.	Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym x 8	Podać	
44.	Powiększenie obrazu po zamrożeniu x8	Podać	
45.	Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie 8	Podać	
46.	Przełączanie głowic z klawiatury.	TAK	
47.	Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu	TAK	
48.	Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie	TAK	
49.	Pełne oprogramowanie do badań: • Brzuszných • Małych narządów • Naczyniowych • Mięśniowo-szkieletowych • Ortopedycznych	TAK	
Główce ultrasonograficzne			
50.	Głowica Convex , szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ.	Podać	
51.	Zakres częstotliwości pracy w zakresie 2,0 – 6,0 MHz możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej, obrazowanie harmoniczne	Podać	
52.	Kąt skanowania min. 70°	Podać.	
53.	Obrazowanie harmoniczne 3 pasm częstotliwości	Podać	
54.	Głowica Liniowa szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ.	Podać	
55.	Zakres częstotliwości pracy w zakresie 3,0 12,0 MHz możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej, obrazowanie harmoniczne	Podać	
56.	Szerokość pola skanowania min. 35 mm	Podać	
57.	Obrazowanie trapezowe, harmoniczne	TAK	
58.	Przystawka biopsyjna do głowicy liniowej	TAK	
59.	Głowica Liniowa szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ.	Podać	
60.	Zakres częstotliwości pracy w zakresie 5,0 18,0 MHz	Podać	

	(zastosowani przystawki biopsyjnej, obrazowanie harmoniczne)		
61.	Szerokość pola skanowania min. 35 mm	Podać	
62.	Obrazowanie trapezowe, harmoniczne	TAK	
63.	Przystawka biopsyjna do głowicy liniowej	TAK	
Pakiety obliczeniowe/raporty			
64.	Do badań brzusznych, małych narządów, naczyniowych, mięśniowo-szkieletowych, ortopedycznych	TAK	
65.	Automatyczne obrysowanie i wyznaczanie parametrów (min. RI, PI, S/D) widma dopplerowskiego w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum	Podać	
66.	Automatyczne wyznaczanie parametrów (min. RI, PI, S/D) widma dopplerowskiego na zamrożonym spektrum.	Podać	
67.	Wprowadzanie własnych opisów i komentarzy do raportu	TAK	
68.	Programy pomiarów: min. 8 odległości na jednym obrazie, obwód, objętość, kąty	Podać	
System archiwizacji			
69.	Wewnętrzny dysk twardy typu SSD min. HDD 1 TB	Podać	
70.	Archiwizacja sekwencji ruchomych (z pamięci CINE i w czasie badania – w czasie rzeczywistym) i statycznym na dysku aparatu	TAK	
71.	Nagrywarka DVD-R/RW wbudowana w aparat pozwalająca na zapis eksportowanych danych w formatach min. DICOM 3.0, AVI, JPG.	Podać	
72.	Min. 2 aktywne gniazda USB 2.0 do archiwizacji obrazów statycznych oraz ruchomych na przenośnej pamięci USB (Flash, PenDrive)	Podać	
73.	Min. 4 nośniki pamięci USB (PenDrive)	Podać	
74.	Wideoprinter czarno-biały małego formatu zintegrowany z aparatem sterowany z konsoli aparatu	TAK	
75.	Skonfigurowanie z drukarką sieciową Zamawiającego do drukowania raportów z badań w formacie A 4	Podać	
76.	Zintegrowane z aparatem zasilanie bateryjne pozwalające na wprowadzenie systemu w stan uśpienia, a następnie wybudzenie go w czasie max. 30 sek.	podać	
77.	Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps	podać	
Inne			
78.	Gwarancja 24 miesiące w tym 2 nieodpłatne przeglądy gwarancyjne	Podać	
79.	W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni także bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny obejmujący: a. oględziny, diagnostykę i naprawę przedmiotu umowy- serwis wykonywany będzie zgodnie z wymaganiami producenta, niezbędnymi do utrzymania gwarancji producenta, nie rzadziej niż 1 raz w ciągu roku, b. wymianę części zużywalnych wskazanych w dokumentacji serwisowej sprzętu przewidzianych do wymiany w czasie odpowiednich przeglądów, c. udzielania bezpłatnych porad telefonicznych dotyczących obsługi przedmiotu umowy. d. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Zamawiający nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.	Podać	
80.	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	Podać	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

81.	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax: / e-mail:@.....	Załączyć przy dostawie	
82.	Czas reakcji serwisu - przyjazd max 48 h.	Podać	
83.	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem	Podać	
84.	Dokumenty w języku polskim, świadczące o dopuszczenie sprzętu do obrotu i do używania.	Załączyć przy dostawie	
85.	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy i wypełniony,	Załączyć przy dostawie	
86.	Instrukcja obsługi urządzenia w j. polskim w wersji papierowej -2 egz. i elektronicznej na płycie CD/DVD lub PenDrive - 2 egz.	Załączyć przy dostawie	
87.	Karta gwarancyjna w j. polskim,	Załączyć przy dostawie	
88.	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	Załączyć przy dostawie	
89.	Wykaz autoryzowanych punktów w okresie gwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie	
90.	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie	
91.	Wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji sprzętu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie posiada materiałów zużywalnych	Załączyć przy dostawie	
92.	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego (najpóźniej w dniu dostarczenia sprzętu)	Załączyć przy dostawie	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Zmienia się na:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/13/2018

Wykaz minimalnych parametrów technicznych dla:
Aparat USG

NAZWA (typ, model):.....

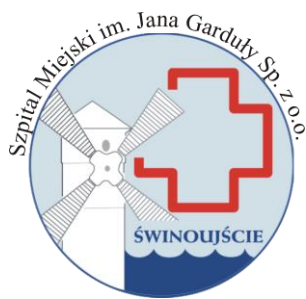
Rok produkcji (min. 2018 r.):.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy, nieużywany nie demonstracyjny

Lp.	Parametr	Parametr wymagany	Odpowiedź oferenta
I	Konstrukcja i konfiguracja	Podać	
1.	Zasilanie 230 VAC, 50 Hz z wbudowanym akumulatorem (pozwalającym na prace w przypadku braku napięcia 6 h)	Podać	
2.	W pełni cyfrowy szerokopasmowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej	Podać	
3.	Aparat zintegrowany z podstawą jezdną na 4 kołach z blokadą każdego z kół oraz elektryczną regulacją wysokości w zakresie 30.0 cm.	Podać	
4.	Waga zestawu max. 40 kg	Podać	
5.	Dynamika systemu 180 dB	Podać	
6.	Dotykowy monitor LED o przekątnej 19" i rozdzielczości 1680 x 1050	Podać	
7.	Start systemu z trybu czuwania w max. 6 sek.	Podać	
8.	Start systemu od momentu pełnego uruchomienia urządzenia max. 25 sek.	Podać	
9.	Czas wyłączenia systemu max. 15 sek.	Podać	
10.	Dwa aktywne porty do głowic wbudowane w aparat	Podać	
II	Obrazowanie i prezentacja obrazu		
11.	B - Mode	Podać	
12.	Obrazowanie harmoniczne	Podać	
13.	M-Mode	Podać	
14.	Color Doppler	Podać	
15.	Kierunkowy Power Doppler	Podać	
16.	Doppler pulsacyjny PW	Podać	
17.	Doppler fali ciągłej CW	Podać	
18.	Regulacja głębokości penetracji w zakresie (1.0 cm do 30.0 cm).	Podać	
19.	Automatyczny dobór wielkości bramki i jej pozycji w trybie PW.	Podać	
20.	Rozszerzenie pola widzenia dla obrazu głębiej położonego dla sondy liniowej oraz konweksowej.	Podać	
21.	Częstotliwość odświeżania obrazu 2D 350 obrazów na sek.	Podać	
22.	Zapamiętanie 240 obrazów (Cine)	Podać	
23.	Przełączanie widoku do trybu pełnoekranowego za pomocą jednego przycisku	Podać	
24.	Tryb Duplex	Podać	
25.	Tryb Triplex	Podać	
26.	Specjalistyczne oprogramowanie do badań anestezjologicznych, brzusznych, naczyniowych, małych narządów, mięśniowo-szkieletowych, kardiologicznych, medycyny ratunkowej	Podać	
III.	Funkcje użytkowe		
27.	Powiększenie obrazu 10 x	Podać	
28.	Praca w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej z głowic w pełni elektronicznych, z 7 kątami emitowania wiązki tworzącymi obraz 2D.	Podać	
29.	Redukcji plamek ultrasonograficznych z jednoczesnym podkreśleniem granic tkanek.	Podać	
30.	Automatyczna optymalizacja obrazu 2D za pomocą jednego przycisku.	Podać	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

31.	Automatyczne ustawienie obszaru zainteresowania ROI na badanym naczyniu.	Podać	
32.	Automatyczna optymalizacja widma dopplerowskiego.	Podać	
33.	Regulacja wzmocnienia TGC 8 segmentów	Podać	
34.	Regulacja wzmocnienia LGC 2 segmenty	Podać	
35.	Pomiary odległości, objętości, pola powierzchni, kąty	Podać	
IV.	Inne		
36.	Oprogramowanie do wizualizacji igły biopsyjnej	Podać	
37.	Wbudowana platforma edukacyjna	Podać	
38.	Wi-Fi	Podać	
39.	Instalacja adaptera łączności sieciowej typu 3 G	Podać	
40.	Wbudowany dysk SSD o pojemności 240 GB	Podać	
41.	Zapis obrazów na zewnętrzne nośniki poprzez złącze USB - 2 porty USB.	Podać	
42.	Złącze Ethernet	Podać	
43.	Złącze HDMI	Podać	
44.	DICOM	Podać	
V.	Główce ultradźwiękowe		
45.	Szerokopasmowa elektroniczna głowica liniowa do badań naczyniowych, małych narządów, mięśniowo-szkieletowych, nerwów, pediatrycznych	Podać	
46.	Zakres częstotliwości głowicy 4.0 -14.0 MHz	Podać	
47.	Ilość kryształów piezoelektrycznych 192	Podać	
48.	Praca z przystawką do biopsji	Podać	
49.	Głębokość skanowania w zakresie 1.0 – 12.0 cm	Podać	
50.	Szerokość pola FOV 38 mm	Podać	
51.	Głowica wyposażona w przyciski pozwalające na sterowanie funkcjami ultrasonografu	Podać	
52.	Szerokopasmowa elektroniczna głowica Convex do badań brzusznych	Podać	
53.	Zakres częstotliwości głowicy minimum 1.0 - 6.0 MHz	Podać	
54.	Ilość kryształów piezoelektrycznych 160	Podać	
55.	Kąt pola skanowania 54°	Podać	
56.	Szerokość 50 mm	Podać	
57.	Głębokość skanowania w zakresie 3.0 – 30.0 cm	Podać	
58.	Głowica wyposażona w przyciski pozwalające na sterowanie funkcjami ultrasonografu	Podać	
59.	Szerokopasmowa elektroniczna głowica kardiologiczna do badań echa dorosłych	Podać	
60.	Zakres częstotliwości głowicy 2.0 -4.0 MHz	Podać	
61.	Ilość kryształów piezoelektrycznych 64	Podać	
62.	Głębokość skanowania w zakresie 3.0 – 30.0 cm	Podać	
63.	System archiwizacji	Podać	
Inne			
1.	Gwarancja 24 miesiące w tym 2 nieodpłatne przeglądy gwarancyjne	Podać	
2.	W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni także bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny obejmujący: a. oględziny, diagnostykę i naprawę przedmiotu umowy-serwis wykonywany będzie zgodnie z wymaganiami producenta, niezbędnymi do utrzymania gwarancji producenta, nie rzadziej niż 1 raz w ciągu roku, b. wymianę części zużywalnych wskazanych w dokumentacji serwisowej sprzętu przewidzianych do wymiany w czasie odpowiednich przeglądów, c. udzielania bezpłatnych porad telefonicznych dotyczących obsługi	Podać	

	przedmiotu umowy. d. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Zamawiający nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.		
3.	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	Podać	
4.	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax:/ e-mail:@.....	Załączyć przy dostawie	
5.	Czas reakcji serwisu - przyjazd max 48 h.	Podać	
6.	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem	Podać	
7.	Dokumenty w języku polskim, świadczące o dopuszczeniu sprzętu do obrotu i do używania.	Załączyć przy dostawie	
8.	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy i wypełniony,	Załączyć przy dostawie	
9.	Instrukcja obsługi urządzenia w j. polskim w wersji papierowej -2 egz. i elektronicznej na płycie CD/DVD lub PenDrive - 2 egz.	Załączyć przy dostawie	
10.	Karta gwarancyjna w j. polskim,	Załączyć przy dostawie	
11.	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	Załączyć przy dostawie	
12.	Wykaz autoryzowanych punktów w okresie gwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie	
13.	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie	
14.	Wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji sprzętu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie posiada materiałów zużywalnych	Załączyć przy dostawie	
15.	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego (najpóźniej w dniu dostarczenia sprzętu)	Załączyć przy dostawie	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska