

Znak sprawy: ZP/10/2018

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 sprzętu medycznego dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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:

**VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA
SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1. (...)

6. **Wykaz pozostałych dokumentów i dodatkowe informacje.**

Oprócz dokumentów wskazanych w pkt 2) – 4), Wykonawca zobowiązany jest także do złożenia:

- 1) W przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia przez Wykonawców występujących wspólnie - Wykonawcy zobowiązani są załączyć pełnomocnictwo do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia, w formie oryginału lub kopii poświadczonych notarialnie;
- 2) Pełnomocnictwo do podpisywania oferty i składania ewentualnych wyjaśnień, jeżeli osobą podpisującą nie jest osoba upoważniona na podstawie dokumentów rejestrowych – w oryginale lub poświadczonych notarialnie kopii;
- 3) Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 do SIWZ - szczegółowe wymagania dotyczące przedmiot Zamówienia;
- 4) Wypełniony i podpisany formularz ofertowy (stanowiący załącznik nr 4 do SIWZ).

7. (...)

Zmienia się na:

**VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA
SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1. (...)

6. **Wykaz pozostałych dokumentów i dodatkowe informacje.**

Oprócz dokumentów wskazanych w pkt 2) – 4), Wykonawca zobowiązany jest także do złożenia:

- 1) W przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia przez Wykonawców występujących wspólnie - Wykonawcy zobowiązani są załączyć pełnomocnictwo do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia, w formie oryginału lub kopii poświadczonych notarialnie;
- 2) Pełnomocnictwo do podpisywania oferty i składania ewentualnych wyjaśnień, jeżeli osobą podpisującą nie jest osoba upoważniona na podstawie dokumentów rejestrowych – w oryginale lub poświadczonych notarialnie kopii;
- 3) Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 do SIWZ - szczegółowe wymagania dotyczące przedmiot Zamówienia;
- 4) Wypełniony i podpisany formularz ofertowy (stanowiący załącznik nr 4 do SIWZ);
- 5) W przypadku składania oferty na sprzęt podemonstacyjny złożenie oświadczeń iż dla:
 - a zadania nr 1 – sprzęt przepracowała max. 3 000 h,
 - b zadania nr 2 – sprzęt przepracowała max. 2 000 h,

7. (...)

Było:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/10/2018

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu dla:

Zadania nr 1:**Respirator**

NAZWA (typ, model):

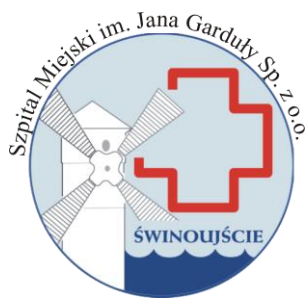
Rok produkcji (min. 2017 r.):.....

Producent:

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy lub demonstracyjny

Lp.	Opis parametru	podać /uzupełnić dane
Parametry ogólne		
1	Respirator przeznaczony dla pacjentów dorosłych i dzieci o masie powyżej 4 kg	
2	Kolorowy minimum 15 calowy dotykowy ekran respiratora (pojedyncza matryca). Sposób obsługi typu touch and swipe (dotknij i przeciągnij stronę)	
3	Zainstalowanie ekranu respiratora niezależnie od modułu pneumatycznego.	
4	Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu 3,0 bar - 6,0 bar	
5	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu 3,0 bar - 6,0 bar.	
6	Prowadzenie wentylacji awaryjnie przy zasilaniu jednym gazem: powietrzem lub tlenem. Automatyczne przełączenie respiratora na dostępny gaz. Respirator musi podtrzymać pracę w przypadku awarii jednego z zasilających gazów. Komunikat o braku zasilania tlenem lub powietrzem dźwiękowy i na monitorze	
7	Zasilanie sieciowe 230 V, 50-60 Hz (zasilanie sieciowe w Polsce).	
Tryby wentylacji		
8	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist-IPPV.	
9	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV.	
10	Wentylacja SPONTANICZNA. Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu	
11	Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe, Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP.	
12	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP i APRV	
13	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP z gwarantowaną objętością, podać	
14	Wentylacja nieinwazyjna NIV - dostosowany do pracy z układami do nieinwazyjnej wentylacji, które charakteryzują się zmiennym przeciekiem.	
15	Wdech manualny -wyposażony w przycisk umożliwiający na żądanie wykonanie mechanicznego wdechu	
16	Wentylacja zabezpieczająca przy bezdechu - automatycznie uruchamianą wentylację zastępczą w przypadku braku aktywności pacjenta w trybie wentylacji spontanicznej z regulacją stężenia tlenu oraz możliwością trybu wentylacji rezerwowej spośród m.in. VCV-podać	
17	Oddech kontrolowany objętością VCV - wymuszony oddech kontrolowany objętością.	
18	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV - wymuszony oddech kontrolowany ciśnieniem.	



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

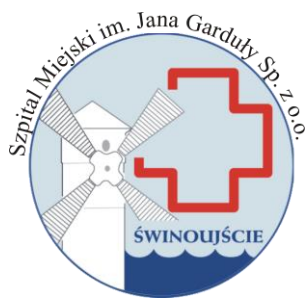
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

19	Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ - w oddechy wymuszone o podwójnej kontroli – ciśnieniowo kontrolowane z docelową objętością, zmiana zgodnie z algorytmem ciśnienie wdechowe w celu zapewnienia docelowej objętości oddechowej.	
20	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB wspomagane ciśnieniem.	
21	Oddech spontaniczny wspomagany objętością VS - zmieniać automatycznie poziom ciśnienia wdechowego, tak aby zapewnić najniższe z możliwych ciśnień, by osiągnąć założoną objętość oddechową.	
Parametry Regulowane		
22	Częstość oddechów - zakres regulacji częstości oddechów umożliwiający wentylację pacjentów, minimalny zakres: 5-95/min	
23	Objętość pojedynczego oddechu - zakres regulacji objętości oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów, minimalny zakres: 20-1800ml	
24	Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo-kontrolowanych. Zakres minimalny zakres: 6-120 l/min.	
25	Sterowanie cyklem oddechowym za pomocą regulowanego stosunku wdechu do wydechu I: E lub T wdechu	
26	Ciśnienie wdechowe PCV - zakres regulacji ciśnienia wdechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS, minimalny zakres: 5-80cmH ₂ O	
27	Ciśnienie wspomagania PSV/ASB - zakres regulacji ciśnienia wspomagania umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. minimalny zakres: 0-60cmH ₂ O	
28	Ciśnienie PEEP/CPAP - zakres regulacji ciśnienia końcowo- wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych, wymagających wysokich ciśnień PEEP/CPAP np. z ARDS, minimalny zakres: do 45 cmH ₂ O	
29	Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV - zakres regulacji poziomu wysokiego ciśnienia umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych z patologią płucną wymagających wysokich ciśnień, minimalny zakres: 5-50 cmH ₂ O	
30	Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV - zakres regulacji dolnego poziomu ciśnienia końcowo wydechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień, minimalny zakres: do 30 cmH ₂ O	
31	Wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV w BIPAP, BILEVEL	
32	Regulacja czas plateau	
33	Czas wdechu regulowany w zakresie 0,25 - 8 ,0 sekund.	
34	Czas wysokiego poziomu ciśnienia - stosowanie długich czasów górnego wysokiego poziomu ciśnienia (w trybie z uwolnieniem ciśnienia APRV). Metody nastawy: bezpośrednie poprzez regulację czasu lub pośrednie, uzyskanie czasu górnej fazy ciśnienia w zakresie 0,5 sekundy do minimum 15 sekund	

35	Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum 10– 70%	
36	Regulowany przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta - wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta, zakres czułości triggera przepływowego to od 1,0 l/min do 9,0 l/min.	
37	Regulowany ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum -1,0 do– 10,0 cm H ₂ O.	
38	Przepływ bazowy	
39	Integralny pomiar stężenia tlenu - czujnik pomiarowy stężenia wdechowego tlenu i wyświetlać wartość O ₂ % w formie cyfrowej. Pomiar realizowany za pomocą niezużywalnego elektronicznego czujnika (nie galwanicznego)	
40	Całkowita częstość oddychania - pomiar rzeczywistej całkowitej częstości oddechów i wyświetlać, zmierzoną wartość w formie cyfrowej	
41	Objętość pojedynczego oddechu - sensory pomiaru objętości i wyświetlać, zmierzona objętość wydechową pojedynczego oddechu w formie cyfrowej	
42	Całkowita objętość wentylacji minutowej - sensory pomiaru objętości i wyświetlać, obliczoną minutową objętość wydechową w formie cyfrowej	
43	Objętość spontanicznej wentylacji minutowej - sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną spontaniczną minutową objętość wydechową w formie cyfrowej	
44	Ciśnienie szczytowe - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzoną wartość ciśnienia szczytowego w formie cyfrowej	
45	Średnie ciśnienie w układzie oddechowym - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzoną wartość ciśnienia średniego w formie cyfrowej	
46	Ciśnienie plateau - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia Plateau w formie cyfrowej	
47	Ciśnienie PEEP/CPAP - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzoną wartość ciśnienia końcowo-wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w formie cyfrowej	
48	Ciśnienie AutoPEEP - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzoną podczas manewru zatrzymania przy wydechu wartość ciśnienia AutoPEEP w formie cyfrowej	
49	Pomiar objętości pęłapki powietrznej przy AutoPEEP	
50	Ciśnienie na poziomie tchawicy	
51	Podatność statyczna płuc pacjenta - wykonania manewru pomiarowego określającego statyczną podatność płuc i wyświetlić wartość jej w formie cyfrowej lub mierzyć podatność dynamiczną	
52	Opory płuc pacjenta - pomiar oporów płuc i wyświetlić wartość oporów w formie cyfrowej	
53	Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) - obliczenie indeksu szybkiego płytkiego oddechu/dyszenia i wyświetlenia jego wartości w postaci cyfrowej	
54	Pomiar NIF negatywnej siły wdechowej	
55	Pomiar P0,1 ciśnienia okluzji po 100ms.	
56	Automatyczna detekcja pacjenta	



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

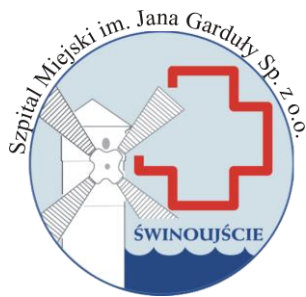
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

57	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie - pneumatyczno-elektroniczny mieszalnik gazów kontrolowany mikroprocesorowo, pozwalający na zmianę wdechowego stężenia tlenu w zakresie 21% - 100%, stężenie tlenu regulowane także w trybie wentylacji rezerwowej.	
58	Manualne przedłużenie fazy wdechowej - wykonanie manewru pauzy wdechowej (ustalenie ciśnienia plateau i wykonanie pomiarów mechaniki oddechowej)	
59	Manualne przedłużenie fazy wydechowej - wykonanie manewru pauzy wydechowej (ustalenie ciśnienia końcowo-wydechowego i wykonanie pomiarów wewnętrznego PEEP)	
60	Automatyczna kompensacja przecieków, w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji.	
Prezentacja graficzna		
61	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia co najmniej 4 krzywych jednocześnie na ekranie.	
62	Zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie, w celu ich analizy.	
63	Graficzna prezentacja jednej z pętli : ciśnienie-objętość, przepływ -objętość.	
64	Prezentacja na ekranie trendów graficznych i tabelarycznych min. 72-godzinnych.	
Alarmy		
65	Hierarchia alarmów w zależności od ważności - rozróżniający ważność przyczyny alarmu i sygnalizujący sytuacje alarmowe w sposób stosowny do zagrożenia dla pacjenta ustawiana przez operatora w zależności od potrzeb	
66	Alarm zaniku zasilania sieciowego - dźwiękowy i wizualny.	
67	Alarm zaniku zasilania baterijnego - dźwiękowy i wizualny.	
68	Alarm niskiego ciśnienia tlenu (o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania tlenem) dźwiękowy i wizualny.	
69	Alarm niskiego ciśnienia powietrza - (o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania powietrzem) dźwiękowy i wizualny.	
70	Alarm za niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym - dźwiękowy i wizualny.	
71	Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej - dźwiękowy i wizualny.	
72	Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej - dźwiękowy i wizualny	
73	Alarm wysokiego ciśnienia w układzie oddechowym - dźwiękowy i wizualny (musi ograniczać ciśnienie i uwolnić je poprzez otworenie zastawki wydechowej lub zaworu bezpieczeństwa).	
74	Alarm niskiego ciśnienia wdechowego i rozłączenia układu oddechowego - dźwiękowy i wizualny.	
75	Alarm wysokiej częstości oddechów - dźwiękowy i wizualny.	
76	Alarm wysokiej objętości oddechowej - dźwiękowy i wizualny.	
77	Alarm niskiej objętości oddechowej - dźwiękowy lub wizualny.	

78	Alarm niskiej częstości oddechów i bezdechu - dźwiękowy i wizualny	
79	Pamięć alarmów i zdarzeń technicznych z komentarzem – min. 14 dniowy.	
Inne wymagania		
80	Aparat musi posiadać zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji	
81	Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej - typu ATC, TC, TRC, tryb eliminujący wpływ rurki dotchawiczej na pracę oddechową pacjenta.	
82	Tryb automatycznego odzwyczajania pacjenta od wentylacji mechanicznej z automatyczną regulacją poziomu wspomagania ciśnieniowego na podstawie analizy EtCO ₂ , częstości i objętości oddechów lub tryb automatycznej spontanicznej próby oddechowej posiadający regulację czasu trwania próby oraz posiadać regulację poziomu alarmów, których przekroczenie spowoduje automatyczny powrót do trybu i ustawień wentylacji sprzed rozpoczęcia próby.	
83	Pomiar czynnościowej pojemności zalegającej, Wyświetlanie pomiaru na ekranie respiratora oraz nastawy pomiaru z menu respiratora lub pomiar czynnościowej pojemności zalegającej za pomocą urządzenia zewnętrznego.	
84	Pomiar krzywej dynostatycznej szacującej ciśnienie pęcherzyków - automatyczny manewr kreślenia dużej pętli ciśnienie/objętość w fazie wdechu i wydechu przy niskim przepływie gazów do płuc pacjenta z doбором przepływu i analizy za pomocą kursorów oraz graficzną prezentacją obrazu płuc pacjenta z kalibracją zapamiętania obrazu odniesienia.	
85	Pomiary i obrazowanie zmierzonych parametrów: VCO ₂ - wytwarzania dwutlenku węgla, VO ₂ - zużycia tlenu, RQ- wskaźnika oddechowego, EE- wydatku energetycznego u chorego we wstrząsie wielonarządowym. Pomiary za pomocą modułu z obrazowaniem wyników na ekranie respiratora. Nastawy pomiarów, zarządzanie danymi poprzez menu respiratora. Pomiar z użyciem paramagnetycznego czujnika tlenu zapewniającego dokładne pomiary lub urządzenie zewnętrzne mierzące i obrazujące powyższe parametry, przeznaczone do pracy na oddziałach intensywnej terapii medycznej realizujące pomiary z wykorzystaniem paramagnetycznego czujnika tlenu	
86	Obliczenia wentylacyjne; Vd/Vt, Vds- wentylacja przestrzeni martwej	
87	Obliczanie i prezentowanie VCO ₂ lub VTCO ₂	
88	Manewr :automatycznego pomiaru objętości FRC przy zmieniającym się poziomie ciśnienia PEEP lub automatyczny manewr rekrutacji pęcherzyków płucnych poprzez płynne, bezpośrednie i jednocześnie zwiększanie ciśnienia szczytowego i PEEP	
89	Wstępne ustawienia parametrów wentylacji na podstawie wagi pacjenta IBW, płci lub wzrostu pacjenta	
90	Funkcja autotestu sprawdzającego poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika.	
91	Nebulizator do wziewnego podawania leków	



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

92	Nebulizator elektronicznie sterowany mikropompą, nie wymagający zewnętrznego przepływu gazów napędowych	
93	10 kompletnych układów oddechowych jednorazowych	
94	Podstawa jezdna, co najmniej dwoma kołami z blokadą.	
95	Obsługa sprzętu w języku polskim: menu przycisków, komunikaty ekranowe.	
96	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej po 2 egz	Załączyć przy dostawie
97	Układ składający się z zastawki wydechowej i czujnika przepływu	
98	Gwarancja min. 36 miesięcy w tym 6 nieodpłatnych przeglądów gwarancyjnych co półmroku potwierdzony wpisami do paszportu technicznego 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 2 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. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Szpital nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.	
99	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	
100	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax:/ e-mail:@.....	
101	Czas reakcji serwisu przyjazd max 2 dni kalendarzowe.	
102	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem.	
103	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy,	
104	Karta gwarancyjna w j. polskim,	
105	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	
106	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym oraz wykaz firm na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
107	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
108	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Zmienia się na:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/10/2018

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu dla:

Zadania nr 1:

Respirator

NAZWA (typ, model):

Rok produkcji (min. 2017 r. i przepracowane max. 3 000 h):.....

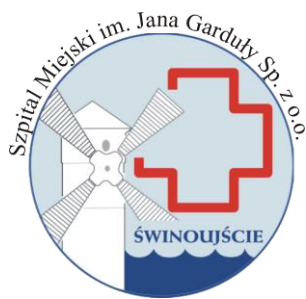
Producent:

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy lub demonstracyjny*

*właściwe zaznaczyć

Lp.	Opis parametru	podać /uzupełnić dane
Parametry ogólne		
1	Respirator przeznaczony dla pacjentów dorosłych i dzieci o masie powyżej 4 kg	
2	Kolorowy minimum 15 calowy dotykowy ekran respiratora (pojedyncza matryca). Sposób obsługi typu touch and swipe (dotknij i przeciągnij stronę)	
3	Zainstalowanie ekranu respiratora niezależnie od modułu pneumatycznego.	
4	Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu 1,0 bar - 6,0 bar	
5	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu 1,0 bar - 6,0 bar.	
6	Prowadzenie wentylacji awaryjnie przy zasilaniu jednym gazem: powietrzem lub tlenem. Automatyczne przełączenie respiratora na dostępny gaz. Respirator musi podtrzymać pracę w przypadku awarii jednego z zasilających gazów. Komunikat o braku zasilania tlenem lub powietrzem dźwiękowy i na monitorze – przez 180 min.	
7	Zasilanie sieciowe 230 V, 50-60 Hz (zasilanie sieciowego w Polsce).	
Tryby wentylacji		
8	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist-IPPV.	
9	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV.	
10	Wentylacja SPONTANICZNA. Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu	
11	Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe, Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP.	
12	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP i APRV	
13	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP z gwarantowaną objętością, podać	
14	Wentylacja nieinwazyjna NIV - dostosowany do pracy z układami do nieinwazyjnej wentylacji, które charakteryzują się zmiennym przeciekiem.	
15	Wdech manualny -wyposażony w przycisk umożliwiający na żądanie wykonanie mechanicznego wdechu	
16	Wentylacja zabezpieczająca przy bezdechu - automatycznie uruchamianą wentylację zastępczą w przypadku braku aktywności pacjenta w trybie wentylacji spontanicznej z regulacją stężenia tlenu oraz możliwością trybu wentylacji rezerwowej spośród m.in. VCV-podać	
17	Oddech kontrolowany objętością VCV - wymuszony oddech kontrolowany objętością.	



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

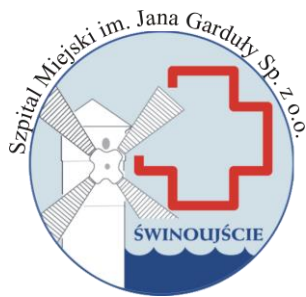
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

18	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV - wymuszony oddech kontrolowany ciśnieniem.	
19	Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ - w oddechy wymuszone o podwójnej kontroli – ciśnieniowo kontrolowane z docelową objętością, zmiana zgodnie z algorytmem ciśnienie wdechowe w celu zapewnienia docelowej objętości oddechowej.	
20	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB wspomagane ciśnieniem.	
21	Oddech spontaniczny wspomagany objętością VS - zmieniać automatycznie poziom ciśnienia wdechowego, tak aby zapewnić najniższe z możliwych ciśnień, by osiągnąć założoną objętość oddechową.	
Parametry Regulowane		
22	Częstość oddechów - zakres regulacji częstości oddechów umożliwiający wentylację pacjentów, minimalny zakres: 5-95/min	
23	Objętość pojedynczego oddechu - zakres regulacji objętości oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów, minimalny zakres: 20-1800ml	
24	Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo-kontrolowanych. Zakres minimalny zakres: 6-120 l/min.	
25	Sterowanie cyklem oddechowym za pomocą regulowanego stosunku wdechu do wydechu I: E lub T wdechu	
26	Ciśnienie wdechowe PCV - zakres regulacji ciśnienia wdechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS, minimalny zakres: 5-80cmH ₂ O	
27	Ciśnienie wspomagania PSV/ASB - zakres regulacji ciśnienia wspomagania umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. minimalny zakres: 0-60cmH ₂ O	
28	Ciśnienie PEEP/CPAP - zakres regulacji ciśnienia końcowo- wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych, wymagających wysokich ciśnień PEEP/CPAP np. z ARDS, minimalny zakres: do 45 cmH ₂ O	
29	Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV - zakres regulacji poziomu wysokiego ciśnienia umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych z patologią płucną wymagających wysokich ciśnień, minimalny zakres: 5-50 cmH ₂ O	
30	Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV - zakres regulacji dolnego poziomu ciśnienia końcowo wydechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień, minimalny zakres: do 30 cmH ₂ O	
31	Wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV w BIPAP, BILEVEL	
32	Regulacja czas plateau	
33	Czas wdechu regulowany w zakresie 0,1 - 10,0 sekund.	
34	Czas wysokiego poziomu ciśnienia - stosowanie długich czasów górnego wysokiego poziomu ciśnienia (w trybie z uwolnieniem ciśnienia APRV). Metody nastawy: bezpośrednie poprzez regulację czasu lub pośrednie, uzyskanie czasu górnej fazy ciśnienia w zakresie 0,5 sekundy do minimum 15 sekund	
35	Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie 0– 70%	
36	Regulowany przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta - wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta, zakres czułości triggera przepływowego to od 1,0 l/min do 9,0 l/min.	

37	Regulowany ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie 2,0 – 100,0 cm H ₂ O.	
38	Przepływ bazowy	
39	Integralny pomiar stężenia tlenu - czujnik pomiarowy stężenia wdechowego tlenu i wyświetlać wartość O ₂ % w formie cyfrowej. Pomiar realizowany za pomocą niezusuwalnego elektronicznego czujnika (nie galwanicznego)	
40	Całkowita częstość oddychania - pomiar rzeczywistej całkowitej częstości oddechów i wyświetlać, zmierzona wartość w formie cyfrowej	
41	Objętość pojedynczego oddechu - sensory pomiaru objętości i wyświetlać, zmierzona objętość wydechową pojedynczego oddechu w formie cyfrowej	
42	Całkowita objętość wentylacji minutowej - sensory pomiaru objętości i wyświetlać, obliczoną minutową objętość wydechową w formie cyfrowej	
43	Objętość spontanicznej wentylacji minutowej - sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną spontaniczną minutową objętość wydechową w formie cyfrowej	
44	Ciśnienie szczytowe - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia szczytowego w formie cyfrowej	
45	Średnie ciśnienie w układzie oddechowym - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia średniego w formie cyfrowej	
46	Ciśnienie plateau - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia Plateau w formie cyfrowej	
47	Ciśnienie PEEP/CPAP - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia końcowo-wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w formie cyfrowej	
48	Ciśnienie AutoPEEP - sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona podczas manewru zatrzymania przy wydechu wartość ciśnienia AutoPEEP w formie cyfrowej	
49	Pomiar objętości pułpki powietrznej przy AutoPEEP	
50	Ciśnienie na poziomie tchawicy	
51	Podatność statyczna płuc pacjenta - wykonania manewru pomiarowego określającego statyczną podatność płuc i wyświetlić wartość jej w formie cyfrowej lub mierzyć podatność dynamiczną	
52	Oporo płuc pacjenta - pomiar oporów płuc i wyświetlić wartość oporów w formie cyfrowej	
53	Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) - obliczenie indeksu szybkiego płytkiego oddechu/dyszenia i wyświetlenia jego wartości w postaci cyfrowej	
54	Pomiar NIF negatywnej siły wdechowej	
55	Pomiar P0,1 ciśnienia okluzji po 100ms.	
56	Automatyczna detekcja pacjenta	
57	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie - pneumatyczno-elektroniczny mieszalnik gazów kontrolowany mikroprocesorowo, pozwalający na zmianę wdechowego stężenia tlenu w zakresie 21% - 100%, stężenie tlenu regulowane także w trybie wentylacji rezerwowej.	
58	Manualne przedłużenie fazy wdechowej - wykonanie manewru pauzy wdechowej (ustalenie ciśnienia plateau i wykonanie pomiarów mechaniki oddechowej)	
59	Manualne przedłużenie fazy wydechowej - wykonanie manewru pauzy wydechowej (ustalenie ciśnienia końcowo-wydechowego i wykonanie pomiarów wewnętrznego PEEP)	
60	Automatyczna kompensacja przecieków, w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji.	



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

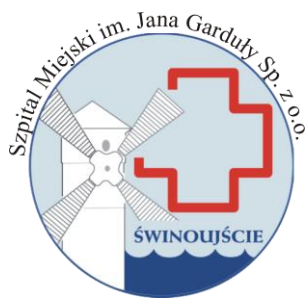
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

Prezentacja graficzna		
61	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia co najmniej 4 krzywych jednocześnie na ekranie.	
62	Zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie, w celu ich analizy.	
63	Graficzna prezentacja jednej z pętli : ciśnienie-objętość, przepływ -objętość.	
64	Prezentacja na ekranie trendów graficznych i tabelarycznych min. 72-godzinnych.	
Alarmy		
65	Hierarchia alarmów w zależności od ważności - rozróżniający ważność przyczyny alarmu i sygnalizujący sytuacje alarmowe w sposób stosowny do zagrożenia dla pacjenta ustawiana przez operatora w zależności od potrzeb co najmniej 2 stopnie ważności oraz w 4 poziomach głośności	
66	Alarm zaniku zasilania sieciowego - dźwiękowy i wizualny.	
67	Alarm zaniku zasilania bateryjnego - dźwiękowy i wizualny.	
68	Alarm niskiego ciśnienia tlenu (o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania tlenem) dźwiękowy i wizualny.	
69	Alarm niskiego ciśnienia powietrza - (o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania powietrzem) dźwiękowy i wizualny.	
70	Alarm za niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym - dźwiękowy i wizualny.	
71	Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej - dźwiękowy i wizualny.	
72	Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej - dźwiękowy i wizualny	
73	Alarm wysokiego ciśnienia w układzie oddechowym - dźwiękowy i wizualny (musi ograniczać ciśnienie i uwolnić je poprzez otworenie zastawki wydechowej lub zaworu bezpieczeństwa).	
74	Alarm niskiego ciśnienia wdechowego i rozłączenia układu oddechowego - dźwiękowy i wizualny.	
75	Alarm wysokiej częstości oddechów - dźwiękowy i wizualny.	
76	Alarm wysokiej objętości oddechowej - dźwiękowy i wizualny.	
77	Alarm niskiej objętości oddechowej - dźwiękowy lub wizualny.	
78	Alarm niskiej częstości oddechów i bezdechu - dźwiękowy i wizualny	
79	Pamięć alarmów i zdarzeń technicznych z komentarzem – 2 000 zdarzeń lub zapisywanie wszystkich zdarzeń alarmowych i parametrów monitoringu oraz transfer do oprogramowania PC (zainstalowanego przez Wykonawcę) za pomocą USB (Wykonawca dostarczy min. 4 szt. PenDrive)	
Inne wymagania		
80	Aparat musi posiadać zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji	
81	Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej - typu ATC, TC, TRC, tryb eliminujący wpływ rurki dotchawiczej na pracę oddechową pacjenta.	
82	Tryb automatycznego odzwyczajania pacjenta od wentylacji mechanicznej z	

	automatyczną regulacją poziomu wspomagania ciśnieniowego na podstawie analizy EtCO₂, częstości i objętości oddechów lub tryb automatycznej spontanicznej próby oddechowej posiadający regulację czasu trwania próby oraz posiadać regulację poziomu alarmów, których przekroczenie spowoduje automatyczny powrót do trybu i ustawień wentylacji sprzed rozpoczęcia próby.	
83	Pomiar czynnościowej pojemności zalegającej, Wyświetlanie pomiaru na ekranie respiratora oraz nastawy pomiaru z menu respiratora lub pomiar czynnościowej pojemności zalegającej za pomocą urządzenia zewnętrznego.	
84	Pomiar krzywej dynostatycznej szacującej ciśnienie pęcherzyków - automatyczny manewr kreślenia dużej pętli ciśnienie/objętość w fazie wdechu i wydechu przy niskim przepływie gazów do płuc pacjenta z doбором przepływu i analizy za pomocą kursorów oraz graficzną prezentacją obrazu płuc pacjenta z kalibracją zapamiętania obrazu odniesienia.	
85	Pomiary i obrazowanie zmierzonych parametrów: VCO₂- wytwarzania dwutlenku węgla, VO₂- zużycia tlenu, RQ- wskaźnika oddechowego, EE- wydatku energetycznego u chorego we wstrząsie wielonarządowym. Pomiary za pomocą modułu z obrazowaniem wyników na ekranie respiratora. Nastawy pomiarów, zarządzanie danymi poprzez menu respiratora. Pomiar z użyciem paramagnetycznego czujnika tlenu zapewniającego dokładne pomiary lub urządzenie zewnętrzne mierzące i obrazujące powyższe parametry, przeznaczone do pracy na oddziałach intensywnej terapii medycznej realizujące pomiary z wykorzystaniem paramagnetycznego czujnika tlenu	
86	Obliczenia wentylacyjne; Vd/Vt, Vds- wentylacja przestrzeni martwej	
87	Obliczanie i prezentowanie VCO ₂ lub VTCO ₂	
88	Manewr :automatycznego pomiaru objętości FRC przy zmieniającym się poziomie ciśnienia PEEP lub automatyczny manewr rekrutacji pęcherzyków płucnych poprzez płynne, bezpośrednie i jednocześnie zwiększanie ciśnienia szczytowego i PEEP	
89	Wstępne ustawienia parametrów wentylacji na podstawie wagi pacjenta IBW, płci lub wzrostu pacjenta	
90	Funkcja autotestu sprawdzającego poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika.	
91	Nebulizator do wziewnego podawania leków	
92	Nebulizator elektronicznie sterowany mikropompą, nie wymagający zewnętrznego przepływu gazów napędowych	
93	10 kompletnych układów oddechowych jednorazowych	
94	Podstawa jezdna, co najmniej dwoma kołami z blokadą.	
95	Obsługa sprzętu w języku polskim: menu przycisków, komunikaty ekranowe.	
96	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej po 2 egz	Załączyć przy dostawie
97	Układ składający się z zastawki wydechowej i czujnika przepływu	
98	Gwarancja min. 36 miesięcy w tym 3 nieodpłatne przeglądy gwarancyjne potwierdzone wpisami do paszportu technicznego W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni także bezpłatny autoryzowany	



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

	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 2 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. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Szpital nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.	
99	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	
100	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax:/ e-mail:@.....	
101	Czas reakcji serwisu przyjazd max 2 dni kalendarzowe.	
102	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem.	
103	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy,	
104	Karta gwarancyjna w j. polskim,	
105	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	
106	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym oraz wykaz firm na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
107	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
108	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego	
109	Port Ethernet do połączenia z siecią LAN	
110	Port do połączeń z systemem centralnego monitoringu	
111	2 Porty USB do przesyłania danych oraz aktualizacji systemu oraz 4 szt. PenDrivów	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Było:

Zadania nr 2:

Aparat do znieczuleń

NAZWA (typ, model):

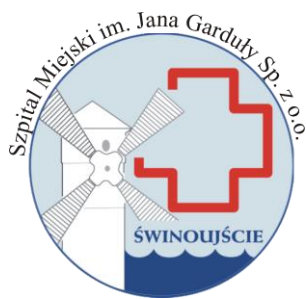
Rok produkcji (min. IV kwartał 2016 r.):

Producent:

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy lub demonstracyjny

Lp.	Opis parametru	Podać/ uzupełnić dane
1	Masa do 150 [kg]	
2	Zasilanie AC 230 [V] 50 [Hz]	
3	Aparat do znieczulania ogólnego w formie jezdnej	
4	Szuflada/szuflady na drobne akcesoria	
5	Dodatkowe gniazda elektryczne 230 [V] (minimum 3 gniazda)	
6	Zasilanie gazowe (O ₂ , N ₂ O, Powietrze) z sieci centralnej podłączane do gniazd poboru	
7	Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na 30 minut	
8	Ssak inżektorowy zintegrowany z aparatem, napędzany powietrzem z sieci centralnej (ssak zasilany z aparatu) z regulacją siły ssania, z 1 litrowym zbiornikiem oraz zapasowym 1 litrowym zbiornikiem, do stosowania wkładów jednorazowych na wydzieliny. (w pakiecie startowym 10 wkładów jednorazowych zgodnie z powyższym opisem).	
9	Uchwyt do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie, szyna typu Selectatec	
System dystrybucji gazów		
10	Precyzyjne, elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenu azotu i powietrza z możliwością zapamiętania przez aparat lub eksportu danych dotyczących zużycia gazów	
11	Precyzyjny mieszalnik świeżych gazów	
12	System automatycznego utrzymywania minimalnego stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej na poziomie - 25%	
13	Kalibracja przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami, przepływ świeżych gazów 200 [ml/min]	
14	Regulowana zastawka naciśnieniowa APL	
Układ Oddechowy		
15	Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci. (dwa komplety rur).	
16	Autoklawowalny układ oddechowy, łatwy do wymiany i sterylizacji. Wymiana układu bez narzędzi. Układ pozbawiony lateksu.	
17	Pojemność układu oddechowego max: 3,5 l.	
18	Obejście tlenowe o dużej wydajności 25 l/min.	
19	Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max. 1,5 l.	
20	Aparat z autoklawowalnymi czujnikami przepływu	
21	Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną	
22	Funkcja ułatwiająca optymalny dobór przepływu świeżych gazów i ekonomizację znieczulania. Zapobiegająca powstawaniu mieszaniny hipoksycznej.	
23	Respirator o sterowaniu elektronicznym, napęd respiratora pneumatyczny	
24	Respirator napędzany tlenem lub powietrzem	
Tryby wentylacji		



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

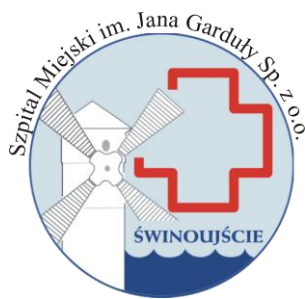
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

25	Tryb ręczny	
26	Oddech spontaniczny	
27	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie objętościowym	
28	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie ciśnieniowym	
29	Wentylacja kontrolowana objętością	
30	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	
31	Tryb PS (Pressure Support)	
32	Tryb z objętością (typu Auto Flow, PRVC, PCV –VG)	
33	Tryb pracy typu: HLM, CBM (płucoserce), Cardiac Bypass	
34	Przełączenie wentylacji z ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną przy pomocy dźwigni	
Regulacje		
35	Reg. stosunku wdechu do wydechu: 2:1 do 1:8	
36	Reg. częstości oddechu od 4 do 100 [l/min]	
37	Reg. objętości oddechowej tryb VCV od 20 do 1400 [ml]	
38	PEEP — dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe w zakresie od 4 do 20 cmH ₂ O	
39	Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV: od 5 do 60 [H ₂ O]	
40	Regulacja Plateau wdechu w zakresie od 5 do 60 % czasu wdechu	
41	Regulacja czułości wyzwalacza przepływowego przy SIMV w zakresie od 0,3 do 10 [l/min]	
Alarmy wizualne i dźwiękowe		
42	Niskiej objętości minutowej	
43	Niskiej i wysokiej objętości TV	
44	Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego	
45	Alarm braku zasilania w energię elektryczną	
46	Alarm braku zasilania w gazy	
47	Alarm Apnea ciśnienie, objętość, CO ₂	
48	Ustawienia granic alarmowych po ustabilizowaniu wentylacji	
Pomiar i obrazowanie w aparacie do znieczulania		
49	Stężenia tlenu w gazach oddechowych (wdechowe i wydechowe), pomiar paramagnetyczny, bez czujników zużywalnych, galwanicznych	
50	Pomiar objętości oddechu V _t	
51	Pomiar objętości minutowej MV	
52	Pomiar częstości oddechowej f	
53	Ciśnienia szczytowego	
54	Ciśnienia średniego	
55	Ciśnienia PEEP	
56	Analiza MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta	
57	Kapnografia i kapnometria (stężenie wdechowe i wydechowe)	

58	Stężenia lotnych anestetyków (stężenie wdechowe i wydechowe) z automatyczną detekcją zastosowanego środka	
59	Prezentacja wartości ciśnienia w butlach awaryjnych na ekranie respiratora	
60	Automatyczne skalkulowanie parametrów wentylacji po wprowadzeniu wagi pacjenta	
61	Prezentacja minimum pętli ciśnienie/ objętość, objętość/ przepływ	
Inne		
62	Kolorowy dotykowy ekran główny (nie powielający) respiratora służący do nastaw i prezentacji parametrów, LCD, przekątna 15 cali Rozdzielczość min. 1024x768 piksele. Sterownie dotykowe oraz poprzez przyciski i pokrętkę. Ekran niewbudowany w korpus aparatu.	
63	Ekran na ruchomym wysięgniku ułatwiającym zmianę jego położenia podczas znieczulenia w poziomie i na boki	
64	Ekran respiratora wyposażony w pamięć 4 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika	
65	Węże wysokociśnieniowe (O ₂ , N ₂ O, AIR), kodowane kolorami	
66	Dodatkowy niezależny, zintegrowany przepływomierz do podaży O ₂ w zakresie 0-10 [l/min].	
67	Test kontrolny aparatu sprawdzający poprawność działania urządzenia z dziennikiem testu dostępnym na wyświetlaczu aparatu.	
68	Test kontrolny automatyczny parowników aparatu do znieczulenia	
Monitor parametrów życiowych		
69	Monitor pacjenta umożliwia podłączenie do szpitalnego systemu informatycznego (MEDICOM) zbierającego parametry życiowe pacjenta, zapewnia przesyłanie do nich parametrów z kardiomonitora oraz aparatu do znieczulania, w celu umożliwienia prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.	
70	Modułowy monitor pacjenta umożliwia monitorowanie stacjonarne Poszczególne moduły pomiarowe przenoszone między monitorami i podłączane bez udziału serwisu	
71	Moduły pomiarowe jedno lub wieloparametrowe, przenoszone pomiędzy stanowiskami.	
72	Podłączenie ekranu kopiującego	
73	System chłodzony konwekcyjnie (bez użycia wentylatorów)	
Praca w sieci centralnego monitorowania		
74	Monitor pacjenta przystosowany do pracy w przewodowej sieci centralnego monitorowania zgodnej ze standardem Ethernet	
75	Monitory przystosowane do podglądu danych z pozostałych monitorów pacjenta tego samego typu pracujących w sieci centralnego monitorowania (przebiegi krzywych dynamicznych, wartości parametrów, alarmy w czasie rzeczywistym)	
Montaż		
76	Monitor pacjenta mocowany do oferowanego aparatu do znieczulania.	
77	Monitor pacjenta (lub moduł transportowy) mocowany, w sposób zapewniający szybkie rozpoczęcie transportu pacjenta	
Specyfikacja monitora		
78	Monitor pacjenta wyposażony w kolorowy dotykowy ekran o przekątnej 15" (dotyczy ekranu wyświetlającego parametry życiowe w czasie monitorowania stacjonarnego)	
79	Monitor pacjenta wyposażony w wewnętrzny akumulator umożliwiający nieprzerwane monitorowanie i wyświetlanie zmierzonych wartości przez co najmniej 60 min.	



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

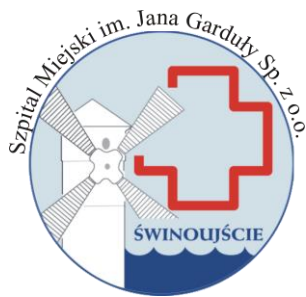
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

80	Monitor pacjenta lub moduł transportowy umożliwia nieprzerwane monitorowanie stacjonarnie i w transporcie przynajmniej: EKG, ST, Arytmia, Oddech, Saturacja, Temperatura — 2 kanały, NIBP, IBP — 2 kanały.	
81	Monitor pacjenta wyposażony w 24 godzin pamięć trendów graficznych i tablicowych	
82	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć 100 zdarzeń alarmowych	
83	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć przynajmniej 6 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika	
84	Zasilanie - sieciowe 230 [V] 50 [Hz] i akumulatorowe;	
Specyfikacja monitorowanych parametrów		
85	Monitorowanie przynajmniej 1 z 3, 7- i 12 odprowadzeń w zależności od zastosowanego przewodu EKG	
86	Możliwość monitorowania 12 odprowadzeń EKG z max. 6 elektrod, wykorzystując standardowe rozmieszczenie elektrod na ciele pacjenta	
87	W ofercie do każdego monitora ujęty przewód EKG wielorazowego użytku, do podłączenia 3 i 5 elektrod	
Analiza ST		
88	Analiza odcinka ST z 3 odprowadzeń, w zakresie przynajmniej od -12 do +12 mm /podać/	
Analiza arytmii		
89	Monitorowanie podstawowych arytmii śmiertelnych.	
Oddech		
90	Pomiar metodą impedancyjną, wyświetlane wartości cyfrowe i fala oddechu	
91	Monitorowanie bezdechu	
Saturacja (SPO2)		
92	Pomiar saturacji zapewniający poprawne pomiary w warunkach niskiej perfuzji. Pomiar realizowany przez moduł oferowanego systemu monitorowania.	
93	Wyświetlane wartości cyfrowe saturacji, tętna, wskaźnik perfuzji oraz krzywa pletyzmograficzna.	
94	Do każdego monitora ujęty kabel przejściowy, wielorazowy czujnik na palec dla dorosłych.	
Temperatura		
95	Pomiar dwóch wartości temperatury oraz ich różnicy, jednoczesna prezentacja 2 wartości	
96	Zakres pomiarowy temperatury 25-45 [°C]	
97	Do każdego monitora ujęty wielorazowy czujnik temperatury skóry oraz wielorazowy czujnik temperatury głębokiej, dla dorosłych i dziecka	
Cięśnienie metodą nieinwazyjną (NIBP)		
98	Pomiar w zakresie: od 15 [mmHg] dla ciśnienia rozkurczowego do 250 [mmHg] dla ciśnienia skurczowego	
99	Tryb pracy ręczny, ciągły przez określony czas i automatyczny co określony czas	
100	Zakres odstępów czasowych automatycznych pomiarów - 3 min.— 4 h	
101	Mankiety pomiarowe bez lateksu.	

102	Do każdego monitora ujęty wężyk oraz 5 sztuk wielorazowych mankietów dla dorosłych i dzieci (w różnych rozmiarach: 2 duże, 2 średnie, 1 mały)	
Cięśnienie metodą inwazyjną (IBP)		
103	Monitorowanie 2 ciśnień metodą inwazyjną	
104	Monitorowania i wybór nazwy różnych ciśnień: ciśnienia tętniczego, ciśnienia tętnicy płucnej, ośrodkowego ciśnienia żylnego, ciśnienia śródczaszkowego	
105	Do każdego monitora ujęte 2 sztuki przewodów do przetworników	
Zwiotczenie mięśni (NMT)		
106	Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu do oferowanego systemu monitorowania pacjenta	
107	Dostępne tryby stymulacji: * Pojedynczy impuls * Seria poczwórna TOF * Stymulacja tężcowa.	
108	Do każdego monitora ujęty sensor dla dorosłych i dziecka	
109	Pomiar uśpienia metodą Entropii, z wykorzystaniem modułów do oferowanego systemu monitorowania oraz jedno opakowanie czujników.	
Układy alarmowe		
110	Alarmy o przynajmniej 3 poziomach ważności, rozróżniane dźwiękowo i wizualnie	
111	Wycieszenie, wstrzymania i całkowitego zawieszenia alarmów dźwiękowych	
112	Ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów ręczne i automatyczne	
113	Automatyczny zapisu i drukowania w czasie określonych alarmów (po podłączeniu drukarki sieciowej)	
114	Alarmy techniczne z podaniem przyczyny	
Współpraca z aparatem do znieczulania		
115	Monitor z funkcją połączenia z oferowanym aparatem do znieczulania, wyświetlanie na ekranie kardiomonitora przynajmniej wartości parametrów i krzywych dynamicznych z aparatu	
Inne		
116	Pomiar bodźców nocyceptywnych poprzez pomiar parametru wykazującego zmiany reakcji hemodynamicznych spowodowanych przez bodźce chirurgiczne i środki przeciwbólowe moduł monitora.	
117	Pomiar bodźców nocyceptywnych przy użyciu czujnika satutracji	
118	Monitor kompletny i gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).	
119	Aparat i monitor wykonane według najnowszych zaleceń bez stosowania substancji potencjalnie toksycznych. Zgodny z RoHS.	
120	Obsługa sprzętu w języku polskim: menu przycisków, komunikaty ekranowe.	
121	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej po 2 egz	Załączyć przy dostawie
122	Układ składający się z zastawki wydechowej i czujnika przepływu	
123	Gwarancja min. 36 miesięcy w tym 6 nieodpłatnych przeglądów gwarancyjnych co półmroku potwierdzony wpisami do paszportu technicznego W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni także bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny obejmujący: a. oględziny, diagnostykę i naprawę przedmiotu umowy -serwis wykonywany będzie zgodnie	



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

	z wymaganiami producenta, niezbędnymi do utrzymania gwarancji producenta, nie rzadziej niż 2 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. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Szpital nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.	
124	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	
125	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax:/ e-mail:@.....	
126	Czas reakcji serwisu przyjazd max 2 dni kalendarzowe.	
127	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem.	
128	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy,	
129	Karta gwarancyjna w j. polskim,	
130	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	
131	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym oraz wykaz firm na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
132	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
133	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Zmienia się na:**Zadania nr 2:****Aparat do znieczuleń**

NAZWA (typ, model):

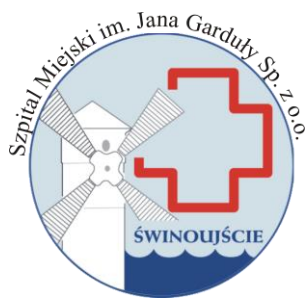
Rok produkcji (min. III kwartał 2015 r. i przepracowane max. 2 000 h):

Producent:

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy lub demonstracyjny****Właściwie zaznaczyć**

Lp.	Opis parametru	Podać/ uzupełnić dane
1	Masa do 150 [kg]	
2	Zasilanie AC 230 [V] 50 [Hz]	
3	Aparat do znieczulania ogólnego w formie jezdnej	
4	Szuflada/szuflady na drobne akcesoria	
5	Dodatkowe gniazda elektryczne 230 [V] (minimum 3 gniazda)	
6	Zasilanie gazowe (O ₂ , N ₂ O, Powietrze) z sieci centralnej podłączane do gniazd poboru	
7	Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na 30 minut	
8	Ssak inżektorowy zintegrowany z aparatem, napędzany powietrzem z sieci centralnej (ssak zasilany z aparatu) z regulacją siły ssania, z 1 litrowym zbiornikiem oraz zapasowym 1 litrowym zbiornikiem, do stosowania wkładów jednorazowych na wydzieliny. (w pakiecie startowym 10 wkładów jednorazowych zgodnie z powyższym opisem).	
9	Uchwyt do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie, szyna typu Selectatec	
System dystrybucji gazów		
10	Precyzyjne, elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenu azotu i powietrza z możliwością zapamiętania przez aparat lub eksportu danych dotyczących zużycia gazów	
11	Precyzyjny mieszalnik świeżych gazów	
12	System automatycznego utrzymywania minimalnego stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej na poziomie - 25%	
13	Kalibracja przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami, przepływ świeżych gazów 100 [ml/min]	
14	Regulowana zastawka nadciśnieniowa APL	
Układ Oddechowy		
15	Kompaktowy układ oddechowy okružny do wentylacji dorosłych i dzieci. (dwa komplety rur).	
16	Autoklawowalny układ oddechowy, łatwy do wymiany i sterylizacji. Wymiana układu bez narzędzi. Układ pozbawiony lateksu.	
17	Pojemność układu oddechowego max: 3,5 l.	
18	Obejście tlenowe o dużej wydajności 25 l/min.	
19	Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max. 1,5 l.	
20	Aparat z autoklawowalnymi czujnikami przepływu	



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

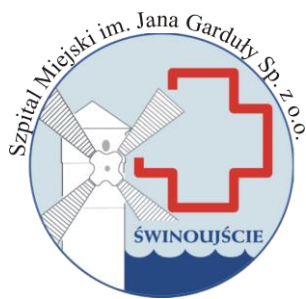
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

21	Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną	
22	Funkcja ułatwiająca optymalny dobór przepływu świeżych gazów i ekonomizację znieczulania. Zapobiegająca powstawaniu mieszaniny hipoksycznej.	
23	Respirator o sterowaniu elektronicznym, napęd respiratora pneumatyczny	
24	Respirator napędzany tlenem lub powietrzem	
Tryby wentylacji		
25	Tryb ręczny	
26	Oddech spontaniczny	
27	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie objętościowym	
28	Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie ciśnieniowym	
29	Wentylacja kontrolowana objętością	
30	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem	
31	Tryb PS (Pressure Support)	
32	Tryb z objętością (typu Auto Flow, PRVC, PCV –VG)	
33	Tryb pracy typu: HLM, CBM (płucoserce), Cardiac Bypass	
34	Przełączenie wentylacji z ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną przy pomocy dźwigni	
Regulacje		
35	Reg. stosunku wdechu do wydechu: 2:1 do 1:8	
36	Reg. częstości oddechu od 4 do 100 [l/min]	
37	Reg. objętości oddechowej tryb VCV od 20 do 1500 [ml]	
38	PEEP — dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe w zakresie od 4 do 20 cmH ₂ O	
39	Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV: od 5 do 60 [H ₂ O]	
40	Regulacja Plateau wdechu w zakresie od 5 do 60 % czasu wdechu	
41	Regulacja czułości wyzwalacza przepływowego przy SIMV w zakresie od 0,2 do 10 [l/min]	
Alarmy wizualne i dźwiękowe		
42	Niskiej objętości minutowej	
43	Niskiej i wysokiej objętości TV	
44	Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego	
45	Alarm braku zasilania w energię elektryczną	
46	Alarm braku zasilania w gazy	
47	Alarm Apnea ciśnienie, objętość, CO ₂	
48	Ustawienia granic alarmowych po ustabilizowaniu wentylacji	
Pomiar i obrazowanie w aparacie do znieczulania		
49	Stężenia tlenu w gazach oddechowych (wdechowe i wydechowe), pomiar paramagnetyczny, bez czujników zużywalnych, galwanicznych	
50	Pomiar objętości oddechu Vt	
51	Pomiar objętości minutowej MV	

52	Pomiar częstości oddechowej f	
53	Ciśnienia szczytowego	
54	Ciśnienia średniego	
55	Ciśnienia PEEP	
56	Analiza MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta	
57	Kapnografia i kapnometria (stężenie wdechowe i wydechowe)	
58	Stężenia lotnych anestetyków (stężenie wdechowe i wydechowe) z automatyczną detekcją zastosowanego środka	
59	Prezentacja wartości ciśnienia w butlach awaryjnych na ekranie respiratora	
60	Automatyczne skalkulowanie parametrów wentylacji po wprowadzeniu wagi pacjenta	
61	Prezentacja minimum pętli ciśnienie/ objętość, objętość/ przepływ	
Inne		
62	Kolorowy dotykowy ekran główny (nie powielający) respiratora służący do nastaw i prezentacji parametrów, LCD, przekątna 15 cali Rozdzielczość min.1024x768 piksele. Sterowne dotykowe oraz poprzez przyciski i pokrętko. Ekran niewbudowany w korpus aparatu.	
63	Ekran na ruchomym wysięgniku ułatwiającym zmianę jego położenia podczas znieczulenia w poziomie i na boki	
64	Ekran respiratora wyposażony w pamięć 4 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika	
65	Węże wysokociśnieniowe (O ₂ , N ₂ O, AIR), kodowane kolorami	
66	Dodatkowy niezależny, zintegrowany przepływomierz do podaży O ₂ w zakresie 0-10 [l/min].	
67	Test kontrolny aparatu sprawdzający poprawność działania urządzenia z dziennikiem testu dostępnym na wyświetlaczu aparatu.	
68	Test kontrolny automatyczny parowników aparatu do znieczulenia	
Monitor parametrów życiowych		
69	Monitor pacjenta umożliwia podłączenie do szpitalnego systemu informatycznego (MEDICOM) zbierającego parametry życiowe pacjenta, zapewnia przesyłanie do nich parametrów z kardiomonitora oraz aparatu do znieczulania, w celu umożliwienia prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.	
70	Modułowy monitor pacjenta umożliwia monitorowanie stacjonarne Poszczególne moduły pomiarowe przenoszone między monitorami i podłączane bez udziału serwisu	
71	Moduły pomiarowe jedno lub wieloparametrowe, przenoszone pomiędzy stanowiskami.	
72	Podłączenie ekranu kopiującego	
73	System chłodzony konwekcyjnie (bez użycia wentylatorów)	
Praca w sieci centralnego monitorowania		
74	Monitor pacjenta przystosowany do pracy w przewodowej sieci centralnego monitorowania zgodnej ze standardem Ethernet	
75	Monitory przystosowane do podglądu danych z pozostałych monitorów pacjenta tego samego typu pracujących w sieci centralnego monitorowania (przebiegi krzywych dynamicznych, wartości parametrów, alarmy w czasie rzeczywistym)	
Montaż		
76	Monitor pacjenta mocowany do oferowanego aparatu do znieczulania.	
77	Monitor pacjenta (lub moduł transportowy) mocowany, w sposób zapewniający szybkie rozpoczęcie transportu pacjenta	



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

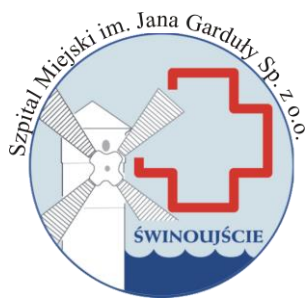
ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

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

Specyfikacja monitora		
78	Monitor pacjenta wyposażony w kolorowy dotykowy ekran o przekątnej 15" (dotyczy ekranu wyświetlającego parametry życiowe w czasie monitorowania stacjonarnego)	
79	Monitor pacjenta wyposażony w wewnętrzny akumulator umożliwiający nieprzerwane monitorowanie i wyświetlanie zmierzonych wartości przez 60 min.	
80	Monitor pacjenta lub moduł transportowy umożliwia nieprzerwane monitorowanie stacjonarnie i w transporcie przynajmniej: EKG, ST, Arytmia, Oddech, Saturacja, Temperatura — 2 kanały, NIBP, IBP — 2 kanały.	
81	Monitor pacjenta wyposażony w 24 godzin pamięć trendów graficznych i tablicowych	
82	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć 100 zdarzeń alarmowych	
83	Monitor pacjenta wyposażony w pamięć przynajmniej 6 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika	
84	Zasilanie - sieciowe 230 [V] 50 – 60 [Hz] i akumulatorowe czas pracy 60 min.;	
Specyfikacja monitorowanych parametrów		
85	Monitorowanie przynajmniej 1 z 3, 7- i 12 odprowadzeń w zależności od zastosowanego przewodu EKG	
86	Możliwość monitorowania 12 odprowadzeń EKG z max. 6 elektrod, wykorzystując standardowe rozmieszczenie elektrod na ciele pacjenta	
87	W ofercie do każdego monitora ujęty przewód EKG wielorazowego użytku, do podłączenia 3 i 5 elektrod	
Analiza ST		
88	Analiza odcinka ST z 3 odprowadzeń, w zakresie przynajmniej od -12 do +12 mm /podać/	
Analiza arytmii		
89	Monitorowanie podstawowych arytmii śmiertelnych.	
Oddech		
90	Pomiar metodą impedancyjną, wyświetlane wartości cyfrowe i fala oddechu	
91	Monitorowanie bezdechu	
Saturacja (SPO2)		
92	Pomiar saturacji zapewniający poprawne pomiary w warunkach niskiej perfuzji. Pomiar realizowany przez moduł oferowanego systemu monitorowania.	
93	Wyświetlane wartości cyfrowe saturacji, tętna, wskaźnik perfuzji oraz krzywa pletyzmograficzna.	
94	Do każdego monitora ujęty kabel przejściowy, wielorazowy czujnik na palec dla dorosłych.	
Temperatura		
95	Pomiar dwóch wartości temperatury oraz ich różnicy, jednoczesna prezentacja 2 wartości	
96	Zakres pomiarowy temperatury 25-45 [°C]	
97	Do każdego monitora ujęty wielorazowy czujnik temperatury skóry oraz wielorazowy czujnik temperatury głębokiej, dla dorosłych i dziecka	
Ciśnienie metodą nieinwazyjną (NIBP)		
98	Pomiar w zakresie: od 15 [mmHg] dla ciśnienia rozkurczowego do 260 [mmHg] dla ciśnienia skurczowego	

99	Tryb pracy ręczny, ciągły przez określony czas i automatyczny co określony czas	
100	Zakres odstępów czasowych automatycznych pomiarów – (0,5 – 3) min.— 4 h	
101	Mankiety pomiarowe bez lateksu.	
102	Do każdego monitora ujęty wężyk oraz 5 sztuk wielorazowych mankietów dla dorosłych i dzieci (w różnych rozmiarach: 2 duże, 2 średnie, 1 mały)	
Cięśnienie metodą inwazyjną (IBP)		
103	Monitorowanie 2 ciśnień metodą inwazyjną	
104	Monitorowania i wybór nazwy różnych ciśnień: ciśnienia tętniczego, ciśnienia tętnicy płucnej, ośrodkowego ciśnienia żylnego, ciśnienia śródczaszkowego	
105	Do każdego monitora ujęte 2 sztuki przewodów do przetworników	
Zwiotczenie mięśni (NMT)		
106	Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu do oferowanego systemu monitorowania pacjenta	
107	Dostępne tryby stymulacji: * Pojedynczy impuls * Seria poczwórna TOF * Stymulacja tężcowa.	
108	Do każdego monitora ujęty sensor dla dorosłych i dziecka	
109	Pomiar uśpienia metodą Entropii, z wykorzystaniem modułów do oferowanego systemu monitorowania oraz jedno opakowanie czujników.	
Układy alarmowe		
110	Alarmy o przynajmniej 3 poziomach ważności, rozróżniane dźwiękowo i wizualnie	
111	Wycieszenie, wstrzymania i całkowitego zawieszenia alarmów dźwiękowych	
112	Ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów ręczne i automatyczne	
113	Automatyczny zapisu i drukowania w czasie określonych alarmów (po podłączeniu drukarki sieciowej)	
114	Alarmy techniczne z podaniem przyczyny	
Współpraca z aparatem do znieczulania		
115	Monitor z funkcją połączenia z oferowanym aparatem do znieczulania, wyświetlanie na ekranie kardiomonitora przynajmniej wartości parametrów i krzywych dynamicznych z aparatu	
Inne		
116	Pomiar bodźców nocyceptywnych poprzez pomiar parametru wykazującego zmiany reakcji hemodynamicznych spowodowanych przez bodźce chirurgiczne i środki przeciwbólowe moduł monitora.	
117	Pomiar bodźców nocyceptywnych przy użyciu czujnika satutracji	
118	Monitor kompletny i gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).	
119	Aparat i monitor wykonane według najnowszych zaleceń bez stosowania substancji potencjalnie toksycznych. Zgodny z RoHS.	
120	Obsługa sprzętu w języku polskim: menu przycisków, komunikaty ekranowe.	
121	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej po 2 egz	Załączyć przy dostawie
122	Układ składający się z zastawki wydechowej i czujnika przepływu	



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

123	Gwarancja min. 36 miesięcy w tym 3 nieodpłatne przeglądy gwarancyjnych co roczne potwierdzone wpisami do paszportu technicznego 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 2 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. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Szpital nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.	
124	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	
125	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax:/ e-mail:@.....	
126	Czas reakcji serwisu przyjazd max 2 dni kalendarzowe.	
127	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem.	
128	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy,	
129	Karta gwarancyjna w j. polskim,	
130	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	
131	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym oraz wykaz firm na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
132	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
133	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Było:

Załącznik nr 4 do SIWZ ZP/10/2018

FORMULARZ OFERTWOWY

na *Dostawę sprzętu medycznego dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o*

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa

Siedziba

Adres e-mailowy:@.....

Nr telefonu Nr fax:

NIP REGON.....

KRS:

Nr konta Bankowego:

Osoba **upoważniona** do kontaktu z Zamawiającym w trakcie **realizacji umowy**:

Osoba/y **upoważniona/e** do podpisania umowy:

Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7
72-600 Świnoujście

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na *Dostawa sprzętu medycznego dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.* zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego postępowania składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie dostaw będących przedmiotem niniejszego zamówienia za cenę całkowitą:

PAKIET NR 1

CENA NETTO	 złotych (słownie: zł
VAT.....%	 złotych (słownie: zł
CENA BRUTTO	 złotych (słownie: zł

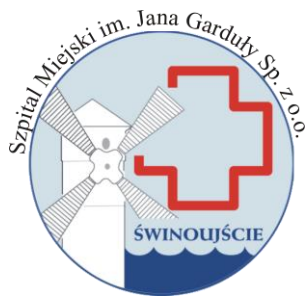
PAKIET NR 2

CENA NETTO	 złotych (słownie: zł
VAT.....%	 złotych (słownie: zł
CENA BRUTTO	 złotych (słownie: zł

Oświadczenia Wykonawcy:

1. Oświadczam, że przedmiot niniejszego zamówienia zrealizujemy w terminie do dni od dnia zawarcia umowy, dla zadania/ń nr
2. Oświadczam, że cena brutto niniejszego formularza zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, w tym z wzorem umowy i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
4. W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 5 do niniejszej SIWZ.
5. Oświadczam, że jeżeli w okresie związania ofertą nastąpią jakiegokolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w naszych dokumentach załączonych do oferty, natychmiast poinformujemy o nich Zamawiającego.
6. Oświadczam, że powierzymy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie niżej wskazanych części zamówienia:

Lp.	Firma (nazwa) podwykonawcy	Część (zakres) zamówienia
1.		



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

2.		
----	--	--

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)

7. Oświadczam, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych, niżej wymienionych podmiotów (podmioty trzecie):

Lp.	Firma (nazwa) podmiotu trzeciego	Udostępniany potencjał
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

8. Oświadczam, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Oświadczam, że na sprzęt będący przedmiotem postępowania udzielam m-nej gwarancji (min. 8 m-cy).
10. W przypadku wyboru naszej oferty u Zamawiającego nie powstaje/powstanie¹ obowiązek podatkowy (zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług).
11. Oferta wraz z załącznikami została złożona na stronach.
12. Niniejszym informuję, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
13. Oświadczamy, że jesteśmy*:
13.1 **Mikroprzedsiębiorstwem**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;
13.2 **Małym przedsiębiorstwem**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR;
13.3 **Średnim przedsiębiorstwem**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

*właściwe podkreślić

14. Do oferty załączamy następujące dokumenty:

- 1)
2)

III. Inne informacje Wykonawcy:

.....
.....

Miejscowość data

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców)

Zmienia się na:

Załącznik nr 4 do SIWZ ZP/10/2018

FORMULARZ OFERTOWY

na Dostawę sprzętu medycznego dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa

Siedziba

Adres e-mailowy:@.....

¹ niewłaściwe skreślić

Nr telefonu Nr fax:

NIP REGON.....

KRS:

Nr konta Bankowego:

Osoba **upoważniona** do kontaktu z Zamawiający w trakcie **realizacji umowy**:

Osoba/y **upoważniona/e** do podpisania umowy:

Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7
72-600 Świnoujście

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na *Dostawa sprzętu medycznego dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.* zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego postępowania składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie dostaw będących przedmiotem niniejszego zamówienia za cenę całkowitą:

PAKIET NR 1

CENA NETTO	 złotych (słownie: zł
VAT.....%	 złotych (słownie: zł
CENA BRUTTO	 złotych (słownie: zł

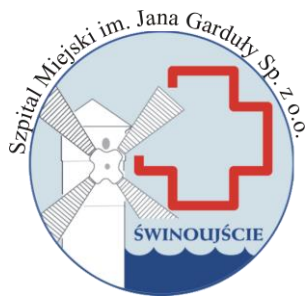
PAKIET NR 2

CENA NETTO	 złotych (słownie: zł
VAT.....%	 złotych (słownie: zł
CENA BRUTTO	 złotych (słownie: zł

Oświadczenia Wykonawcy:

1. Oświadczam, że przedmiot niniejszego zamówienia zrealizujemy w terminie do dni od dnia zawarcia umowy, dla zadania/ń nr
2. Oświadczam, że cena brutto niniejszego formularza zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, w tym z wzorem umowy i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
4. W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 5 do niniejszej SIWZ.
5. Oświadczam, że jeżeli w okresie związania ofertą nastąpią jakiegokolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w naszych dokumentach załączonych do oferty, natychmiast poinformujemy o nich Zamawiającego.
6. Oświadczam, że powierzymy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie niżej wskazanych części zamówienia:

Lp.	Firma (nazwa) podwykonawcy	Część (zakres) zamówienia
1.		
2.		



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

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)

7. Oświadczam, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych, niż wymienionych podmiotów (podmioty trzecie):

Lp.	Firma (nazwa) podmiotu trzeciego	Udostępniany potencjał
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

8. Oświadczam, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Oświadczam, że na sprzęt będący przedmiotem postępowania udzielam m-nej gwarancji (min. 36 m-cy).
10. Oświadczam, że oferowany sprzęt:
1) dla zadania nr 1 jest nowy/ po demonstracyjny i przepracował h;
2) dla zadania nr 2 jest nowy/ po demonstracyjny i przepracował h;
11. W przypadku wyboru naszej oferty u Zamawiającego nie powstaje/powstanie² obowiązek podatkowy (zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług).
12. Oferta wraz z załącznikami została złożona na stronach.
13. Niniejszym informuję, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
14. Oświadczamy, że jesteśmy*:
13.1 **Mikroprzedsiębiorstwem**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;
13.2 **Małym przedsiębiorstwem**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR;
13.3 **Średnim przedsiębiorstwem**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

*właściwe podkreślić

15. Do oferty załączamy następujące dokumenty:

- 1)
2)

III. Inne informacje Wykonawcy:

.....
.....

Miejscowość data

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców)

Było:

Załącznik nr 5 do SIWZ ZP/10/2018

UMOWA dostawy nr SM/...../DT/BB/2018

zawarta w dniu pomiędzy:

Szpitałem Miejskim im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu (72-600 Świnoujście), ul. Mieszka I 7, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod nr 000000018145 oraz do Krajowego Rejestru Sądowego – rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum w Szczecinie – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000490038 (NIP: 855-158-34-67) o kapitale zakładowym 4 238 100,00 zł.

reprezentowaną przez

Prezesa Zarządu – Dorotę Konkolewską

² niewłaściwe skreślić

zwaną dalej „Szpitalem” lub „Zamawiającym”,
a

.....
zwanym w treści umowy „Dostawcą”
reprezentowanym przez:
.....

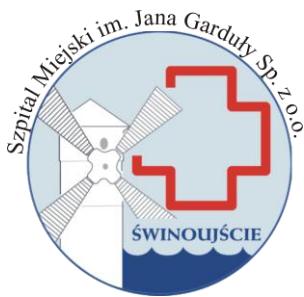
Niniejszą umowę zawarto w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na Dostawa sprzętu medycznego dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o, (zwanymi dalej przedmiotem dostawy) na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.):

§ 1

- Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć, zainstalować i przenieść na własność Szpitala:
 - (typ, model, rok prod.);
zwanym dalej „sprzętem” lub „przedmiotem umowy”, o którym mowa w ofercie Wykonawcy, stanowiącej załącznik do niniejszej umowy (dalej zwanej umową).
- Wykonawca oświadcza, że sprzęt jest fabrycznie nowy/ po demonstracyjny, wolny od wad fizycznych i prawnych.
- Wykonawca oświadcza, że sprzęt odpowiada wszelkim wymaganiom jakościowym określonym w SIWZ nr ZP/10/2018 i posiada certyfikaty dopuszczenia do obrotu i stosowania oraz odpowiednie dopuszczenia do stosowania w jednostkach służby zdrowia. W celu potwierdzenia powyższego Wykonawca dołącza do niniejszej umowy poświadczone za zgodność z oryginałem:
 - dokumenty w języku polskim, świadczące o dopuszczeniu sprzętu do obrotu i do używania;
 - zaświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych – jeżeli jest wymagane lub oświadczenie, że sprzęt nie podlega wpisowi do Rejestru Wyrobów Medycznych;
 - paszporty urządzeń.
- Wykonawca zapewni prawidłową pracę dostarczonego sprzętu od momentu jego pierwszego uruchomienia.
- Wykonawca zainstaluje sprzęt w miejscu wskazanym przez Szpital i dokona przeszkolenia osób wskazanych przez Szpital z zakresu używania sprzętu.
- Wykonawca oświadcza, że w sprzęcie zainstalowane jest wyłącznie legalne oprogramowanie oraz udziela Szpitalowi licencji do korzystania z tego oprogramowania w zakresie niezbędnym do korzystania ze sprzętu zgodnie z przeznaczeniem i warunkami określonymi w załączniku nr 1 do SIWZ w ramach wynagrodzeni za wykonanie umowy. Licencje zostaną udzielone na okres korzystania ze sprzętu.

§ 2

- Strony przewidują, iż wysokość wynagrodzenia Wykonawcy za wykonanie przedmiotu niniejszej umowy dla zadania nr ... wyniesie:
 - cena netto:.....(słownie:),
 - wartość podatku VAT:(słownie:),
 - cena brutto:(słownie:)
- Cena brutto jest ceną ryczałtową i zawiera w sobie wszelkie koszty związane z wykonaniem Umowy, w szczególności koszt transportu przedmiotu umowy do siedziby Szpitala, koszt instalacji sprzętu w siedzibie Szpitala, przeszkolenie personelu wskazanego przez Szpital z zakresu obsługi i konserwacji sprzętu, licencje na korzystanie z oprogramowania oraz cło i podatek od towarów i usług.
- Zapłata ceny za realizację niniejszej umowy nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze VAT w terminie 30 dni od daty doręczenia Szpitalowi prawidłowo wystawionej faktury.
- Podstawą do wystawienia faktury przez Wykonawcę stanowić będzie protokół przekazania/przyjęcia sprzętu do eksploatacji, podpisany przez przedstawicieli obu stron umowy, nie zawierający zastrzeżeń Szpitala, po przeszkoleniu personelu Szpitala z zakresu obsługi i konserwacji (potwierdzonego stosownym protokołem) oraz po przekazaniu Szpitalowi następujących dokumentów:
 - instrukcji obsługi w języku polskim w wersji papierowej – 2 egzemplarze i elektronicznej - na płycie CD/ DVD lub PenDrive w egz.,
 - kart gwarancyjnych w języku polskim,
 - paszportu technicznego wystawionego dla przedmiotu umowy,
 - deklaracji zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych lub pisemnego oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych,
 - wykaz autoryzowanych punktów w okresie gwarancyjnym,
 - zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym;
 - wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji sprzętu.
- Wykonawca oświadcza, że sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone przepisami powszechnie obowiązującego prawa oraz posiada wszystkie wymagane prawem świadectwa jakości, certyfikaty i aprobaty.
- Ryzyko zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu do czasu dokonania jego odbioru końcowego obciąża w całości Wykonawcę.



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

9. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Szpitala.

§ 3

1. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia i instalacji sprzętu wraz z kompletnym oprzyrządowaniem oraz przeprowadzeniem szkolenia osób wskazanych przez Zamawiającego z zakresu obsługi i konserwacji sprzętu w terminie **do dni kalendarzowych** od dnia zawarcia umowy tj.: do r.
2. Wykonawca zawiadomi Szpital o terminie i godzinie dostawy oraz instalacji sprzętu za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: beata.byra@szpital-swinoujscie.pl oraz telefonicznie **+48-91-32-67-315** nie później niż 3 dni przed planowaną dostawą, instalacją i uruchomieniem przedmiotu umowy. Termin szkolenia zostanie ustalony przez strony.
3. Niebezpieczeństwo utraty lub uszkodzenia przedmiotu dostawy w czasie transportu spoczywa na Wykonawcy.

§ 4

1. Niezależnie od uprawnień z tytułu rękojmi Wykonawca dodatkowo udziela gwarancji na przedmiot umowy przez okres..... miesięcy zgodnie ze złożoną ofertą oraz siwz.
2. Okres gwarancji rozpoczyna się od dnia dostawy. Za datę dostawy przyjmuje się datę podpisania przez przedstawiciela Szpitala protokołu odbioru przedmiotu umowy (bez uwag), o którym mowa w § 2 ust 4. Materiały eksploatacyjne do szkolenia zapewnia Wykonawca.
3. Protokół odbioru przedmiotu umowy sporządzony zostanie po uprzednim pozytywnym sprawdzeniu spełnienia warunków realizacji zamówienia określonych w siwz oraz w ofercie złożonej przez Wykonawcę.
4. Jeżeli podczas odbioru zostaną stwierdzone wady sprzętu, Szpital odmówi jego przyjęcia a Wykonawca Zobowiązany jest dostarczyć przedmiot umowy wolny od wad.
5. Jeżeli po dokonaniu odbioru sprzętu zostaną stwierdzone wady sprzętu, Wykonawca dokona naprawy sprzętu, w tym wymiany niezbędnych elementów na nowe w terminie 2 dni od dnia zgłoszenia reklamacji. Wykonawca stawi się w miejscu zainstalowania sprzętu w celu dokonania oględzin sprzętu i zidentyfikowania nieprawidłowości w terminie 48 godzin od chwili zgłoszenia. Termin ten może zostać przesunięty przez Szpital z przyczyn leżących po stronie Szpitala.
6. W przypadku, gdy ze względów technologicznych wykonanie naprawy nie jest możliwe w powyższym terminie, w szczególności ze względu na konieczności sprowadzenia części zamiennych, czas naprawy może ulec wydłużeniu o czas wskazany przez Szpital na piśmie. W celu wydłużenia czasu naprawy, Wykonawca informuje Szpital w terminie 2 dni od dnia zgłoszenia konieczności naprawy o przyczynach niemożności zachowania terminu oraz przewidywanego terminu, w którym naprawa będzie mogła zostać wykonana. Na żądanie Szpitala, Wykonawca przedstawi dowody wskazujące niemożności dokonania naprawy w czasie umówionym. W takim przypadku Wykonawca zobowiązany jest zapewnić Szpitalowi nieodpłatnie sprzęt zastępczy o parametrach technicznych odpowiadających sprzętowi. Dostarczenie oraz instalacja sprzętu zastępczego nastąpi w terminie 2 od dnia zgłoszenia potrzeby naprawy na koszt i ryzyko Wykonawcy. Dostarczenie sprzętu zastępczego nie jest wymagane, jeżeli wada jest tego rodzaju, że umożliwia korzystanie ze sprzętu przez Szpital w zakresie dotychczasowym, bez uszczerbku dla bezpieczeństwa pacjentów, prawidłowości wykonywanych badań i ich dokumentacji. Sprzęt zastępczy musi odpowiadać jakościowo sprzętowi.
7. W razie bezskutecznej naprawy sprzętu lub jego elementu, Wykonawca jest obowiązany do wymiany przedmiotu umowy (lub wadliwego elementu) na nowy, wolny od wad – w terminie 7 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego na naprawę sprzętu .
8. W przypadku, gdy wada jest tego rodzaju, że naprawa sprzętu spowoduje spadek jego wartości w stosunku do sprzętu bez wad lub ze względu na rodzaj wady celowa jest wymiana sprzętu, Wykonawca w terminie, o którym mowa w ust. 7 dokona wymiany sprzęt na nowy.
9. Wszelkie sprawy awaryjne i reklamacyjne Szpital będzie zgłaszał Wykonawcy telefonicznie na nr i e-mailem na adres:@.....
10. W przypadku konieczności wykonania naprawy sprzętu i urządzeń pomocniczych poza siedzibą Szpitala, Wykonawca zapewni Szpitalowi sprzęt zastępczy do wykorzystania przez okres naprawy, zgodnie z ust. 5 powyżej. To samo dotyczy sytuacji, gdy sprzęt podlega wymianie na nowy.
11. Napraw gwarancyjnych dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu.
12. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za wykonane naprawy, usługi serwisu i za ewentualne zniszczenia lub uszkodzenia naprawianego sprzętu.
13. Jeżeli w wykonaniu swoich obowiązków Wykonawca dostarczył Szpitalowi zamiast sprzętu wadliwego sprzęt wolny od wad albo dokonał istotnych napraw sprzętu, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia sprzętu wolnego od wad lub zwrócenia sprzętu naprawionego. Jeżeli Wykonawca wymienił część sprzętu, zapis powyższy stosuje się odpowiednio do części wymienionej.
14. Szpital może dochodzić roszczeń z tytułu gwarancji, także po upływie terminu gwarancji, jeżeli wniósł reklamację przed upływem okresu gwarancji.
15. Uprawnienia z tytułu gwarancji nie ograniczają uprawnień Szpitala wynikających z rękojmi.
16. W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewnia także bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny, obejmujący:

- 1) 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,
 - 2) wymiany części zużywalnych wskazanych w dokumentacji serwisowej sprzętu przewidzianych do wymiany w czasie odpowiednich przeglądów,
 - 3) udzielania bezpłatnych porad telefonicznych dotyczących obsługi przedmiotu umowy.
- 17 Koszty przeglądów gwarancyjnych o których mowa w ust. 16 obciążają Wykonawcę. Szpital nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.
18. Zapisy dotyczące zapewnienia sprzętu zastępczego stosuje się także w przypadku naprawy niebędącej naprawą gwarancyjną lub z tytułu rękojmi.

§ 5

1. Wykonawca zapłaci Szpitalowi karę umowną:
 - 1) w wysokości 0,5 % ceny brutto przedmiotu umowy za każdy dzień opóźnienia w:
 - a. dostarczeniu i zainstalowaniu sprzętu,
 - b. usunięciu wady sprzętu,
 - c. niedostarczeniu sprzętu zamiennego,jednak nie mniej niż 100,00 zł za każdy dzień opóźnienia i nie więcej niż 20 % ceny brutto przedmiotu umowy,
 - 2) 25 % ceny brutto przedmiotu umowy za odstąpienie od umowy lub jej rozwiązanie przez Zamawiającego z przyczyn dotyczących Wykonawcy .
2. Szpitalowi przysługuje prawo odstąpienia od umowy w terminie 10 dni od dnia zaistnienia przyczyny odstąpienia, w przypadku, gdy:
 - 1) Wykonawca opóźnia się z wykonaniem przedmiotu umowy o więcej niż 4 dni kalendarzowych,
 - 2) Wykonawca opóźnia się w usunięciu wad przedmiotu umowy w terminie dłuższym niż 2 dni kalendarzowych,
 - 3) Wykonawca opóźnia się z dostarczeniem sprzętu zamiennego o więcej niż 4 dni kalendarzowych.
 - 4) Wykonawca nie wykonuje obowiązków wynikających z gwarancji lub rękojmi, mimo pisemnego wezwania do wykonania obowiązku.
3. Szpital zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wartości rzeczywiście poniesionej szkody, w przypadku, gdy szkoda przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie ewentualnych kar umownych z wynagrodzenia za wykonanie umowy.
5. W przypadku odstąpienia przez Zamawiającego od umowy Zamawiający nie traci uprawnień do naliczenia kar umownych.

§ 6

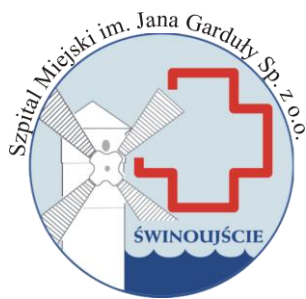
1. Jeżeli Szpital odstąpi od umowy z przyczyn, o których mowa w § 5 ust. 2, Szpitalowi przysługuje prawo dokonania interwencyjnego zakupu przedmiotu dostawy u innego Wykonawcy na koszt i ryzyko Wykonawcy (transport, różnica w cenie).
2. W przypadku nieusunięcia wady w terminie lub niedokonania naprawy lub przeglądu, Szpital może usunąć wadę, dokonać naprawy lub przeglądu na koszt i ryzyko Wykonawcy.
3. W przypadku niedostarczenia sprzętu zastępczego w terminie, Szpital może zlecić wykonywanie usług, które wykonywane są przy wykorzystaniu sprzętu innemu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub wynająć sprzęt zastępczy na koszt i ryzyko Wykonawcy.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie należności, o których mowa w ust. 1 - 3, poprzez wystawienie przez Szpital pisemnego dokumentu obciążającego Wykonawcę zwanego notą obciążeniową ze wskazaniem tytułu obciążenia (*tj. powołanie odpowiedniego zapisu umowy*).

§ 7

Wykonawca niniejszym oświadcza, iż posiada aktualną i ważną przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy umowę ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej na sumę gwarancyjną nie niższą niż zł.

§ 8

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem ich nieważności.
2. Szpital przewiduje możliwość, stosownie do treści art. 144 ust. 1 Prawo zamówień publicznych, dokonania zmiany niniejszej umowy w następujących sytuacjach:
 - 1) w przypadku gdy zmiany dotyczą poprawienia błędów i oczywistych omyłek słownych, literowych, liczbowych, numeracji jednostek redakcyjnych lub uzupełnień treści nie powodujących zmiany celu i istoty umowy,
 - 2) gdy powstała możliwość dokonania nowszych i korzystniejszych dla Zamawiającego rozwiązań technologicznych i technicznych, niż te istniejące w chwili zawarcia umowy nie prowadzące do zmiany przedmiotu zamówienia,
 - 3) w przypadku działania organów administracji publicznej, organów władzy lub wymiaru sprawiedliwości, które uniemożliwiają zgodne z prawem wykonywanie zobowiązań umownych,
 - 4) zmiana ceny (*zarówno w górę jak i w dół*) dopuszczalna jest w przypadku:
 - a nieprzewidzianej na etapie składania ofert zmiany obowiązujących przepisów prawnych mających wpływ na sposób kalkulowania cen oferty przetargowej;



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

- b zmiany stawki podatku VAT – cena netto nie ulegnie zmianie, nastąpi jedynie zmiana ceny brutto.
- 5) zmiana terminu wykonania umowy – jeżeli z przyczyn leżących po stronie Zamawiającego wykonanie umowy w terminie będzie niemożliwe lub utrudnione.

§ 9

W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Szpital może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

§ 10

1. Osobą uprawnioną do kontaktu ze Szpitalem ze strony Wykonawcy jest
2. Osobą uprawnioną do kontaktu z Wykonawcą ze strony Szpitala są
3. W przypadku zmiany adresu siedziby Wykonawcy winien ten fakt zgłosić niezwłocznie Szpitalowi, a jeżeli tego nie uczyni, to pisma doręczone pod dotychczasowy adres będą uważane za doręczone prawidłowo.
4. Oświadczenia Szpitala wymagające doręczenia Wykonawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane listem poleconym na adres siedziby Wykonawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych i ustawy - Kodeks cywilny.
6. Spory powstałe na tle umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Szpitala.
7. Wykonawca zobowiązuje się nie przelewać na osobę trzecią jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z umowy, a w szczególności wierzytelności przysługujących mu od Szpitala na podstawie niniejszej umowy bez jego pisemnej zgody pod rygorem nieważności.
8. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – jeden egzemplarz dla Wykonawcy i dwa egzemplarze dla Szpitala.

Wykaz załączników:

1. Opis przedmiotu zamówienia- Załącznik Nr 1 do SIWZ,
2. Oferta Wykonawcy z dnia
3. SIWZ z załącznikami.

SZPITAL

WYKONAWCA

Zmienia się na:

Załącznik nr 5 do SIWZ ZP/10/2018

UMOWA

dostawy nr SM/...../DT/BB/2018

zawarta w dniu pomiędzy:

Szpitalem Miejskim im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu (72-600 Świnoujście), ul. Mieszka I 7, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod nr 000000018145 oraz do Krajowego Rejestru Sądowego – rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum w Szczecinie – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000490038 (NIP: 855-158-34-67) o kapitale zakładowym 4 238 100,00 zł.

reprezentowaną przez

Prezesa Zarządu – Dorotę Konkolewską

zwaną dalej „Szpitalem” lub „Zamawiającym”,

a

.....
zwanym w treści umowy „Dostawcą”

reprezentowanym przez:
.....

Niniejszą umowę zawarto w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na Dostawa sprzętu medycznego dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. (zwaną dalej przedmiotem dostawy) na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.):

§ 1

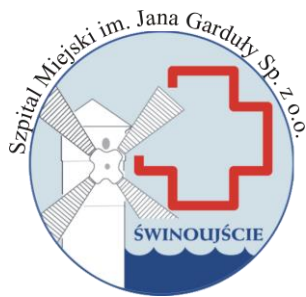
- Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć, zainstalować i przenieść na własność Szpitala:
 - (typ, model, rok prod.);
zwanym dalej „sprzętem” lub „przedmiotem umowy”, o którym mowa w ofercie Wykonawcy, stanowiącej załącznik do niniejszej umowy (dalej zwanej umową).
- Wykonawca oświadcza, że sprzęt jest fabrycznie nowy/ po demonstracyjny, wolny od wad fizycznych i prawnych.
- Wykonawca oświadcza, że sprzęt odpowiada wszelkim wymaganiom jakościowym określonym w SIWZ nr ZP/10/2018 i posiada certyfikaty dopuszczenia do obrotu i stosowania oraz odpowiednie dopuszczenia do stosowania w jednostkach służby zdrowia. W celu potwierdzenia powyższego Wykonawca dołącza do niniejszej umowy poświadczone za zgodność z oryginałem:
 - dokumenty w języku polskim, świadczące o dopuszczeniu sprzętu do obrotu i do używania;
 - zaświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych – jeżeli jest wymagane lub oświadczenie, że sprzęt nie podlega wpisowi do Rejestru Wyrobów Medycznych;
 - paszporty urządzeń.
- Wykonawca zapewni prawidłową pracę dostarczonego sprzętu od momentu jego pierwszego uruchomienia.
- Wykonawca zainstaluje sprzęt w miejscu wskazanym przez Szpital i dokona przeszkolenia osób wskazanych przez Szpital z zakresu używania sprzętu.
- Wykonawca oświadcza, że w sprzęcie zainstalowane jest wyłącznie legalne oprogramowanie oraz udziela Szpitalowi licencje do korzystania z tego oprogramowania w zakresie niezbędnym do korzystania ze sprzętu zgodnie z przeznaczeniem i warunkami określonymi w załączniku nr 1 do SIWZ w ramach wynagrodzenia za wykonanie umowy. Licencje zostaną udzielone na okres korzystania ze sprzętu.

§ 2

- Strony przewidują, iż wysokość wynagrodzenia Wykonawcy za wykonanie przedmiotu niniejszej umowy dla zadania nr ... wyniesie:
 - cena netto:.....(słownie:),
 - wartość podatku VAT:(słownie:),
 - cena brutto:(słownie:)
- Cena brutto jest ceną ryczałtową i zawiera w sobie wszelkie koszty związane z wykonaniem Umowy, w szczególności koszt transportu przedmiotu umowy do siedziby Szpitala, koszt instalacji sprzętu w siedzibie Szpitala, przeszkolenie personelu wskazanego przez Szpital z zakresu obsługi i konserwacji sprzętu, licencje na korzystanie z oprogramowania oraz cło i podatek od towarów i usług.
- Zapłata ceny za realizację niniejszej umowy nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze VAT w terminie 30 dni od daty doręczenia Szpitalowi prawidłowo wystawionej faktury.
- Podstawą do wystawienia faktury przez Wykonawcę stanowić będzie protokół przekazania/przyjęcia sprzętu do eksploatacji, podpisany przez przedstawicieli obu stron umowy, nie zawierający zastrzeżeń Szpitala, po przeszkoleniu personelu Szpitala z zakresu obsługi i konserwacji (potwierdzonego stosownym protokołem) oraz po przekazaniu Szpitalowi następujących dokumentów:
 - instrukcji obsługi w języku polskim w wersji papierowej – 2 egzemplarze i elektronicznej - na płycie CD/ DVD lub PenDrive w egz.,
 - kart gwarancyjnych w języku polskim,
 - paszportu technicznego wystawionego dla przedmiotu umowy,
 - deklaracji zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych lub pisemnego oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych,
 - wykaz autoryzowanych punktów w okresie gwarancyjnym,
 - zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym;
 - wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji sprzętu.
- Wykonawca oświadcza, że sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone przepisami powszechnie obowiązującego prawa oraz posiada wszystkie wymagane prawem świadectwa jakości, certyfikaty i aprobaty.
- Ryzyko zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu do czasu dokonania jego odbioru końcowego obciąża w całości Wykonawcę.
- Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Szpitala.

§ 3

- Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia i instalacji sprzętu wraz z kompletnym oprzyrządowaniem oraz przeprowadzeniem szkolenia osób wskazanych przez Zamawiającego z zakresu obsługi i konserwacji sprzętu w terminie do dni kalendarzowych od dnia zawarcia umowy tj.: do r.
- Wykonawca zawiadomi Szpital o terminie i godzinie dostawy oraz instalacji sprzętu za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: bbyra@szpital-swinoujscie.pl oraz telefonicznie +48-91-32-67-315 nie później niż 3 dni przed planowaną dostawą, instalacją i uruchomieniem przedmiotu umowy. Termin szkolenia zostanie ustalony przez strony.
- Niebezpieczeństwo utraty lub uszkodzenia przedmiotu dostawy w czasie transportu spoczywa na Wykonawcy.



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

§ 4

1. Niezależnie od uprawnień z tytułu rękojmi Wykonawca dodatkowo udziela gwarancji na przedmiot umowy przez okres miesięcy zgodnie ze złożoną ofertą oraz siwz.
2. Okres gwarancji rozpoczyna się od dnia dostawy. Za datę dostawy przyjmuje się datę podpisania przez przedstawiciela Szpitala protokołu odbioru przedmiotu umowy (bez uwag), o którym mowa w § 2 ust 4. Materiały eksploatacyjne do szkolenia zapewnia Wykonawca.
3. Protokół odbioru przedmiotu umowy sporządzony zostanie po uprzednim pozytywnym sprawdzeniu spełnienia warunków realizacji zamówienia określonych w siwz oraz w ofercie złożonej przez Wykonawcę.
4. Jeżeli podczas odbioru zostaną stwierdzone wady sprzętu, Szpital odmówi jego przyjęcia a Wykonawca Zobowiązany jest dostarczyć przedmiot umowy wolny od wad.
5. Jeżeli po dokonaniu odbioru sprzętu zostaną stwierdzone wady sprzętu, Wykonawca dokona naprawy sprzętu, w tym wymiany niezbędnych elementów na nowe w terminie 2 dni od dnia zgłoszenia reklamacji. Wykonawca stawia się w miejscu zainstalowania sprzętu w celu dokonania oględzin sprzętu i zidentyfikowania nieprawidłowości w terminie 48 godzin od chwili zgłoszenia. Termin ten może zostać przesunięty przez Szpital z przyczyn leżących po stronie Szpitala.
6. W przypadku, gdy ze względów technologicznych wykonanie naprawy nie jest możliwe w powyższym terminie, w szczególności ze względu na konieczności sprowadzenia części zamiennych, czas naprawy może ulec wydłużeniu o czas wskazany przez Szpital na piśmie. W celu wydłużenia czasu naprawy, Wykonawca informuje Szpital w terminie 2 dni od dnia zgłoszenia konieczności naprawy o przyczynach niemożności zachowania terminu oraz przewidywanego terminu, w którym naprawa będzie mogła zostać wykonana. Na żądanie Szpitala, Wykonawca przedstawi dowody wskazujące niemożność dokonania naprawy w czasie umówionym. W takim przypadku Wykonawca zobowiązany jest zapewnić Szpitalowi nieodpłatnie sprzęt zastępczy o parametrach technicznych odpowiadających sprzętowi. Dostarczenie oraz instalacja sprzętu zastępczego nastąpi w terminie 2 od dnia zgłoszenia potrzeby naprawy na koszt i ryzyko Wykonawcy. Dostarczenie sprzętu zastępczego nie jest wymagane, jeżeli wada jest tego rodzaju, że umożliwia korzystanie ze sprzętu przez Szpital w zakresie dotychczasowym, bez uszczerbku dla bezpieczeństwa pacjentów, prawidłowości wykonywanych badań i ich dokumentacji. Sprzęt zastępczy musi odpowiadać jakościowo sprzętowi.
7. W razie bezskutecznej naprawy sprzętu lub jego elementu, Wykonawca jest obowiązany do wymiany przedmiotu umowy (lub wadliwego elementu) na nowy, wolny od wad – w terminie 7 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego na naprawę sprzętu .
8. W przypadku, gdy wada jest tego rodzaju, że naprawa sprzętu spowoduje spadek jego wartości w stosunku do sprzętu bez wad lub ze względu na rodzaj wady celowa jest wymiana sprzętu, Wykonawca w terminie, o którym mowa w ust. 7 dokona wymiany sprzętu na nowy.
9. Wszelkie sprawy awaryjne i reklamacyjne Szpital będzie zgłaszał Wykonawcy telefonicznie na nr i e-mailem na adres:@.....
10. W przypadku konieczności wykonania naprawy sprzętu i urządzeń pomocniczych poza siedzibą Szpitala, Wykonawca zapewni Szpitalowi sprzęt zastępczy do wykorzystania przez okres naprawy, zgodnie z ust. 5 powyżej. To samo dotyczy sytuacji, gdy sprzęt podlega wymianie na nowy.
11. Napraw gwarancyjnych dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu.
12. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za wykonane naprawy, usługi serwisu i za ewentualne zniszczenia lub uszkodzenia naprawianego sprzętu.
13. Jeżeli w wykonaniu swoich obowiązków Wykonawca dostarczył Szpitalowi zamiast sprzętu wadliwego sprzęt wolny od wad albo dokonał istotnych napraw sprzętu, termin gwarancji biegnie na nowo od chwili dostarczenia sprzętu wolnego od wad lub zwrócenia sprzętu naprawionego. Jeżeli Wykonawca wymienił część sprzętu, zapis powyższy stosuje się odpowiednio do części wymienionej.
14. Szpital może dochodzić roszczeń z tytułu gwarancji, także po upływie terminu gwarancji, jeżeli wniósł reklamację przed upływem okresu gwarancji.
15. Uprawnienia z tytułu gwarancji nie ograniczają uprawnień Szpitala wynikających z rękojmi.
16. W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewnia także bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny, obejmujący:
 - 1) 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,
 - 2) wymiany części zużywalnych wskazanych w dokumentacji serwisowej sprzętu przewidzianych do wymiany w czasie odpowiednich przeglądów,
 - 3) udzielania bezpłatnych porad telefonicznych dotyczących obsługi przedmiotu umowy.
17. Koszty przeglądów gwarancyjnych o których mowa w ust. 16 obciążają Wykonawcę. Szpital nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.
18. Zapisy dotyczące zapewnienia sprzętu zastępczego stosuje się także w przypadku naprawy niebędącej naprawą gwarancyjną lub z tytułu rękojmi.

§ 5

1. Wykonawca zapłaci Szpitalowi karę umowną:
 - 1) w wysokości 0,5 % ceny brutto przedmiotu umowy za każdy dzień opóźnienia w:
 - a. dostarczeniu i zainstalowaniu sprzętu,
 - b. usunięciu wady sprzętu,
 - c. niedostarczeniu sprzętu zamiennego,jednak nie mniej niż 100,00 zł za każdy dzień opóźnienia i nie więcej niż 20 % ceny brutto przedmiotu umowy,
 - 2) 25 % ceny brutto przedmiotu umowy za odstąpienie od umowy lub jej rozwiązanie przez Zamawiającego z przyczyn dotyczących Wykonawcy.
2. Szpitalowi przysługuje prawo odstąpienia od umowy w terminie 10 dni od dnia zaistnienia przyczyny odstąpienia, w przypadku, gdy:
 - 1) Wykonawca opóźnia się z wykonaniem przedmiotu umowy o więcej niż 4 dni kalendarzowych,
 - 2) Wykonawca opóźnia się w usunięciu wad przedmiotu umowy w terminie dłuższym niż 2 dni kalendarzowych,
 - 3) Wykonawca opóźnia się z dostarczeniem sprzętu zamiennego o więcej niż 4 dni kalendarzowych.
 - 4) Wykonawca nie wykonuje obowiązków wynikających z gwarancji lub rękojmi, mimo pisemnego wezwania do wykonania obowiązku.
3. Szpital zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wartości rzeczywiście poniesionej szkody, w przypadku, gdy szkoda przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie ewentualnych kar umownych z wynagrodzenia za wykonanie umowy.
5. W przypadku odstąpienia przez Zamawiającego od umowy Zamawiający nie traci uprawnień do naliczenia kar umownych.

§ 6

1. Jeżeli Szpital odstąpi od umowy z przyczyn, o których mowa w § 5 ust. 2, Szpitalowi przysługuje prawo dokonania interwencyjnego zakupu przedmiotu dostawy u innego Wykonawcy na koszt i ryzyko Wykonawcy (transport, różnica w cenie).
2. W przypadku nieusunięcia wady w terminie lub niedokonania naprawy lub przeglądu, Szpital może usunąć wadę, dokonać naprawy lub przeglądu na koszt i ryzyko Wykonawcy.
3. W przypadku niedostarczenia sprzętu zastępczego w terminie, Szpital może zlecić wykonywanie usług, które wykonywane są przy wykorzystaniu sprzętu innemu podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub wynająć sprzęt zastępczy na koszt i ryzyko Wykonawcy.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie należności, o których mowa w ust. 1 - 3, poprzez wystawienie przez Szpital pisemnego dokumentu obciążającego Wykonawcę zwanego notą obciążeniową ze wskazaniem tytułu obciążenia (*tj. powołanie odpowiedniego zapisu umowy*).

§ 7

Wykonawca niniejszym oświadcza, iż posiada aktualną i ważną przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy umowę ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej na sumę gwarancyjną nie niższą niż zł.

§ 8

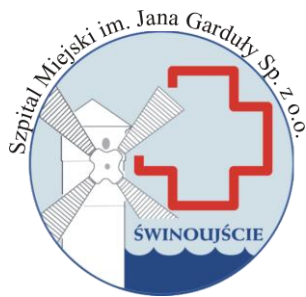
1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem ich nieważności.
2. Szpital przewiduje możliwość, stosownie do treści art. 144 ust. 1 Prawo zamówień publicznych, dokonania zmiany niniejszej umowy w następujących sytuacjach:
 - 1) w przypadku gdy zmiany dotyczą poprawienia błędów i oczywistych omyłek słownych, literowych, liczbowych, numeracji jednostek redakcyjnych lub uzupełnień treści nie powodujących zmiany celu i istoty umowy,
 - 2) gdy powstała możliwość dokonania nowszych i korzystniejszych dla Zamawiającego rozwiązań technologicznych i technicznych, niż te istniejące w chwili zawarcia umowy nie prowadzące do zmiany przedmiotu zamówienia,
 - 3) w przypadku działania organów administracji publicznej, organów władzy lub wymiaru sprawiedliwości, które uniemożliwiają zgodne z prawem wykonywanie zobowiązań umownych,
 - 4) zmiana ceny (*zarówno w górę jak i w dół*) dopuszczalna jest w przypadku:
 - a nieprzewidzianej na etapie składania ofert zmiany obowiązujących przepisów prawnych mających wpływ na sposób kalkulowania cen oferty przetargowej;
 - b zmiany stawki podatku VAT – cena netto nie ulegnie zmianie, nastąpi jedynie zmiana ceny brutto.
 - 5) zmiana terminu wykonania umowy – jeżeli z przyczyn leżących po stronie Zamawiającego wykonanie umowy w terminie będzie niemożliwe lub utrudnione.

§ 9

W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Szpital może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

§ 10

1. Osobą uprawnioną do kontaktu ze Szpitalem ze strony Wykonawcy jest



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

2. Osobą uprawnioną do kontaktu z Wykonawcą ze strony Szpitala są
3. W przypadku zmiany adresu siedziby Wykonawcy winien ten fakt zgłosić niezwłocznie Szpitalowi, a jeżeli tego nie uczyni, to pisma doręczone pod dotychczasowy adres będą uważane za doręczone prawidłowo.
4. Oświadczenia Szpitala wymagające doręczenia Wykonawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane listem poleconym na adres siedziby Wykonawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych i ustawy - Kodeks cywilny.
6. Spory powstałe na tle umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Szpitala.
7. Wykonawca zobowiązuje się nie przelewać na osobę trzecią jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z umowy, a w szczególności wierzytelności przysługujących mu od Szpitala na podstawie niniejszej umowy bez jego pisemnej zgody pod rygorem nieważności.
8. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – jeden egzemplarz dla Wykonawcy i dwa egzemplarze dla Szpitala.

Wykaz załączników:

1. Opis przedmiotu zamówienia- Załącznik Nr 1 do SIWZ,
2. Oferta Wykonawcy z dnia
3. SIWZ z załącznikami.

SZPITAL

WYKONAWCA

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