



## SZPITAL POWIATOWY im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem

✉ ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane  
☎ tel. (+48 18) 20-120-21, fax (+48 18) 20-153-51  
✉ e-mail: [zp@szpital-zakopane.pl](mailto:zp@szpital-zakopane.pl)  
🌐 <http://www.szpital-zakopane.pl>

Zakopane, dnia 21 października 2020 roku

ZP / 18 / 20  
pyt. i odp. do SIWZ – nr 1

### Wykonawcy Pobierający Materiały Przetargowe SIWZ Wszyscy

W wyniku otrzymanych pytań dotyczących postępowania przetargowego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „Dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Zakopanem” działając na podstawie art. 38 ust. 2 i ust 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz. U. z 2019 roku, poz. 1843 ze zm.), przesyłam Państwu treść pytań, odpowiedzi związaną z udzielonymi wyjaśnieniami na zadane pytania oraz treść modyfikacji, zmian zapisów przedmiotowej SIWZ.

#### I. Pytania i odpowiedzi do SIWZ:

Działając na podstawie art. 38 ust. 2 i ust. 4 wyżej cytowanej ustawy, przesyłam Państwu treść pisemnych pytań oraz wyjaśnienia na zadane pytania w związku z przedmiotowym postępowaniem przetargowym:

#### Dotyczy: Pakiet nr 1 - Skaner Naczyń Krwionośnych

##### 1. Pytanie 1

**Czy zamawiający dopuści do przetargu iluminator żył o większej rozdzielczości tj. 414720 pikseli niż wymagana 410880 pikseli ale w nieco innych proporcjach 720x576 pikseli?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zmian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.3 SIWZ w zakresie Pakietu nr 1, pozycji nr 8 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.  | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI        | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|---|------------------|
| <b>SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka</b> |   |                  |
| 8.   | Rozdzielczość obrazu – minimum 410880 pixeli. | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 1 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

2. Pytanie 2

**Czy zamawiający wymaga aby skaner naczyń krwionośnych był wyposażony w ekran wskazujący wszystkie uruchomione na urządzeniu funkcje (w tym stan baterii i tryb pracy) ?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie stawia takiego wymagania jako warunek udziału w niniejszym postępowaniu.

II.

**Pakiet nr 1 - Skaner Naczyń Krwionośnych**

3. **Prosimy o dopuszczenie do przetargu skanera naczyń krwionośnych z wbudowanym wyświetlaczem na którym widoczne są wszystkie uruchomione na urządzeniu funkcje oraz informacje dotyczące stanu naładowania baterii, Takie urządzenie w sposób wizualny i jednoznaczny dla użytkownika sygnalizuje wszystkie informacje oraz alarmy**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zamian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.3 SIWZ w zakresie Pakietu nr 1, pozycji nr 14 i nr 16 tabeli wymaganych parametrów, które podlegają wykreśleniu.

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 1 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

4. **Prosimy o informację czy zamawiający wymaga aby jeden z co najmniej trzech trybów pracy w oferowanym skanerze naczyń krwionośnych był trybem pomiaru głębokości żył? Taka funkcjonalność jest standardowym wyposażeniem wszystkich urządzeń wysokiej klasy i zdecydowanie ułatwia procedurę wkłucia. Urządzenie bez tego trybu może okazać się w trudnych przypadkach nieefektywne i podważać zasadność używania urządzenia.**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie stawia takiego wymagania jako warunek udziału w niniejszym postępowaniu.

III.

**Pakiet nr 1 - SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka**

5. **– Pkt. 4 Czy Zamawiający dopuści do przetargu wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych w skład którego wchodzi urządzenie oraz dedykowany przewód do ładowania USB ? Jest to wygodniejsze rozwiązanie dla Zamawiającego.**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zamian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.3 SIWZ w zakresie Pakietu nr 1, pozycji nr 4 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.  | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI   | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|--|------------------|
| <b>SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka</b> |  |                  |
| 4.   | W skład urządzenia wchodzi minimum urządzenie do obrazowania oraz podstawa bądź dedykowany przewód do ładowania. | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 1 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

6. – Pkt. 6 Czy Zamawiający dopuści do przetargu wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych bez trybu uśpienia, lecz z szybką możliwością włączenia i wyłączenia urządzenia? Przy takim urządzeniu lepszym rozwiązaniem będzie proste wyłączenie, a nie wchodzenie w tryb oszczędności energii.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zamian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.3 SIWZ w zakresie Pakietu nr 1, pozycji nr 6 tabeli wymaganych parametrów, która podlega wykreśleniu.

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 1 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

7. – Pkt. 14 Czy Zamawiający dopuści do przetargu wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych nie emitujący sygnałów dźwiękowych? Oferowany skaner ma wygodny wyświetlacz LCD, na którym widać wszystkie wybrane opcje.

Odpowiedź: Patrz odpowiedź na pytanie nr 3 niniejszego pisma.

8. – Pkt. 17 Czy Zamawiający dopuści do przetargu wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych z czasem pracy 2 godziny? Oferowany skaner ma bardzo wygodną możliwość ładowania urządzenia poprzez kabel USB i nie musi być w stacji dokującej, przez co tworzy możliwość pracy ciągłej.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zamian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.3 SIWZ w zakresie Pakietu nr 1, pozycji nr 17 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.  | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI   | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|--|------------------|
| <b>SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka</b> |  |                  |
| 17.  | Czas pracy na baterii minimum 2 godziny. | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 1 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

9. – Pkt. 20 Czy Zamawiający dopuści do przetargu wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych o wymiarach 212 x 66 x 65 mm ? Jest to korzystna zmiana dla Zamawiającego, ponieważ różni się w długości, jest krótszy, co za tym idzie bardziej poręczniejszy. Szerokość i głębokość mieści się w wymaganych u Zamawiającego.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zamian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.3 SIWZ w zakresie Pakietu nr 1, pozycji nr 20 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.  | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI                 | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|--|------------------|
| <b>SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka</b> |  |                  |
| 20.  | Wymiary (szer. 55-70mm x gł. 55-70mm x dł. 212-250mm). | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 1 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

10. – Pkt. 21 Czy Zamawiający dopuści do przetargu wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych z kompatybilnym statywem jezdnym z regulowanym ramieniem innego typu niż „gęsia szyja” ? Taki rodzaj ramienia po pewnym czasie traci swoje właściwości i ugina się pod ciężarem urządzenia.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zamian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.3 SIWZ w zakresie Pakietu nr 1, pozycji nr 21 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.  | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI                            | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|---|------------------|
| <b>SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka</b> |   |                  |
| 21.  | Statyw jezdny kompatybilny do urządzenia z regulowanym ramieniem. | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 1 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

IV.

#### Pytania dla pakietu nr 1

11. Czy Zamawiający dopuści urządzenie wyprodukowane w IV kwartale 2019 roku? Ze względu na wyjątkową sytuację epidemiologiczną w I połowie 2020 roku, przesunięciu uległ cykl realizacji produkcji i dostaw. Urządzenie jest fabrycznie nowe, nieużywane i kompletne.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

12. Czy Zamawiający dopuści urządzenie, którego statyw jezdny o łamanym ramieniu, kompatybilny do urządzenia, zaopatrzone jest w mobilny uchwyt z możliwością ładowania? Takie rozwiązanie pozwala na pracę na ładowaniu sieciowym przy rozładowanej baterii urządzenia.

Odpowiedź: Patrz odpowiedź na pytanie nr 10 niniejszego pisma.

V.

13. Dotyczy pakietu – nr 4

**KARDIOTOKOGRAF – 3 sztuki**

**Dot. Pkt. 43 Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie**

**trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć:**

- Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),
- Wykonywanie modyfikacji ustawień,
- Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,
- Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.

**PYTANIE:**

**Czy Zamawiający dopuści wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta tj. 1 raz na 24 miesiące?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

VI.

14. Dotyczy Pakietu nr 5 - pkt 13 Opisu przedmiotu zamówienia – Prosimy o doprecyzowanie co Zamawiający ma na myśli pisząc o systemie szybkich cykli mycia i dezynfekcji. Czy Zamawiający wymaga aby zaoferowana myjnia była wyposażona w dodatkowe zbiorniki do wstępnego podgrzewania wody procesowej? Przy podanych w p. 10 SIWZ wymiarach, nie ma możliwości by zainstalować system dodatkowych zbiorników.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zmian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.7 SIWZ w zakresie Pakietu nr 5, pozycji nr 13 tabeli wymaganych parametrów, która podlega wykreśleniu.

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 5 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

#### Pytania do umowy

15. Czy Zamawiający dopuszcza zmianę § 5 ust. 3 poprzez dodanie pkt 4 o treści: 4) wystąpienia okoliczności o charakterze siły wyższej

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

16. Czy Zamawiający dopuszcza zmianę § 7 ust. 3 poprzez dodanie zdania drugiego o treści:

Jednakże w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego w związku z COVID-19, i przez 90 dni od dnia odwołania stanu, który obowiązywał jako ostatni, Zamawiający nie może potrącić kary umownej zastrzeżonej na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z wynagrodzenia Wykonawcy lub z innych jego wierzycelności, o ile zdarzenie, w związku z którym zastrzeżono tę karę, nastąpiło w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

17. Czy Zamawiający dopuszcza zmianę § 11 ust. 4 poprzez dodanie zdania drugiego o treści:

„Przed wdaniem się w spór sądowy strony zobowiązują się do przeprowadzenia negocjacji w celu jego ugodowego załatwienia”.

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

VII.

18. Pytanie 1 dot. Zał. 1 pak. Nr 6

Czy Zamawiający dopuści możliwość zaoferowania alternatywnego zestawu napędów o specyfikacji i ilościach wg listy poniżej?

| lp. |                     | opis towar/wyrób   | Szt. |
|-----|---------------------|--|------|
| 1   | Jednostka sterująca | jednostka sterująca - elektroniczna konsola zasilacza silników bezkomutatorowych, z generatorem zmiennoczęstotliwościowym z dwoma gniazdami przyłączy silników i jednym gniazdem przyłącza sterownika nożnego na panelu konsoli, możliwość współpracy z silnikami szybkoobrotowymi oraz wolnoobrotowymi w tym z silnikiem ze złączem typu intra, ekranem dotykowym lcd, menu piktograficznym, możliwością odczytu informacji serwisowych, ustawianiem parametrów granicznych i dynamicznych rozpoznawalnych automatycznie silników i pompą perystaltyczną chłodzenia o wydajności co najmniej 65 ml/min, menu w języku polskim | 1    |
| 2   | Przewód sieciowy    | sieciowy przewód zasilający o długości 5 metrów  | 1    |
| 3   | Sterownik nożny     | sterownik nożny jednoprzyciskowy z przyciskiem funkcyjnym i przyciskiem służącym do zmiany kierunku obrotów i możliwością sterowania funkcjami konsoli, bezprzewodowy  | 1    |
| 4   | Kabel silnikowy     | kabel silnikowy do połączenia nasadki napędowej kraniotomu/trepana/kątnicy z konsolą sterującą - kabel silnikowy z wyłącznikiem i z uniwersalnym, hermetycznym gniazdem do silnika   | 1    |
| 5   | Kątnica L7          | kątnica szybkoobrotowa 7 cm ze zintegrowany silnikiem, próg maksymalnej prędkości obrotowej regulowany od 10 000 do 80 000 obr./min. ze skokiem co 5 000 obr./min., moc maksymalna 140 W, masa 83g, maksymalny moment obrotowy 2,2 Ncm, wymiary 16x177 mm  | 1    |

|    |                                      |  |   |
|----|--------------------------------------|--|---|
| 6  | Piła posuwisto-zwrotna               | piła posuwisto-zwrotna ze zintegrowany silnikiem, próg maksymalnej prędkości regulowany od 0 000 do 20 000 suw/min. moc maksymalna 180 W, skok ostrza 1,3 mm, masa 198g            | 1 |
| 7  | Wiertarka                            | Uchwyt pistoletowy wiertarki z trybem wiertarskim i gwintującym, o mocy 200W, kaniulacja 3,3mm, prawo i lewo obrotowa, masa 800 g, w zestawie tuleja osłonowa do drutów kirschnera | 1 |
| 8  | Jacobs                               | Nasadka wiertarska Jacobs, śr. 0,5 - 4,0mm, obroty 0 - 1250 obr/min, moment obrotowy 2 Nm  | 1 |
| 9  | Nasadka wiertarska małe AO           | Nasadka wiertarska małe AO, obroty 0 - 1250 obr/min, moment obrotowy 2 Nm  | 1 |
| 10 | Kirschner                            | Nasadka Kirschner dla drutów o średnicy 0,6 - 3,2 mm, obroty 0 - 1250 obr/min  | 1 |
| 11 | Nasadka frezerska duże AO            | Nasadka frezerska duże AO, obroty 0 - 320 obr/min, moment obrotowy 6 Nm  | 1 |
| 12 | Piła oscylacyjna                     | Nasadka piły oscylacyjnej z maksymalną długością użytkową ostrzy 50 mm, obroty 0 - 15 750 obr/min, wychylenie ostrza 4.5°  | 1 |
| 13 | Kosz do mycia i sterylizacji zestawu | kosz stalowy wraz z uchwytami do mycia i sterylizacji silników i kabli   | 1 |
| 14 | Pokrywa                              | pokrywa kontenera niebieska wykonana z aluminium o gr 2 mm z filtrami na min 5000 cykli sterylizacyjnych   | 1 |
| 15 | Wanna                                | wanna kontenera wykonana z aluminium o wym. 592 x 274 x 90 mm do sterylizacji i przechowywania elementów systemu wiertarki   | 1 |
| 16 | Olej                                 | olej w aerozolu do oliwienia systemów pojemność 300 ml   | 6 |

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

VIII.

**19. Dotyczy pkt. 3 parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie urządzenia z wbudowanym wewnętrznym modułem argonowym, w pełni zintegrowanym, bez dodatkowych przystawek, z możliwością podłączenia odsysacza dymu?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zmian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.5 SIWZ w zakresie Pakietu nr 3, pozycji nr 3 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.                                      | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI  | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|---|------------------|
| <b>DIATERMIA CHIRURGICZNA – 1 sztuka</b> |   |                  |
| 3.                                       | Możliwość integracji poszczególnych urządzeń chirurgicznych (diatermia, przystawka argonowa bądź wbudowany wewnętrzny moduł argonowy, odsysacz dymu z pola operacyjnego) w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej. | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 3 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

20. **Dotyczy pkt. 4. parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie urządzenie z możliwością podłączenia odsysacza dymu z pola operacyjnego w zabiegach otwartych?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

21. **Dotyczy pkt. 7 parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie urządzenie ze zmianą nastaw i parametrów za pomocą ekranu dotykowego, z wyświetlaniem parametrów pracy dla wszystkich dostępnych trybów?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zmian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.5 SIWZ w zakresie Pakietu nr 3, pozycji nr 7 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.                               | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI   | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|-----------------------------------|--|------------------|
| DIATERMIA CHIRURGICZNA – 1 sztuka |  |                  |
| 7.                                | Zmiana nastaw i parametrów za pomocą przycisków funkcyjnych i podświetlanego pokrętkła bądź za pomocą ekranu dotykowego. | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 3 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

22. **Dotyczy pkt. 11, 12 parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści do zaoferowania aparat elektrochirurgiczny z:**

- 2 gniazdami uniwersalnymi w standardzie 6-pin z systemem rozpoznawania podłączonych narzędzi, monopolar / bipolar, które umożliwiają również użycie instrumentów do zamykania naczyń,
- 1 gniazdo monopolarne o standardzie 3-pinowym,
- 1 gniazdo bipolarne o standardzie 2-pin 29mm,
- 1 gniazdo argonowe,
- 1 gniazdo elektrody neutralnej?

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

23. **Dotyczy pkt. 17 parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści do zaoferowania aparat elektrochirurgiczny z max. mocą znamionową koagulacji monopolarnej 200 W?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.



24. **Dotyczy pkt. 20 parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści do zaoferowania aparat elektrochirurgiczny, w którym praca symultaniczna aktywowana jest dla tego samego trybu?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

25. **Dotyczy pkt. 23 parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie urządzenie z możliwością aktywacji pęset bipolarnych w trybie koagulacji bipolarnej z precyzyjną regulacją mocy w zakresie 1-20 W z krokiem co 1 W?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

26. **Dotyczy pkt. 28 parametry graniczne, warunki. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie urządzenie z modułem do preparowania i zamykania dużych naczyń do 7 mm z możliwością wybrania mocy max. oraz efektu?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

## WYPOSAŻENIE

27. **Dotyczy pkt. 31. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie wielorazowego instrumentu bipolarnego do zamykania naczyń do 7 mm, składającego się z uchwytu z kablem dł. 3 m (6-pin – z możliwością rozpoznawania narzędzia), rurki wewnętrznej o śr. trzonu 5 mm i dł. 340 mm oraz wkładu disektor Maryland o dł. 340 mm, końcówka robocza o szerokości 2 mm i długości 17 mm, kompatybilnego z oferowanym urządzeniem, bez możliwości połączenia z jednorazowym ostrzem tnącym, bez adaptera do płukania z osobnym czyszcikiem końcówki roboczej ?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

28. **Dotyczy pkt. 32. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie przewodnicy do instrumentu bipolarnego do zamykania naczyń do 7 mm, składającej się z: rurki wewnętrznej o śr. trzonu 5 mm i dł. 100 mm oraz wkładu typu grasper okienkowego o dł. 100 mm, końcówka robocza o szerokości 4 mm i długości 13 mm, kompatybilnego z oferowanym urządzeniem, bez możliwości połączenia z jednorazowym ostrzem tnącym, bez adaptera do płukania z osobnym czyszcikiem końcówki roboczej ?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

29. **Dotyczy pkt. 35. Czy Zamawiający dopuści wykreślenie z pakietu jednorazowych nożyków do instrumentu do zamykania naczyń o śr. 10 mm?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

**30. Dotyczy pkt. 37. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie standardowego zestawu elektrod wielorazowych o śr. trzpienia 4 mm**

- elektroda lancet prosty,
- elektroda nóż prosty,
- elektroda igła prosta,
- elektroda kulka prosta o średnicy 2 mm,
- elektroda kulka prosta o średnicy 4 mm?

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że nie dopuszcza możliwości dokonania zmiany, modyfikacji zapisów SIWZ mających na celu uwzględnienie niniejszego wniosku.

**31. Dotyczy pkt. 39. Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie pęsety bipolarnej, izolowanej, prostej, 1 mm o długości 195 mm?**

Odpowiedź: Zamawiający informuje i wyjaśnia, że postanawia dokonać modyfikacji, zamian zapisów SIWZ w zakresie opisu przedmiotu zamówienia punktu 3.5 SIWZ w zakresie Pakietu nr 3, pozycji nr 39 tabeli wymaganych parametrów, która otrzymuje nowe brzmienie:

| Lp.                               | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI  | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|-----------------------------------|---|------------------|
| DIATERMIA CHIRURGICZNA – 1 sztuka |   |                  |
| 39.                               | Pęseta bipolarna nieprzywierająca, izolowana, prosta, końce tępe 1 mm, dł. 19,5-20 cm – 1 sztuka. | TAK              |

W związku z powyższym ulega zmianie, modyfikacji wzór formularza oferty przetargowej w zakresie Pakietu nr 3 (załącznik nr 1 do SIWZ), patrz część II niniejszego pisma – Modyfikacja zapisów SIWZ.

## II. Modyfikacja (zmiana) zapisów SIWZ:

Działając na podstawie art. 38 ust. 2 i ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych, **postanawia się wprowadzić modyfikacje, zmiany zapisów przedmiotowej SIWZ, które stają się jej integralną częścią.** Dokonane zmiany są wiążące dla wykonawców, którzy pobrali materiały przetargowe (SIWZ).

### 1. Ulega zmianie punkt 3.3 SIWZ, który otrzymuje nowe brzmienie:

#### Punkt 3.3 SIWZ

Dostawa fabrycznie nowego **skanera naczyń krwionośnych** dla potrzeb Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem przy ulicy Kamieniec 10, o którym mowa w punkcie 3.1.1) SIWZ obejmuje urządzenia o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:

#### PAKIET – nr 1

| Lp.  | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI   | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|--|------------------|
| <b>SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka</b> |  |                  |
| 1.   | Aparat fabrycznie nowy rok produkcji 2020.   | TAK              |
| 2.   | Przenośne urządzenie służące lokalizacji żył.  | TAK              |
| 3.   | Urządzenie wykrywające żyły za pomocą światła podczerwonego, a następnie wyświetlające ten obraz na powierzchni skóry. | TAK              |
| 4.   | W skład urządzenia wchodzi minimum urządzenie do obrazowania oraz podstawa bądź dedykowany przewód do ładowania.       | TAK              |
| 5.   | Urządzenie przystosowane do pracy ciągłej.   | TAK              |
| 6.   | Projekcja obrazu na powierzchni skóry.   | TAK              |
| 7.   | Rozdzielczość obrazu – minimum 410880 pixeli.  | TAK              |
| 8.   | Minimum 3 trybów wyświetlanej projekcji obrazu.  | TAK              |
| 9.   | Minimum 3 rozmiary wyświetlanego obrazu.   | TAK              |
| 10.  | Możliwość regulowania jasności wyświetlanego obrazu - minimum 3 poziomy jasności.                                      | TAK              |
| 11.  | Długość fali światła podczerwonego minimum 800 nm.   | TAK              |
| 12.  | Tryb inwersji obrazu.  | TAK              |
| 13.  | Wbudowana bateria.   | TAK              |
| 14.  | Czas pracy na baterii minimum 2 godziny.   | TAK              |
| 15.  | Czas pełnego ładowania baterii max 4 godziny.  | TAK              |
| 16.  | Masa urządzenia max 600 g.   | TAK              |
| 17.  | Wymiary (szer. 55-70mm x gł. 55-70mm x dł. 212-250mm).   | TAK              |
| 18.  | Statyw jezdny kompatybilny do urządzenia z regulowanym ramieniem.  | TAK              |

|                          |   |     |
|--------------------------|---|-----|
| 19.                      | Wyposażenie dodatkowe: niezbędne akcesoria, ładowarki.  | TAK |
| <b>Warunki gwarancji</b> |   |     |
| 20.                      | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK |
| 21.                      | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK |
| 22.                      | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK |
| 23.                      | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK |
| 24.                      | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK |
| 25.                      | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK |

## 2. Ulega zmianie punkt 3.5 SIWZ, który otrzymuje nowe brzmienie:

**Punkt 3.5 SIWZ** Dostawa fabrycznie nowej **diatermii chirurgicznej** dla potrzeb Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem przy ulicy Kamieniec 10, o której mowa w punkcie 3.1.3) SIWZ obejmuje urządzenie o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:

### PAKIET – nr 3

| Lp.                                      | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI  | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|---|------------------|
| <b>DIATERMIA CHIRURGICZNA – 1 sztuka</b> |   |                  |
| 1.                                       | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2020.  | TAK              |
| 2.                                       | Aparat mono i bipolarny wyposażony w funkcję zamykania naczyń o średnicy do 7 [mm] z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek.  | TAK              |
| 3.                                       | Możliwość integracji poszczególnych urządzeń chirurgicznych (diatermia, przystawka argonowa bądź wbudowany wewnętrzny moduł argonowy, odsysacz dymu z pola operacyjnego) w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej. | TAK              |
| 4.                                       | Możliwość podłączenia odsysacza dymu z pola operacyjnego również w zabiegach laparoskopowych.   | TAK              |
| 5.                                       | Możliwość utworzenia minimum 99 różnych konfiguracji nastaw (programów) i zapisania ich pod nazwą zabiegu lub nazwiskiem lekarza.   | TAK              |
| 6.                                       | Wielokolorowy wyświetlacz obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji między aparatem a użytkownikiem.  | TAK              |
| 7.                                       | Zmiana nastaw i parametrów za pomocą przycisków funkcyjnych i podświetlanego pokrętki bądź za pomocą ekranu dotykowego.   | TAK              |
| 8.                                       | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji.  | TAK              |

|                    |  |     |
|--------------------|--|-----|
| 9.                 | Układ monitorowania jakości przylegania elektrody neutralnej z graficznym wskaźnikiem stopnia przylegania elektrody.   | TAK |
| 10.                | Wykrywanie nieprawidłowej pracy, sygnalizacja wizualna i dźwiękowa w połączeniu z wyświetlaniem komunikatów zapisanych w języku polskim.   | TAK |
| 11.                | Minimalna liczba i rodzaj gniazd przyłączeniowych:<br>– monopolarne – 2 [szt.],<br>– bipolarne – 2 [szt.],<br>– elektrody neutralnej – 1 [szt.].   | TAK |
| 12.                | Aparat umożliwia bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek jednopinowym 5 mm oraz trzypinowym.  | TAK |
| 13.                | Możliwość uruchamiania funkcji monopolarnych i bipolarnych przy użyciu jednego włącznika nożnego.  | TAK |
| 14.                | Max. moc znamionowa cięcia monopolarnego minimum 350W.   | TAK |
| 15.                | Minimum 10 rodzajów cięcia monopolarnego, w tym: papilektomia i polypektomia.  | TAK |
| 16.                | Aktywacja funkcji cięcia monopolarnego przez włącznik nożny i przycisk na uchwycie.  | TAK |
| 17.                | Max. moc znamionowa koagulacji monopolarnej minimum 250W.  | TAK |
| 18.                | Minimum 10 rodzajów koagulacji monopolarnej w tym natryskowa i natryskowa w endoskopii.  | TAK |
| 19.                | Aktywacja funkcji koagulacji monopolarnej przez włącznik nożny i przycisk na uchwycie.   | TAK |
| 20.                | Możliwość równoległej koagulacji przez dwóch operatorów używając jednocześnie prądu natryskowego lub preparacyjnego.   | TAK |
| 21.                | Maksymalna moc znamionowa cięcia bipolarnego minimum 120W.   | TAK |
| 22.                | Maksymalna moc znamionowa koagulacji bipolarnej minimum 120W.  | TAK |
| 23.                | Możliwość aktywacji pęset bipolarnych w trybie mikro z regulacją mocy koagulacji 0,1[W] –50 [W].   | TAK |
| 24.                | Aktywacja funkcji bipolarnej przez włącznik nożny i dodatkowo dla pęset bipolarnych za pomocą funkcji auto-start   | TAK |
| 25.                | Możliwość regulacji czasu zwłoki początku koagulacji funkcji auto-start.   | TAK |
| 26.                | Progresywna zmiana wartości mocy przy regulacji parametrów pracy urządzenia.   | TAK |
| 27.                | Funkcja automatycznego zakończenia koagulacji, nie dopuszczająca do przesuszenia tkanek (auto-stop).   | TAK |
| 28.                | Moduł do preparowania i zamykania dużych naczyń do 7 [mm]. Praca odbywa się w cyklu automatycznym, tzn. aparat dozuje prąd w zależności od tkanki i użytego narzędzia, zakończenie procesu sygnalizuje dźwiękowo i wyłącza prąd. Ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się możliwości ręcznego ustawiania parametru mocy w tym programie.   | TAK |
| 29.                | Automatyczne rozpoznawanie narzędzi do zamykania naczyń, z jednoczesnym automatycznym ustawieniem parametrów pracy.  | TAK |
| 30.                | Narzędzia współpracujące z modułem do zamykania naczyń do 7 mm posiadające przewód zintegrowany z narzędziem i wtyczką.  | TAK |
| <b>Wyposażenie</b> |  |     |
| 31.                | Wielorazowy instrument do zamykania naczyń do 7 mm (za wyjątkiem nożyka) z jednoczesnym cięciem:<br>– z rozpoznawaniem narzędzi,<br>– z automatycznym doбором właściwego programu do zamykania naczyń;<br>– długość 365 – 375 [mm],<br>– średnica trzonu 10 [mm],<br>– zamykanie naczyń do 7 mm potwierdzone przez niezależną jednostkę badawczą<br>– na min. 50 zabiegów,<br>– trzon obracany o 360°,<br>– adapter do przepłukiwania (w zestawie)<br>– czyścik końcówki roboczej (w zestawie)<br>– końcówka robocza zagięta o szerokości końca max. 3 mm i długości min. 22 mm – 1 komplet<br>lub tożsame jednorazowe w liczbie 50 [szt.] | TAK |

|                          |   |     |
|--------------------------|---|-----|
| 32.                      | Wielorazowa prowadnica do instrumentu do zamykania naczyń do 7 mm (za wyjątkiem nożyka) z jednoczesnym cięciem:<br>– długość 195 - 200 [mm],<br>– średnica trzonu 10 [mm],<br>– zamykanie naczyń do 7 mm potwierdzone przez niezależną jednostkę badawczą<br>– na min. 50 zabiegów,<br>– trzon obracany o 360°,<br>– adapter do przepłukiwania (w zestawie)<br>– czyścik końcówki roboczej (w zestawie)<br>– końcówka robocza prosta o szerokości końca min. 6 mm i długości min. 22 mm<br>– 1 komplet<br>lub tożsame jednorazowe w liczbie 50 [szt.] | TAK |
| 33.                      | Włącznik nożny, podwójny CIĘCIE-KOAGULACJA oznaczone dwoma różnymi kolorami, z dodatkowym przyciskiem umożliwiającym zmianę programów kabel dł. minimum 5 m.  | TAK |
| 34.                      | Kabel elektrody neutralnej, dł. minimum 4 m – 1 sztuka.   | TAK |
| 35.                      | Jednorazowe, wymienne ostrze/nożyk do wielorazowego instrumentu o śr. 10 mm do zamykania naczyń – 20 sztuk.   | TAK |
| 36.                      | Rękojeść elektrochirurgiczna do elektrod monopolarnych z trzpieniem Ø 4 mm, z 2 przyciskami CIĘCIE / KOAGULACJA, kabel dł. minimum 4 m, wtyczka płaska 3-bolcowa – 2 sztuki.  | TAK |
| 37.                      | Zestaw elektrod SYN - różnych, trzpień Ø 4 mm, opak. a' 5 szt., w składzie: lancetowa, nożowa, igłowa oraz kulkowe: Ø 2 mm i Ø 4 mm – 3 sztuki.   | TAK |
| 38.                      | Elektroda neutralna jednorazowego użytku dla dorosłych i dla dzieci – 50 sztuk.   | TAK |
| 39.                      | Pęseta bipolarna nieprzywierająca, izolowana, prosta, końce tępe 1 mm, dł. 19,5-20 cm – 1 sztuka.   | TAK |
| 40.                      | Przewód do instrumentów bipolarnych wtyczka 2 bolcowa dł. minimum 4 m – 2 sztuki.   | TAK |
| <b>Warunki gwarancji</b> |   |     |
| 41.                      | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK |
| 42.                      | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć:<br>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),<br>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,<br>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,<br>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.                                      | TAK |
| 43.                      | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK |
| 44.                      | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK |
| 45.                      | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK |
| 46.                      | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK |

### 3. Ulega zmianie punkt 3.7 SIWZ, który otrzymuje nowe brzmienie:

#### Punkt 3.7 SIWZ

Dostawa fabrycznie nowej **myjni dezynfektora do mycia obuwia** dla potrzeb Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem przy ulicy Kamieniec 10, o której mowa w punkcie 3.1.5) SIWZ obejmuje urządzenie o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:

## PAKIET – nr 5

| Lp.  | WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE / WARUNKI  | WYMAGANA WARTOŚĆ |
|--|---|------------------|
| <b>MYJNIA DEZYNFEKTOR DO MYCIA OBUWIA – 1 sztuka</b> |   |                  |
| 1.   | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2020.  | TAK              |
| 2.   | Myjnia-dezynfektor – do mycia i dezynfekcji obuwia operacyjnego minimum 15 par.   | TAK              |
| 3.   | Wersja wolnostojąca.  | TAK              |
| 4.   | Drzwi myjni przeszklone w minimum 75% umożliwiające obserwację procesu mycia  | TAK              |
| 5.   | Oświetlenie wnętrza komory.   | TAK              |
| 6.   | Czytelny wyświetlacz LCD.   | TAK              |
| 7.   | Dezynfekcja termiczna do minimum 90°C.  | TAK              |
| 8.   | Myjnia posiadająca minimum 2 pompy dozujące środki chemiczne.   | TAK              |
| 9.   | Myjka wykonana ze stali kwasoodpornej.  | TAK              |
| 10.  | Wymiary gabarytowe przedziały: szerokość 50 – 65 cm, głębokość 65 – 78 cm, wysokość 160 – 180 cm.   | TAK              |
| 11.  | Urządzenie zasilane i ogrzewane elektrycznie.   | TAK              |
| 12.  | Zasilanie 400 V.  | TAK              |
| 13.  | Wbudowana suszarka (bez konieczności podłączenia do wentylacji w pomieszczeniu).  | TAK              |
| 14.  | Myjnia wyposażona w drukarkę parametrów cykli.  | TAK              |
| 15.  | Wózek mieszczący minimum 15 par obuwia operacyjnego.  | TAK              |
| 16.  | Demontaż starej myjni Steelco typ/model: DS 600/2 wraz z jej utylizacją.  | TAK              |
| 17.  | Instalacja nowej myjni – dezynfektora.  | TAK              |
| <b>Warunki gwarancji</b>                             |   |                  |
| 18.  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK              |
| 19.  | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK              |
| 20.  | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK              |
| 21.  | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK              |
| 22.  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK              |
| 23.  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK              |

4. **Ulega zmianie załącznik nr 1 do SIWZ – Wzór formularza oferty przetargowej, który otrzymuje nowe brzmienie:**

Nowy zmodyfikowany wyjaśnieniami z dnia 21 października 2020 roku wzór formularza oferty przetargowej będący załącznikiem nr 1 do SIWZ, jest dołączony do niniejszego pisma w postaci załącznika nr 1.

W wyniku dokonania powyższych wyjaśnień, a zarazem zmian zapisów SIWZ przedmiotowego postępowania przetargowego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego Zamawiający działając zgodnie z postanowieniami art. 38 ust. 4a w związku z postanowieniami art. 12a cytowanej wyżej ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych, postanawia dokonać zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu (patrz Zamawiający niezwłocznie po zamieszczeniu zmiany treści ogłoszenia o zamówieniu w Biuletynie Zamówień Publicznych zamieszcza informację o zmianach w swojej siedzibie oraz na stronie internetowej) zgodnie z niniejszą modyfikacją zapisów SIWZ, a to:

5. **Ulega zmianie Punkt 17.9. SIWZ, który otrzymuje nowe brzmienie:**

„ **Punkt 17.9. SIWZ** Ofertę należy złożyć w zamkniętej nieprzeźroczystej kopercie lub opakowaniu, w siedzibie zamawiającego i oznakować w następujący sposób:

Nazwa i adres wykonawcy:

.....  
.....

Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem  
ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane  
Sekretariat Dyrektora

**OFERTA PRZETARGOWA**

„**Dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb  
Szpitala Powiatowego w Zakopanem**”

Nie otwierać przed: 26 października 2020 roku przed godz. 12:15

6. **Ulega zmianie Punkt 18.1 SIWZ, który otrzymuje nowe brzmienie:**

„ **Punkt 18.1 SIWZ** Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego, tj. Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem 34-500, ul. Kamieniec 10 – Sekretariat Dyrektora Szpitala (Sekretariat mieści się w budynku głównym Szpitala II piętro), **do dnia 26 października 2020 roku, do godziny 12:00** i zaadresować zgodnie z opisem przedstawionym w punkcie 17.9 niniejszej SIWZ.”;

7. **Ulega zmianie Punkt 18.4 SIWZ, który otrzymuje nowe brzmienie:**

„ **Punkt 18.4 SIWZ** Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego, tj. ul. Kamieniec





**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**

✉ ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane

🌐 <http://www.szpital-zakopane.pl>

☎ tel. (+48 18) 20-120-21

✉ e-mail: [zp@szpital-zakopane.pl](mailto:zp@szpital-zakopane.pl)

☎ fax (+48 18) 20-153-51

Znak sprawy: ZP / 18 / 20

---

10, 34-500 Zakopane, w Sekretariacie Dyrektora Szpitala – Sala Konferencyjna (Sekretariat mieści się w budynku głównym Szpitala II piętro), **w dniu 26 października 2020 roku o godzinie 12:15.”.**

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – Zmodyfikowany wzór formularza oferty przetargowej (załącznik nr 1 do SIWZ).

**UWAGA !!!**

**Powyższe zmiany należy uwzględnić w składanej ofercie przetargowej.**

Z poważaniem:

**DYREKTOR**  
**SZPITALA POWIATOWEGO**  
im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem

mgr Regina Tokarz

Otrzymują:

1. Wykonawcy, którzy pobrali/otrzymali SIWZ,
2. A/a.



**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**

☒ ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane

🌐 <http://www.szpital-zakopane.pl>

☎ tel. (+48 18) 20-120-21

✉ e-mail: [zp@szpital-zakopane.pl](mailto:zp@szpital-zakopane.pl)

☎ fax (+48 18) 20-153-51

Znak sprawy: ZP / 18 / 20

**Załącznik nr 1**

do pisma z dnia 21 października 2020 roku – dot. pyt. i odp. do SIWZ – nr 1

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ  
OFERTY PRZETARGOWEJ**

**OFERTA DLA**

**Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa  
Chałubińskiego w Zakopanem  
ul. Kamieniec 10  
34-500 Zakopane**

W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych pn.: „Dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Zakopanem”

**1. DANE WYKONAWCY:**

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: .....

Wykonawca/Wykonawcy:

Nazwa: .....

Adres: .....

ul./nr: .....

kod/miejscowość/województwo: .....

NIP: .....

REGON: .....

KRS/CEiDG: .....

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: .....

Dane teled adresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:

telefon: .....

faks: .....

e-mail: .....

www: .....

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): .....

**2. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

Oferuję wykonanie zamówienia pn. „Dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Zakopanem” w szczegółowym zakresie objętym przedmiotem postępowania określonym w punkcie 3 przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia do udziału w niniejszym postępowaniu.

## Pakiet – nr 1

### 3. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO:

Oferuję wykonanie dostawy przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapisami SIWZ w części dotyczącej Pakietu nr 1 niniejszego postępowania za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ BRUTTO\*:

**ŁĄCZNA CENA OFERTOWA**

..... , ..... zł brutto

Powyższa łączna cena ofertowa zawiera doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT, który na datę złożenia oferty **wynosi ..... %**.

\* ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO stanowi całkowite maksymalne łączne wynagrodzenie należne wykonawcy w związku z realizacją dostawy przedmiotu niniejszego postępowania w zakresie Pakietu nr 1 zgodnie z postanowieniami przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Oświadczam(y), że oferowana łączna cena ofertowa zawiera wszelkie elementy kosztów (np. koszty zakupu, koszty związane z dostawą sprzętu, aparatury medycznej do Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, transportu, opakowania, czynności związane z przygotowaniem dostawy, ubezpieczeniem, przesyłką, ewentualne opłaty celne, szkolenia pracowników itp.).

**Oferuję dostawę fabrycznie nowego skanera naczyń krwionośnych o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:**

| Lp | Wymagane parametry graniczne warunki | Wymagana wartość parametru | Oferowane parametry<br>Należy opisać <b>TAK / NIE</b><br>oraz ewentualnie określić oferowane parametry w jednostkach wskazanych w wymaganych wartościach parametru |
|----|--------------------------------------|----------------------------|--|
|----|--------------------------------------|----------------------------|--|

### SKANER NACZYŃ KRWIONOŚNYCH – 1 sztuka

Producent/Firma: (Podać) .....

Urządzenie typ/model: (Podać) .....

Kraj pochodzenia: (Podać) .....

Rok produkcji: (Podać) .....

Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) .....

Adres zakładu serwisowego: (Podać) .....

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 1.  | Aparat fabrycznie nowy rok produkcji 2020.   | TAK |  |
| 2.  | Przenośne urządzenie służące lokalizacji żył.  | TAK |  |
| 3.  | Urządzenie wykrywające żyły za pomocą światła podczerwonego, a następnie wyświetlające ten obraz na powierzchni skóry. | TAK |  |
| 4.  | W skład urządzenia wchodzi minimum urządzenie do obrazowania oraz podstawa bądź dedykowany przewód do ładowania.       | TAK |  |
| 5.  | Urządzenie przystosowane do pracy ciągłej.   | TAK |  |
| 6.  | Projekcja obrazu na powierzchni skóry.   | TAK |  |
| 7.  | Rozdzielczość obrazu – minimum 410880 pixeli.  | TAK |  |
| 8.  | Minimum 3 trybów wyświetlanej projekcji obrazu.  | TAK |  |
| 9.  | Minimum 3 rozmiary wyświetlanego obrazu.   | TAK |  |
| 10. | Możliwość regulowania jasności wyświetlanego obrazu - minimum 3 poziomy jasności.                                      | TAK |  |
| 11. | Długość fali światła podczerwonego minimum 800 nm.   | TAK |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 12.  | Tryb inwersii obrazu.   | TAK  |   |
| 13.  | Wbudowana bateria.  | TAK  |   |
| 14.  | Czas pracy na baterii minimum 2 godziny.  | TAK  |   |
| 15.  | Czas pełnego ładowania baterii max 4 godziny.   | TAK  |   |
| 16.  | Masa urządzenia max 600 g.  | TAK  |   |
| 17.  | Wymiary (szer. 55-70mm x gł. 55-70mm x dł. 212-250mm).  | TAK  |   |
| 18.  | Statyw jezdny kompatybilny do urządzenia z regulowanym ramieniem.   | TAK  |   |
| 19.  | Wyposażenie dodatkowe: niezbędne akcesoria, ładowarki.  | TAK  |   |
| <b>Warunki gwarancji</b>   |   |  |   |
| 20.  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK  | <b>Termin gwarancji: ..... m-cy (Podać)</b> |
| 21.  | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK  |   |
| 22.  | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK  |   |
| 23.  | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK  |   |
| 24.  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK  |   |
| 25.  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK  |   |
| <p><b>Oświadczam(y)</b>, że oferowany powyżej sprzęt, aparatura medyczne wraz z dodatkowym wyposażeniem posiada i spełnia wszystkie wymagane minimalne parametry techniczne, jakościowe, eksploatacyjne i funkcjonalne określone w punkcie 3.3 przedmiotowej SIWZ oraz jest kompletny i gotowy do użytkowania bez konieczności ponoszenia przez zamawiającego żadnych dodatkowych kosztów.</p> |   |  |   |
| <p>.....<br/>Pieczęć wykonawcy</p>   |   | <p>.....<br/>Data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy</p> |   |

## Pakiet – nr 2

### 3. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO:

Oferuję wykonanie dostawy przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapisami SIWZ w części dotyczącej Pakietu nr 2 niniejszego postępowania za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ BRUTTO\*:

**ŁĄCZNA CENA OFERTOWA**

....., **..... zł brutto**

Powyższa łączna cena ofertowa zawiera doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT, który na datę złożenia oferty **wynosi ..... %**.

\* ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO stanowi całkowite maksymalne łączne wynagrodzenie należne wykonawcy w związku z realizacją dostawy przedmiotu niniejszego postępowania w zakresie Pakietu nr 2 zgodnie z postanowieniami przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Oświadczam(y), że oferowana łączna cena ofertowa zawiera wszelkie elementy kosztów (np. koszty zakupu, koszty związane z dostawą sprzętu, aparatury medycznej do Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, transportu, opakowania, czynności związane z przygotowaniem dostawy, ubezpieczeniem, przesyłką, ewentualne opłaty celne, szkolenia pracowników itp.).

**Oferuję dostawę fabrycznie nowego kolposkopu o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:**

| Lp | Wymagane parametry graniczne warunki | Wymagana wartość parametru | Oferowane parametry<br>Należy opisać <b>TAK / NIE</b><br>oraz ewentualnie określić oferowane parametry w jednostkach wskazanych w wymaganych wartościach parametru |
|----|--------------------------------------|----------------------------|--|
|----|--------------------------------------|----------------------------|--|

### KOLPOSKOP – 1 sztuka

Producent/Firma: (Podać) .....

Urządzenie typ/model: (Podać) .....

Kraj pochodzenia: (Podać) .....

Rok produkcji: (Podać) .....

Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) .....

Adres zakładu serwisowego: (Podać) .....

|     |   |     |  |
|-----|---|-----|--|
| 1.  | Aparat fabrycznie nowy rok produkcji 2020.  | TAK |  |
| 2.  | Kolposkop optyczny wyposażony w kamerę Full HD wbudowaną w kolposkop, w szczelnej obudowie. | TAK |  |
| 3.  | Oświetlenie typu LED.   | TAK |  |
| 4.  | Maksymalne natężenie światła: minimum 25 000 lux.   | TAK |  |
| 5.  | Płynna regulacja jasności.  | TAK |  |
| 6.  | Zielony filtr światła.  | TAK |  |
| 7.  | Minimum 3 stopnie powiększenia 3,75 X, 7 X, 15 X.   | TAK |  |
| 8.  | Pole widzenia min 4,5 mm, 1,13 mm, 0,76 mm.   | TAK |  |
| 9.  | Ogniskowa obiektywu: 300 mm.  | TAK |  |
| 10. | Indywidualne regulowane okulary.  | TAK |  |
| 11. | Dwa okręgi pomiarowe wbudowane w okular.  | TAK |  |
| 12. | Regulacja wysokości w zakresie minimum 975-1135 mm.   | TAK |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 13.  | Podstawa na kółkach minimum dwa z blokadą.  | TAK  |   |
| 14.  | Dokładna regulacja ostrości za pomocą pokręteł przy głowicy.  | TAK  |   |
| 15.  | Optyka kolposkopu apochromatyczna.  | TAK  |   |
| 16.  | Kolposkop z odchyłanym ramieniem, podstawa pięcioramienna.  | TAK  |   |
| 17.  | Włącznik zasilania.   | TAK  |   |
| 18.  | Korekcja dioptryczna minimum -6/+6.   | TAK  |   |
| 19.  | Komputer przystosowany do rejestracji obrazów video, monitor, drukarka lub komputer panelowy z drukarką.  | TAK  |   |
| 20.  | Oprogramowanie do rejestracji zdjęć i filmów medycznych z bazą danych.  | TAK  |   |
| 21.  | Niezbędne licencje.   | TAK  |   |
| <b>Warunki gwarancji</b>   |   |  |   |
| 22.  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK  | <b>Termin gwarancji: ..... m-cy (Podać)</b> |
| 23.  | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK  |   |
| 24.  | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK  |   |
| 25.  | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK  |   |
| 26.  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK  |   |
| 27.  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK  |   |
| <p><b>Oświadczam(y)</b>, że oferowany powyżej sprzęt, aparatura medyczne wraz z dodatkowym wyposażeniem posiada i spełnia wszystkie wymagane minimalne parametry techniczne, jakościowe, eksploatacyjne i funkcjonalne określone w punkcie 3.4 przedmiotowej SIWZ oraz jest kompletny i gotowy do użytkowania bez konieczności ponoszenia przez zamawiającego żadnych dodatkowych kosztów.</p> |   |  |   |
| <p>.....<br/>Pieczęć wykonawcy</p>   |   | <p>.....<br/>Data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy</p> |   |

## Pakiet – nr 3

### 3. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO:

Oferuję wykonanie dostawy przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapisami SIWZ w części dotyczącej Pakietu nr 3 niniejszego postępowania za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ BRUTTO\*:

**ŁĄCZNA CENA OFERTOWA**

..... , ..... zł brutto

Powyższa łączna cena ofertowa zawiera doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT, który na datę złożenia oferty **wynosi ..... %**.

\* ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO stanowi całkowite maksymalne łączne wynagrodzenie należne wykonawcy w związku z realizacją dostawy przedmiotu niniejszego postępowania w zakresie Pakietu nr 3 zgodnie z postanowieniami przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Oświadczam(y), że oferowana łączna cena ofertowa zawiera wszelkie elementy kosztów (np. koszty zakupu, koszty związane z dostawą sprzętu, aparatury medycznej do Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, transportu, opakowania, czynności związane z przygotowaniem dostawy, ubezpieczeniem, przesyłką, ewentualne opłaty celne, szkolenia pracowników itp.).

### Oferuję dostawę fabrycznie nowej diatermii chirurgicznej o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:

| Lp | Wymagane parametry graniczne warunki | Wymagana wartość parametru | Oferowane parametry<br>Należy opisać TAK / NIE<br>oraz ewentualnie określić oferowane parametry w jednostkach wskazanych w wymaganych wartościach parametru |
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|

### DIATERMIA CHIRURGICZNA – 1 sztuka

Producent/Firma: (Podać) .....

Urządzenie typ/model: (Podać) .....

Kraj pochodzenia: (Podać) .....

Rok produkcji: (Podać) .....

Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) .....

Adres zakładu serwisowego: (Podać) .....

|    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2020.  | TAK |  |
| 2. | Aparat mono i bipolarny wyposażony w funkcję zamykania naczyń o średnicy do 7 [mm] z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek.  | TAK |  |
| 3. | Możliwość integracji poszczególnych urządzeń chirurgicznych (diatermia, przystawka argonowa bądź wbudowany wewnętrzny moduł argonowy, odsysacz dymu z pola operacyjnego) w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej. | TAK |  |
| 4. | Możliwość podłączenia odsysacza dymu z pola operacyjnego również w zabiegach laparoskopowych.   | TAK |  |
| 5. | Możliwość utworzenia minimum 99 różnych konfiguracji nastaw (programów) i zapisania ich pod nazwą zabiegu lub nazwiskiem lekarza.   | TAK |  |
| 6. | Wielokolorowy wyświetlacz obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji między aparatem a użytkownikiem.  | TAK |  |

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 7.  | Zmiana nastaw i parametrów za pomocą przycisków funkcyjnych i podświetlanego pokrętkła bądź za pomocą ekranu dotykowego.                         | TAK |  |
| 8.  | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji.   | TAK |  |
| 9.  | Układ monitorowania jakości przylegania elektrody neutralnej z graficznym wskaźnikiem stopnia przylegania elektrody.                             | TAK |  |
| 10. | Wykrywanie nieprawidłowej pracy, sygnalizacja wizualna i dźwiękowa w połączeniu z wyświetlaniem komunikatów zapisanych w języku polskim.         | TAK |  |
| 11. | Minimalna liczba i rodzaj gniazd przyłączeniowych:<br>– monopolarne – 2 [szt.],<br>– bipolarne – 2 [szt.],<br>– elektrody neutralnej – 1 [szt.]. | TAK |  |
| 12. | Aparat umożliwia bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek jednopinowym 5 mm oraz trzypinowym.                          | TAK |  |
| 13. | Możliwość uruchamiania funkcji monopolarnych i bipolarnych przy użyciu jednego włącznika nożnego.  | TAK |  |
| 14. | Max. moc znamionowa cięcia monopolarnego minimum 350W.   | TAK |  |
| 15. | Minimum 10 rodzajów cięcia monopolarnego, w tym: papilektomia i polypektomia.  | TAK |  |
| 16. | Aktywacja funkcji cięcia monopolarnego przez włącznik nożny i przycisk na uchwycie.  | TAK |  |
| 17. | Max. moc znamionowa koagulacji monopolarnej minimum 250W.  | TAK |  |
| 18. | Minimum 10 rodzajów koagulacji monopolarnej w tym natryskowa i natryskowa w endoskopii.  | TAK |  |
| 19. | Aktywacja funkcji koagulacji monopolarnej przez włącznik nożny i przycisk na uchwycie.   | TAK |  |
| 20. | Możliwość równoległej koagulacji przez dwóch operatorów używając jednocześnie prądu natryskowego lub preparacyjnego.                             | TAK |  |
| 21. | Maksymalna moc znamionowa cięcia bipolarnego minimum 120W.   | TAK |  |
| 22. | Maksymalna moc znamionowa koagulacji bipolarnej minimum 120W.  | TAK |  |
| 23. | Możliwość aktywacji pęset bipolarnych w trybie mikro z regulacją mocy koagulacji 0,1[W] –50 [W].   | TAK |  |
| 24. | Aktywacja funkcji bipolarnej przez włącznik nożny i dodatkowo dla pęset bipolarnych za pomocą funkcji auto-start                                 | TAK |  |
| 25. | Możliwość regulacji czasu zwłoki początku koagulacji funkcji auto-start.   | TAK |  |
| 26. | Progresywna zmiana wartości mocy przy regulacji parametrów pracy urządzenia.   | TAK |  |
| 27. | Funkcja automatycznego zakończenia koagulacji, nie dopuszczająca do przesuszenia tkanek (auto-stop).   | TAK |  |
| 28. | Moduł do preparowania i zamykania dużych naczyń do 7 [mm].<br>Praca odbywa się w cyklu automatycznym, tzn.                                       | TAK |  |



|                    |   |     |  |
|--------------------|---|-----|--|
|                    | aparat dozuje prąd w zależności od tkanki i użytego narzędzia, zakończenie procesu sygnalizuje dźwiękowo i wyłącza prąd. Ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się możliwości ręcznego ustawiania parametru mocy w tym programie.  |     |  |
| 29.                | Automatyczne rozpoznawanie narzędzi do zamykania naczyń, z jednoczesnym automatycznym ustawieniem parametrów pracy.   | TAK |  |
| 30.                | Narzędzia współpracujące z modułem do zamykania naczyń do 7 mm posiadające przewód zintegrowany z narzędziem i wtyczką.   | TAK |  |
| <b>Wyposażenie</b> |   |     |  |
| 31.                | Wielorazowy instrument do zamykania naczyń do 7 mm (za wyjątkiem nożyka) z jednoczesnym cięciem:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- z rozpoznawaniem narzędzi,</li> <li>- z automatycznym doбором właściwego programu do zamykania naczyń;</li> <li>- długość 365 – 375 [mm],</li> <li>- średnica trzonu 10 [mm],</li> <li>- zamykanie naczyń do 7 mm potwierdzone przez niezależną jednostkę badawczą</li> <li>- na min. 50 zabiegów,</li> <li>- trzon obracany o 360°,</li> <li>- adapter do przepłukiwania (w zestawie)</li> <li>- czyścik końcówki roboczej (w zestawie)</li> <li>- końcówka robocza zagięta o szerokości końca max. 3 mm i długości min. 22 mm – 1 komplet</li> </ul> lub tożsame jednorazowe w liczbie 50 [szt.] | TAK |  |
| 32.                | Wielorazowa prowadnica do instrumentu do zamykania naczyń do 7 mm (za wyjątkiem nożyka) z jednoczesnym cięciem:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- długość 195 - 200 [mm],</li> <li>- średnica trzonu 10 [mm],</li> <li>- zamykanie naczyń do 7 mm potwierdzone przez niezależną jednostkę badawczą</li> <li>- na min. 50 zabiegów,</li> <li>- trzon obracany o 360°,</li> <li>- adapter do przepłukiwania (w zestawie)</li> <li>- czyścik końcówki roboczej (w zestawie)</li> <li>- końcówka robocza prosta o szerokości końca min. 6 mm i długości min. 22 mm – 1 komplet</li> </ul> lub tożsame jednorazowe w liczbie 50 [szt.]   | TAK |  |
| 33.                | Włącznik nożny, podwójny CIĘCIE-KOAGULACJA oznaczone dwoma różnymi kolorami, z dodatkowym przyciskiem umożliwiającym zmianę programów kabel dł. minimum 5 m.  | TAK |  |
| 34.                | Kabel elektrody neutralnej, dł. minimum 4 m – 1 sztuka.   | TAK |  |
| 35.                | Jednorazowe, wymienne ostrze/nożyk do wielorazowego instrumentu o śr. 10 mm do zamykania naczyń – 20 sztuk.   | TAK |  |
| 36.                | Rękojeść elektrochirurgiczna do elektrod monopolarnych z trzpieniem Ø 4 mm, z 2 przyciskami CIĘCIE / KOAGULACJA, kabel dł. minimum 4 m, wtyczka płaska 3-bolcowa – 2 szt  | TAK |  |
| 37.                | Zestaw elektrod SYN - różnych, trzpień Ø 4 mm, opak. a' 5 szt., w składzie: lancetowa, nożowa,  | TAK |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | igłowa oraz kulkowe: Ø 2 mm i Ø 4 mm – 3 sztuki.  |  |   |
| 38.  | Elektroda neutralna jednorazowego użytku dla dorosłych i dla dzieci – 50 sztuk.   | TAK  |   |
| 39.  | Pęseta bipolarna nieprzywierająca, izolowana, prosta, końce tępe 1 mm, dł. 19,5-20 cm – 1 sztuka.   | TAK  |   |
| 40.  | Przewód do instrumentów bipolarnych wtyczka 2 bolcowa dł. minimum 4 m – 2 sztuki.   | TAK  |   |
| <b>Warunki gwarancji</b>   |   |  |   |
| 41.  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK  | <b>Termin gwarancji: ..... m-cy (Podać)</b> |
| 42.  | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK  |   |
| 43.  | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK  |   |
| 44.  | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK  |   |
| 45.  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK  |   |
| 46.  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK  |   |
| <p><b>Oświadczam(y)</b>, że oferowany powyżej sprzęt, aparatura medyczne wraz z dodatkowym wyposażeniem posiada i spełnia wszystkie wymagane minimalne parametry techniczne, jakościowe, eksploatacyjne i funkcjonalne określone w punkcie 3.5 przedmiotowej SIWZ oraz jest kompletna i gotowa do użytkowania bez konieczności ponoszenia przez zamawiającego żadnych dodatkowych kosztów.</p> |   |  |   |
| <p>.....<br/>Pieczęć wykonawcy</p>   |   | <p>.....<br/>Data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy</p> |   |

## Pakiet – nr 4

### 3. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO:

Oferuję wykonanie dostawy przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapisami SIWZ w części dotyczącej Pakietu nr 4 niniejszego postępowania za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ BRUTTO\*:

**ŁĄCZNA CENA OFERTOWA**

..... , ..... zł brutto

Powyższa łączna cena ofertowa zawiera doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT, który na datę złożenia oferty **wynosi ..... %**.

\* ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO stanowi całkowite maksymalne łączne wynagrodzenie należne wykonawcy w związku z realizacją dostawy przedmiotu niniejszego postępowania w zakresie Pakietu nr 4 zgodnie z postanowieniami przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Oświadczam(y), że oferowana łączna cena ofertowa zawiera wszelkie elementy kosztów (np. koszty zakupu, koszty związane z dostawą sprzętu, aparatury medycznej do Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, transportu, opakowania, czynności związane z przygotowaniem dostawy, ubezpieczeniem, przesyłką, ewentualne opłaty celne, szkolenia pracowników itp.).

### Oferuję dostawę nowych kardiolografów o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:

| Lp | Wymagane parametry graniczne warunki | Wymagana wartość parametru | Oferowane parametry<br>Należy opisać TAK / NIE<br>oraz ewentualnie określić oferowane parametry w jednostkach wskazanych w wymaganych wartościach parametru |
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|

### KARDIOTOKOGRAF – 3 sztuki

Producent/Firma: (Podać) .....

Urządzenie typ/model: (Podać) .....

Kraj pochodzenia: (Podać) .....

Rok produkcji: (Podać) .....

Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) .....

Adres zakładu serwisowego: (Podać) .....

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 1.  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2020.  | TAK |  |
| 2.  | Kolorowy ekran dotykowy pochylany o przekątnej minimum 6 cali.                             | TAK |  |
| 3.  | Obsługa urządzenia wyłącznie przez ekran dotykowy. Brak przycisków i pokręteł na obudowie. | TAK |  |
| 4.  | Możliwość rozbudowy o klawiaturę i myszkę.   | TAK |  |
| 5.  | Metoda pomiarowa Cardio Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny.                                 | TAK |  |
| 6.  | Zakres pomiarowy US 50 ÷ 240 bpm.  | TAK |  |
| 7.  | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu.                            | TAK |  |
| 8.  | Częstotliwość pracy sygnału ultradźwiękowego ≤ 1,2 MHz.                                    | TAK |  |
| 9.  | Wartość natężenie emitowanej fali US powinna być ≤ 3,5 mW/cm <sup>2</sup> .                | TAK |  |
| 10. | Wskaźnik jakości sygnału.  | TAK |  |
| 11. | Monitorowanie tętna matki (MHR).   | TAK |  |

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 12. | Możliwość monitorowania bliźniaków po podłączeniu drugiej głowicy US/Cardio.   | TAK |  |
| 13. | Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR dla bliźniaków (dotyczy monitorowania bliźniaków).                    | TAK |  |
| 14. | Ostrzeżenie w przypadku monitorowania jednego płodu za pomocą obu głowic US/Cardio (dotyczy monitorowania bliźniaków). | TAK |  |
| 15. | Ostrzeżenie w przypadku monitorowania tętna matki za pomocą głowicy US/Cardio Weryfikacja międzykanałowa.              | TAK |  |
| 16. | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży trojacznej.  | TAK |  |
| 17. | Na wyposażeniu monitora głowica Toco 1 szt. i głowica US/Cardio –1 szt.  | TAK |  |
| 18. | Jednakowe gniazda głowic. Automatyczne rozpoznawanie podłączonej głowicy.  | TAK |  |
| 19. | Możliwość przenoszenia głowic pomiędzy aparatami tego modelu.  | TAK |  |
| 20. | Wodoszczelność głowic minimum IPX6.  | TAK |  |
| 21. | Ręczny znacznik ruchów płodu dla matki.  | TAK |  |
| 22. | Automatyczne wykrywanie ruchów płodu.  | TAK |  |
| 23. | Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco.  | TAK |  |
| 24. | Prezentacja graficznej wartości FHR i Toco na zapisie.   | TAK |  |
| 25. | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności skurczowej macicy.  | TAK |  |
| 26. | Zakres sygnału Toco - Minimum 0÷100.   | TAK |  |
| 27. | Ustawienie linii podstawowej Toco 20 jednostek.  | TAK |  |
| 28. | Głowice US/Cardio i Toco posiadające identyfikację w postaci optycznego elementu sygnałowego (dioda led).              | TAK |  |
| 29. | Praca samodzielna lub w systemie nadzoru położniczego.   | TAK |  |
| 30. | Współpraca z telemetrią płodową.   | TAK |  |
| 31. | Współpraca z telemetrią płodową umożliwiającą monitorowanie takich samych parametrów jak aparat przewodowy.            | TAK |  |
| 32. | Graficzny rejestrator termiczny wbudowany w urządzenie.  | TAK |  |
| 33. | Standardowe prędkości przesuwania papieru 1,2 i 3 [cm/min]   | TAK |  |
| 34. | Duże prędkości wydruku zapisów archiwalnych. Minimum 15mm/s.   | TAK |  |
| 35. | Szerokość papieru 150 mm.  | TAK |  |
| 36. | Wprowadzanie danych demograficznych pacjentki. Ekranowa klawiatura w układzie QWERTY.                                  | TAK |  |
| 37. | Wprowadzanie notatek tekstowych.   | TAK |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 38.  | Wydruk badania dodatkowo zawiera minimum: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imię i nazwisko pacjentki,</li> <li>• MRN-numer identyfikacyjny pacjentki,</li> <li>• Godzina, minuta, sekunda, data, Wiek ciążowy.</li> </ul>   | TAK  |   |
| 39.  | Alarm końca papieru.  | TAK  |   |
| 40.  | Wyposażenie dodatkowe: 1 głowica US/Cardio.   | TAK  |   |
| 41.  | Wózek na kołach z blokadą i koszykiem na akcesoria i głowice.   | TAK  |   |
| <b>Warunki gwarancji</b>   |   |  |   |
| 42.  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK  | <b>Termin gwarancji: ..... m-cy (Podać)</b> |
| 43.  | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK  |   |
| 44.  | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK  |   |
| 45.  | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK  |   |
| 46.  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK  |   |
| 47.  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK  |   |
| <p><b>Oświadczam(y)</b>, że oferowany powyżej sprzęt, aparatura medyczne wraz z dodatkowym wyposażeniem posiada i spełnia wszystkie wymagane minimalne parametry techniczne, jakościowe, eksploatacyjne i funkcjonalne określone w punkcie 3.6 przedmiotowej SIWZ oraz jest kompletny i gotowy do użytkowania bez konieczności ponoszenia przez zamawiającego żadnych dodatkowych kosztów.</p> |   |  |   |
| <p>.....<br/>Pieczęć wykonawcy</p>   |   | <p>.....<br/>Data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy</p> |   |

## Pakiet – nr 5

### 3. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO:

Oferuję wykonanie dostawy przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapisami SIWZ w części dotyczącej Pakietu nr 5 niniejszego postępowania za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ BRUTTO\*:

**ŁĄCZNA CENA OFERTOWA**

..... , ..... zł brutto

Powyższa łączna cena ofertowa zawiera doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT, który na datę złożenia oferty **wynosi ..... %**.

\* ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO stanowi całkowite maksymalne łączne wynagrodzenie należne wykonawcy w związku z realizacją dostawy przedmiotu niniejszego postępowania w zakresie Pakietu nr 5 zgodnie z postanowieniami przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Oświadczam(y), że oferowana łączna cena ofertowa zawiera wszelkie elementy kosztów (np. koszty zakupu, koszty związane z dostawą sprzętu, aparatury medycznej do Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, transportu, opakowania, czynności związane z przygotowaniem dostawy, ubezpieczeniem, przesyłką, ewentualne opłaty celne, szkolenia pracowników itp.).

**Oferuję dostawę nowej myjni dezynfektora do mycia obuwia o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:**

| Lp | Wymagane parametry graniczne warunki | Wymagana wartość parametru | Oferowane parametry<br>Należy opisać TAK / NIE<br>oraz ewentualnie określić oferowane parametry w jednostkach wskazanych w wymaganych wartościach parametru |
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|

### MYJNIA DEZYNFEKTOR DO MYCIA OBUWIA – 1 sztuka

Producent/Firma: (Podać) .....

Urządzenie typ/model: (Podać) .....

Kraj pochodzenia: (Podać) .....

Rok produkcji: (Podać) .....

Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) .....

Adres zakładu serwisowego: (Podać) .....

|     |   |     |  |
|-----|---|-----|--|
| 1.  | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2020.  | TAK |  |
| 2.  | Myjnia-dezynfektor – do mycia i dezynfekcji obuwia operacyjnego minimum 15 par.                   | TAK |  |
| 3.  | Wersja wolnostojąca.  | TAK |  |
| 4.  | Drzwi myjni przeszklone w minimum 75% umożliwiające obserwację procesu mycia                      | TAK |  |
| 5.  | Oświetlenie wnętrza komory.   | TAK |  |
| 6.  | Czytelny wyświetlacz LCD.   | TAK |  |
| 7.  | Dezynfekcja termiczna do minimum 90°C.  | TAK |  |
| 8.  | Myjnia posiadająca minimum 2 pompy dozujące środki chemiczne.                                     | TAK |  |
| 9.  | Myjka wykonana ze stali kwasoodpornej.  | TAK |  |
| 10. | Wymiary gabarytowe przedziały: szerokość 50 – 65 cm, głębokość 65 – 78 cm, wysokość 160 – 180 cm. | TAK |  |
| 11. | Urządzenie zasilane i ogrzewane elektrycznie.   | TAK |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 12.  | Zasilanie 400 V.  | TAK  |   |
| 13.  | Wbudowana suszarka (bez konieczności podłączenia do wentylacji w pomieszczeniu).  | TAK  |   |
| 14.  | Myjnia wyposażona w drukarkę parametrów cykli.  | TAK  |   |
| 15.  | Wózek mieszczący minimum 15 par obuwia operacyjnego.  | TAK  |   |
| 16.  | Demontaż starej myjni Steelco typ/model: DS 600/2 wraz z jej utylizacją.  | TAK  |   |
| 17.  | Instalacja nowej myjni – dezynfektora.  | TAK  |   |
| <b>Warunki gwarancji</b>   |   |  |   |
| 18.  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK  | <b>Termin gwarancji: ..... m-cy (Podać)</b> |
| 19.  | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK  |   |
| 20.  | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK  |   |
| 21.  | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK  |   |
| 22.  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK  |   |
| 23.  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK  |   |
| <p><b>Oświadczam(y)</b>, że oferowany powyżej sprzęt, aparatura medyczne wraz z dodatkowym wyposażeniem posiada i spełnia wszystkie wymagane minimalne parametry techniczne, jakościowe, eksploatacyjne i funkcjonalne określone w punkcie 3.7 przedmiotowej SIWZ oraz jest kompletna i gotowa do użytkowania bez konieczności ponoszenia przez zamawiającego żadnych dodatkowych kosztów.</p> |   |  |   |
| <p>.....<br/>Pieczęć wykonawcy</p>   |   | <p>.....<br/>Data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy</p> |   |

## Pakiet – nr 6

### 3. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO:

Oferuję wykonanie dostawy przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapisami SIWZ w części dotyczącej Pakietu nr 6 niniejszego postępowania za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ BRUTTO\*:

**ŁĄCZNA CENA OFERTOWA**

..... , ..... zł brutto

Powyższa łączna cena ofertowa zawiera doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT, który na datę złożenia oferty **wynosi ..... %**.

\* ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO stanowi całkowite maksymalne łączne wynagrodzenie należne wykonawcy w związku z realizacją dostawy przedmiotu niniejszego postępowania w zakresie Pakietu nr 6 zgodnie z postanowieniami przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Oświadczam(y), że oferowana łączna cena ofertowa zawiera wszelkie elementy kosztów (np. koszty zakupu, koszty związane z dostawą sprzętu, aparatury medycznej do Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, transportu, opakowania, czynności związane z przygotowaniem dostawy, ubezpieczeniem, przesyłką, ewentualne opłaty celne, szkolenia pracowników itp.).

**Oferuję dostawę nowego mikronapędu chirurgicznego z przystawkami o następujących minimalnych parametrach technicznych, jakościowych, eksploatacyjnych i funkcjonalnych:**

| Lp | Wymagane parametry graniczne warunki | Wymagana wartość parametru | Oferowane parametry<br>Należy opisać TAK / NIE<br>oraz ewentualnie określić oferowane parametry w jednostkach wskazanych w wymaganych wartościach parametru |
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|
|----|--------------------------------------|----------------------------|---|

### MIKRONAPĘD CHIRURGICZNY Z PRYZSTAWKAMI – 1 komplet

Producent/Firma: (Podać) .....

Urządzenie typ/model: (Podać) .....

Kraj pochodzenia: (Podać) .....

Rok produkcji: (Podać) .....

Nazwa zakładu serwisowego: (Podać) .....

Adres zakładu serwisowego: (Podać) .....

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 1. | Mikroprocesorowa konsola zasilająca umożliwiająca sterowanie szerokim zakresem funkcji, uruchamianych przez dotykowy wyświetlacz – 1 sztuka.   | TAK |  |
| 2. | Interfejs użytkownika w języku polskim.  | TAK |  |
| 3. | Dotykowy kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej minimum 15 cm.  | TAK |  |
| 4. | Regulacja jasności i kontrastu dotykowego wyświetlacza.  | TAK |  |
| 5. | Możliwość jednoczesnego przyłączenia do trzech napędów.  | TAK |  |
| 6. | Możliwość zasilania napędów obrotowych (wiertarskich), mikropilek (oscylacyjne, strzałkowe, posuwisto-zwrotne), shaverów i młynków do kości dla procedur neurochirurgicznych, otolaryngologicznych, traumatologicznych, ortopedycznych i artroskopowych. | TAK |  |
| 7. | Możliwość równoczesnej pracy dwóch podłączonych napędów.   | TAK |  |



|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 8.  | Automatyczne rozpoznawanie przez konsolę przyłączonych napędów.  | TAK |  |
| 9.  | Dwa tryby sterowania obrotami napędu: obroty zmienne / obroty stałe (ustalone przez użytkownika).  | TAK |  |
| 10. | Sterowanie kierunkiem obrotu napędu: w prawo/w lewo.   | TAK |  |
| 11. | Regulacja charakterystyki ruchu obrotowego napędu dla przyspieszania i hamowania.  | TAK |  |
| 12. | Regulacja charakterystyki momentu obrotowego napędów umożliwiającą dostosowanie zachowania napędu podczas pracy jako elektrycznego lub pneumatycznego. | TAK |  |
| 13. | Wyświetlanie rzeczywistej prędkości obrotowej napędu nawet podczas używania nasadek z przekładniami redukującymi obroty ostrza.                        | TAK |  |
| 14. | Konsola ze zintegrowaną pompką perystaltyczną współpracującą z systemem drenów jednorazowych o wydajności w zakresie minimum: 0 - 300 ml/min.          | TAK |  |
| 15. | Montaż kasy irygacyjnej w konsoli w sposób beznarzędziowy.   | TAK |  |
| 16. | Sterowanie wydajnością pompki perystaltycznej z konsoli i sterownika nożnego.  | TAK |  |
| 17. | Funkcja automatycznego wypełnienia drenu irygacyjnego.   | TAK |  |
| 18. | Funkcja przepłukiwania niezależna od aktywności napędu.  | TAK |  |
| 19. | Konsola wyposażona w klamrę mocującą stojak pojemnika irygacyjnego.  | TAK |  |
| 20. | Możliwość jednoczesnej irygacji dwóch napędów.   | TAK |  |
| 21. | Adaptacyjnie podświetlane gniazda przewodów napędów.   | TAK |  |
| 22. | Funkcja programowania indywidualnych ustawień parametrów pracy napędów dla minimum 20 użytkowników.  | TAK |  |
| 23. | Sygnały akustyczne ostrzeżeń i alarmów.  | TAK |  |
| 24. | Regulacja poziomu głośności sygnałów akustycznych ostrzeżeń i alarmów.   | TAK |  |
| 25. | Kabel zasilający z zabezpieczeniem przed przypadkowym odłączeniem.   | TAK |  |
| 26. | Przewód sterujący uniwersalny kompatybilny ze wszystkimi oferowanymi mikronapędami przewodowymi – 2 sztuki.  | TAK |  |
| 27. | Wtyki przewodu sterującego od strony konsoli oraz napędu w postaci szybkozłączy.   | TAK |  |
| 28. | Długość przewodu sterującego minimum: 3,5 m.   | TAK |  |
| 29. | Przewód sterujący autoklawowalny.  | TAK |  |
| 30. | Wiertarka ortopedyczna dwuprzyciskowa z funkcją oscylacji – 1 sztuka.  | TAK |  |
| 31. | Metalowa obudowa wiertarki w postaci rękojeści pistoletowej ze stopów metali nierdzewnych.   | TAK |  |
| 32. | Zabezpieczenie napędu przed przypadkowym   | TAK |  |

|     |   |     |  |
|-----|---|-----|--|
|     | uruchomieniem (przycisk blokady).   |     |  |
| 33. | Obroty wiercenia: lewo, prawo i oscylacja.  | TAK |  |
| 34. | Wbudowane dwa przyciski do niezależnego uruchamiania obrotów lewo/prawo oraz uruchamiania trybu oscylacyjnego napędu.                         | TAK |  |
| 35. | Funkcja blokowania przycisku uruchamiania obrotów w lewą stronę realizowana przełącznikiem w napędzie.  | TAK |  |
| 36. | Płynna regulacja ruchu obrotowego i oscylacyjnego.  | TAK |  |
| 37. | Moment obrotowy regulowany za pomocą nasadek.   | TAK |  |
| 38. | Zakres prędkości obrotowej z nasadkami wiertarskimi minimum: 0 – 1500 obr/min.  | TAK |  |
| 39. | Zakres prędkości obrotowej z nasadkami do rozwiercania (frezerskimi) minimum: 0 – 500 obr/min.  | TAK |  |
| 40. | Napęd wyposażony w silnik bezszczotkowy.  | TAK |  |
| 41. | Napęd niewymagający konserwacji i smarowania.   | TAK |  |
| 42. | Zabezpieczenie silnika napędu przed przeciążeniem.  | TAK |  |
| 43. | Kaniulacja wzdłuż osi napędu minimum 4 mm.  | TAK |  |
| 44. | Montaż nasadek i adapterów w sposób beznarzędziowy.   | TAK |  |
| 45. | Napięcie zasilania napędu: 40V DC.  | TAK |  |
| 46. | Metody sterylizacji – parowa, gazem plazmowym Sterrad, nadtlenkiem wodoru w postaci gazowej Steris.   | TAK |  |
| 47. | Waga napędu nieprzekraczająca 550 g.  | TAK |  |
| 48. | Współpraca z minimum 20 różnymi nasadkami do: wiercenia, rozwiercania, cięcia oraz z nasadką przezierną.                                      | TAK |  |
| 49. | Nasadka do drutów Kirschnera z płynnym zakresem roboczym średnic minimum: 0.7-1.8 mm – 1 sztuka.  | TAK |  |
| 50. | Nasadka do drutów Kirschnera z płynnym zakresem roboczym średnic minimum: 2.0-3.2 mm – 1 sztuka.  | TAK |  |
| 51. | Nasadki do drutów Kirschnera posiadają mechanizm wstępnie przytrzymujący drut, co zapobiega swobodnemu wysunięciu się drutów/pinów z nasadki. | TAK |  |
| 52. | Nasadka wiertarska trójszczękowa bezkluczykowa z zakresem roboczym średnic minimum: 0 – 6 mm – 1 sztuka.                                      | TAK |  |
| 53. | Nasadka wiertarska z gniazdem zatraskowym typu mały AO – 1 sztuka.  | TAK |  |
| 54. | Mikropiła strzałkowa – 1 sztuka.  | TAK |  |
| 55. | Częstotliwość oscylacji mikropiły strzałkowej minimum: 25000 cykli/min.   | TAK |  |

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 56. | Możliwość ustawienia głowicy mikropiły strzałkowej w 8 pozycjach (zakres 360°).                        | TAK |  |
| 57. | Skok ostrza (wychylenie kątowne) głowicy mikropiły strzałkowej: minimum 5°.                            | TAK |  |
| 58. | Możliwość ustawienia ostrza w głowicy mikropiły strzałkowej w minimum 5 pozycjach (zakres 180°).       | TAK |  |
| 59. | Wymiana ostrzy w głowicy mikropiły strzałkowej za pomocą szybkozłączki.                                | TAK |  |
| 60. | Dostępnych ponad 80 ostrzy o różnej geometrii do mikropiły strzałkowej.                                | TAK |  |
| 61. | Waga mikropiły strzałkowej nieprzekraczająca 160 g.  | TAK |  |
| 62. | Mikrosilnik obrotowy – 1 sztuka.   | TAK |  |
| 63. | Obroty maksymalne mikrosilnika minimum: 50000 obr/min.   | TAK |  |
| 64. | Montaż nasadek prostych i kątowych mikrosilnika w sposób beznarzędziowy.                               | TAK |  |
| 65. | Nasadka prosta do mikrosilnika – 1 sztuka.   | TAK |  |
| 66. | Wymiana ostrzy w nasadkach prostych mikrosilnika w sposób beznarzędziowy.                              | TAK |  |
| 67. | Dostępnych ponad 70 ostrzy o różnej geometrii do nasadek prostych mikrosilnika.                        | TAK |  |
| 68. | Obudowa korpusu wszystkich mikronapędów piórowych wykonana z tytanu.                                   | TAK |  |
| 69. | Średnica korpusu wszystkich mikronapędów piórowych nie przekraczająca 20 ± 5% mm.                      | TAK |  |
| 70. | Moc silników wszystkich mikronapędów piórowych minimum 130 W.  | TAK |  |
| 71. | Napięcie zasilania mikronapędów piórowych: 40V DC.   | TAK |  |
| 72. | Sterownik ręczny uniwersalny kompatybilny z wszystkimi oferowanymi mikronapędami piórowymi – 2 sztuki. | TAK |  |
| 73. | Montaż sterownika ręcznego na korpusie mikronapędów piórowych w sposób beznarzędziowy.                 | TAK |  |
| 74. | Sterownik ręczny wyposażony w blokadę uruchomienia napędu.   | TAK |  |
| 75. | Sterownik ręczny wyposażony w dźwignię teleskopową o zakresie wysunięcia minimum 40 mm.                | TAK |  |
| 76. | Metody sterylizacji – parowa, gazem plazmowym Sterrad, nadtlenkiem wodoru w postaci gazowej Steris.    | TAK |  |
| 77. | Mikropiła posuwisto-zwrotna – 1 sztuka.  | TAK |  |
| 78. | Częstotliwość ruchów mikropiły posuwisto-zwrotnej minimum: 14 000 cykli/min.                           | TAK |  |
| 79. | Skok ostrza – 3 mm.  | TAK |  |
| 80. | Możliwość ustawienia linii tnącej ostrza w 2 pozycjach, co 180 stopni.                                 | TAK |  |
| 81. | Waga nie przekraczająca 210 g.   | TAK |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 82.  | Prostnica z reduktorem 4:1 typ MD.  | TAK  |   |
| 83.  | Dedykowany pojemnik sterylizacyjny z wyjmowaną tacą do zestawu napędów ortopedycznych przewodowych wraz z akcesoriami – 1 sztuka.   | TAK  |   |
| 84.  | Taca sterylizacyjna wyposażona w dedykowane przedziały dopasowane do stabilnego umiejscowienia każdego z elementów zestawu.   | TAK  |   |
| <b>Warunki gwarancji</b>   |   |  |   |
| 85.  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące.  | TAK  | <b>Termin gwarancji: ..... m-cy (Podać)</b> |
| 86.  | Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązany jest świadczyć serwis w okresie trwania gwarancji, przez który należy w szczególności rozumieć: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie planowej technicznej obsługi serwisowej zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (w tym z wymianą pakietów serwisowych bądź części zalecanych przez producenta),</li> <li>• Wykonywanie modyfikacji ustawień,</li> <li>• Wykonywanie ekspertyz stanu technicznego,</li> <li>• Dojazd serwisu do siedziby zamawiającego.</li> </ul> | TAK  |   |
| 87.  | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski.   | TAK  |   |
| 88.  | Dostępność oryginalnych lub równoważnych części zamiennych przez co najmniej 5 lat od daty wygaśnięcia gwarancji.   | TAK  |   |
| 89.  | Reakcja serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24h oraz usunięcia awarii (wykonanie naprawy) w terminie do 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).   | TAK  |   |
| 90.  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy) – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach technicznych, jakościowych i funkcjonalnych.   | TAK  |   |
| <p><b>Oświadczam(y)</b>, że oferowany powyżej sprzęt, aparatura medyczne wraz z dodatkowym wyposażeniem posiada i spełnia wszystkie wymagane minimalne parametry techniczne, jakościowe, eksploatacyjne i funkcjonalne określone w punkcie 3.8 przedmiotowej SIWZ oraz jest kompletny i gotowy do użytkowania bez konieczności ponoszenia przez zamawiającego żadnych dodatkowych kosztów.</p> |   |  |   |
| <p>.....<br/>Pieczęć wykonawcy</p>   |   | <p>.....<br/>Data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy</p> |   |

#### 4. DOKUMENTY:

Informuję, że zamawiający posiada następujące aktualne oświadczenia lub dokumenty lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 roku o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (j.t. Dz. U. z 2017 roku poz. 570 ze zm.):

W przypadku wskazania przez wykonawcę dostępności oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w § 2, § 5 i § 7 rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 roku w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z dnia 27 lipca 2016 roku, poz. 1126 ze zm.), w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazane przez wykonawcę oświadczenia lub dokumenty.

W przypadku wskazania przez wykonawcę oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w § 2, § 5 i § 7 rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 roku w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z dnia 27 lipca 2016 roku, poz. 1126 ze zm.), które znajdują się w posiadaniu zamawiającego, w szczególności oświadczeń lub dokumentów przechowywanych przez zamawiającego zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy PZP, zamawiający w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy, korzysta z posiadanych oświadczeń lub dokumentów, o ile są one aktualne.

| Lp | Nazwa oświadczenia lub dokumentu | Postępowanie, do którego zostało złożone oświadczenie lub dokument bądź adres bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych |
|----|----------------------------------|---|
| 1. |                                  |   |
| 2. |                                  |   |
| 3. |                                  |   |

#### 5. OBOWIĄZEK PODATKOWY:

Oświadczam(y), że zgodnie z postanowieniami art. 91 ust. 3a ustawy PZP oraz punktu 19.3 SIWZ wybór niniejszej oferty **nie prowadzi\* / prowadzi\*** do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (tzw. odwrócony podatek VAT).

\* Niepotrzebne skreślić

Jeżeli wybór niniejszej oferty prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawcy są zobowiązani wypełnić poniższą część niniejszego punktu.

Jednocześnie wskazuję nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku: .....

W przypadku jeżeli wybór niniejszej oferty prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, wykonawca składając ofertę cenową (o której mowa w wstępie niniejszego punktu, tj. łączną cenę ofertową brutto dostaw, wskazuje ich wartość bez kwoty podatku. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami.

#### 6. OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam(y), że moja oferta spełnia wszystkie wymagania i warunki ustalone w przedmiotowej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,
- Oświadczam(y), że wykonam zamówienie w terminie **30 dni** licząc od dnia podpisania umowy,
- Oświadczam(y), że w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia,
- Oświadczam(y), że zapoznałem się ze SIWZ oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
- Oświadczam(y), że uważam się za związanego złożoną ofertą na okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert,
- Oświadczam(y), że akceptuję, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury,
- Oświadczam(y), że jestem (mikroprzedsiębiorstwem bądź małym, średnim lub dużym przedsiębiorstwem (**podać**): .....

Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 roku dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny



## Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem

ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane

http://www.szpital-zakopane.pl

e-mail: zp@szpital-zakopane.pl

tel. (+48 18) 20-120-21

fax (+48 18) 20-153-51

Znak sprawy: ZP / 18 / 20

obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. Średnie przedsiębiorstwa: 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.

8. Wadium do Pakietu nr ..... w wysokości ..... **PLN**, zostało wniesione w dniu ..... **2020 roku**, w formie: .....,
9. Prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy PZP, na następujący rachunek bankowy: .....,

### 7. KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 LUB ART. 14 RODO:

Oświadczenie wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”:

**Oświadczam(y), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\***

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

### 8. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRYZNANIA ZAMÓWIENIA:

1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego,
2. Osobą upoważnioną do kontaktów z zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest ....., e-mail: .....tel./fax: .....

### 9. PODWYKONAWCY:

Oświadczam(y), że przy realizacji zamówienia objętego przedmiotem niniejszego postępowania przetargowego **będę\* / nie będę\*** korzystać z usług podwykonawców.

\* Niepotrzebne skreślić

W przypadku udziału podwykonawcy w realizacji zamówienia Zamawiający działając na podstawie art. 36b ust. 1 ustawy PZP żąda wskazania przez wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, i podania przez wykonawcę (o ile są znani) firm podwykonawców:

1. ....,
2. ....,

### 10. TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA:

Oświadczam(y), że niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być ogólnie udostępnione:

1. ....,
2. ....,

W celu wykazania, że powyżej wskazane dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa do oferty załączam:

1. ....,
2. ....,

### 11. SPIS TREŚCI:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1. ....,
2. ....,
3. ....,
4. ....,
5. ....,



**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**

☒ ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane

🌐 <http://www.szpital-zakopane.pl>

☎ tel. (+48 18) 20-120-21

✉ e-mail: [zp@szpital-zakopane.pl](mailto:zp@szpital-zakopane.pl)

☎ fax (+48 18) 20-153-51

Znak sprawy: ZP / 18 / 20

6. ....,

7. ....

Oferta została złożona na ..... **kolejno** ponumerowanych stronach.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym formularzu oferty przetargowej oraz powyższe oświadczenia są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.**

.....

Pieczęć Wykonawcy

.....

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy