



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY[®]

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

NIP 758-20-10-430

www.szpital.ostroleka.pl

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

REGON 000304616

szpitalo@szpital.ostroleka.pl

MSS-TZP-ZPP-26-13/20

Ostrołęka, dn. 05.06.2020r.

Do wszystkich uczestników Postępowania (Wykonawców)

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego poniżej kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz. 1843) na **dostawę, instalację i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”.**

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce informuje, że na mocy przysługujących mu jako Zamawiającemu uprawnień art. 38 ust. 1 i art. 38 ust. 4 ustawy - Prawo zamówień publicznych z 29 stycznia 2004 r., (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz. 1843) zmienia treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, która staje się z tą chwilą wiążąca przy interpretacji zapisów SIWZ zarówno dla Wykonawców biorących udział w ww. postępowaniu, jak i Zamawiającego.

Zmianie ulega:

1. Treść SIWZ pkt. 4 Opis przedmiotu zamówienia ppkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przedmiot zamówienia podzielony jest na 3 części.

- a) **Aparat do oznaczenia ACT- 1 szt. (tj. 1 kpl.; 1 zestaw)**
- b) **Aparat ultrasonograficzny- 1 szt. (tj. 1 kpl.; 1 zestaw)**
- c) **Lampa do angiografu wraz z oprogramowaniem kompatybilnym ze wskazanym przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka z funkcjonującym angiografem- 1 szt. (tj. 1 kpl.; 1 zestaw)**

W ramach dostawy sprzętu, o którym mowa wyżej, Wykonawca zobowiązany będzie też do jego instalacji i uruchomienia w pomieszczeniach wskazanych przez Zamawiającego. Na uruchomienie sprzętu składać się będą przeprowadzenie testów akceptacyjnych sprzętu (przy udziale Zamawiającego), a także instruktażu osób wskazanych przez Zamawiającego w zakresie obsługi i użytkowania sprzętu. O dokładnym terminie instruktażu personelu Wykonawca zobowiązany będzie zawiadomić pisemnie Zamawiającego z wyprzedzeniem 5 dni roboczych. Wykonawca zobowiązany będzie zagwarantować, że dostarczony przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy, kompletny, o wysokim standardzie zarówno pod względem jakości jak i funkcjonalności, a także wolny od wad materiałowych, konstrukcyjnych i prawnych oraz dopuszczony do stosowania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia musi być sprzętem dopuszczonym do obrotu i stosowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym w szczególności zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020r. poz. 186). Sprzęt medyczny, będący przedmiotem zamówienia, po dostarczeniu zgodnie z zawartą umową ws. udzielenia zamówienia publicznego, powinien być też gotowy do użycia. Sprzęt musi być fabrycznie nowy, nie uszkodzony, wolny od wad fizycznych i wad prawnych. Rok produkcji 2020r. Wyposażenie musi być zintegrowane wzajemnie oraz przygotowane do integracji z systemem informatycznym MSS.

2. Treść SIWZ pkt 13.1.7. Inne dokumenty składane przez Wykonawcę wraz z ofertą ppkt 3 otrzymuje brzmienie

„ 3) Wypełniony i podpisany Załącznik nr 3 do SIWZ i nr 2 do umowy – Formularz cenowy.”

3. Treść SIWZ pkt. 13.4. Wykaz oświadczeń lub dokumentów, składanych przez Wykonawcę w postępowaniu na wezwanie Zamawiającego w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 25 ust 1 pkt 3 ustawy PZP (w zakresie braku podstaw do wykluczenia): dodaje się ppkt 4); 5); 6) otrzymują brzmienie:

„ 4) Oświadczenia wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

NIP 758-20-10-430

www.szpital.ostroleka.pl

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

REGON 000304616

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo - w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności;

- 5) Oświadczenia wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.
- 6) Oświadczenia wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie o podatkach i opłatach lokalnych z dnia 6 lipca 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1445);"
4. Załącznik nr 1 do SIWZ i umowy otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszego pisma.
5. Załącznik nr 2 do SIWZ otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 2 do niniejszego pisma.
6. Załącznik nr 3 do SIWZ i nr 2 umowy otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 3 do niniejszego pisma.
7. Załącznik nr 4 do SIWZ otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 4 do niniejszego pisma.
8. Załącznik nr 5 do SIWZ otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 5 do niniejszego pisma.
9. Załącznik nr 6 do SIWZ otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 6 do niniejszego pisma.
10. Załącznik nr 7 do SIWZ otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 7 do niniejszego pisma.
11. Załącznik nr 9 do SIWZ otrzymuje brzmienie: zgodnie z Załącznikiem nr 8 do niniejszego pisma.

12. Punkt 20.1 SIWZ otrzymuje brzmienie:

„20.1. Miejsce, termin i sposób złożenia oferty.

20.1. Ofertę obejmującą całość zamówienia należy złożyć w zamkniętej kopercie/opakowaniu w siedzibie Zamawiającego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, 07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120 A, Sekretariat Dyrekcji, II piętro, pok. Nr 218 w nieprzekraczalnym terminie:

do dnia	15.06.2020 r.	do godz.	09:00
---------	---------------	----------	-------

13. Punkt 20.2 SIWZ otrzymuje brzmienie:

„20.2. Ofertę należy złożyć w nieprzezroczystej, zabezpieczonej przed otwarciem kopercie (paczce). Kopertę (paczkę) należy opisać następująco:

Przetarg nieograniczony na dostawę, instalację i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”

MSS-TZP-ZPP-26-13/20

Nie otwierać przed dniem 15.06.2020r. godz. 09:30

14. Punkt 21.4 SIWZ otrzymuje brzmienie:

„21.4. Miejsce i termin otwarcia ofert.

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120 A, sala konferencyjna, piętro II, pok. Nr 203.

w dniu	15.06.2020 r	o godz.	09:30
--------	--------------	---------	-------



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69
NIP 758-20-10-430 REGON 000304616
www.szpital.ostroleka.pl szpitalo@szpital.ostroleka.pl

Wniosek I

Dotyczy zadania nr 1. Aparat do oznaczenia ACT (Aparat do badania krzepliwości krwi pełnej)– 1 szt.

1. Czy zamawiający wymaga aby oferowany analizator pracował w oparciu o jednorazowe kuwety pomiarowe dedykowane dla danego testu ?

Odpowiedź: Tak, dopuszcza.

2. Czy Zamawiający wymaga by system autokontroli automatycznej był w pełni automatyczny wbudowany w analizator bez konieczności okresowego zakupu dodatkowych kart kontrolnych?

Odpowiedź: Tak, dopuszcza.

3. Czy Zamawiający dopuści analizator z pojedynczym gniazdem pomiarowym dla dwukomorowych kuwet z wbudowanym czytnikiem kodów kreskowych dla identyfikacji testów oraz pacjentów ?

Odpowiedź: Tak, dopuszcza.

Pozostała treść SIWZ pozostaje bez zmian.



DYREKTOR

mgr inż. Paweł Rafał Natkowski



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY[®]

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

NIP 758-20-10-430

www.szpital.ostroleka.pl

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

REGON 000304616

szpitalo@szpital.ostroleka.pl

MSS-TZP-ZPP-26-13/19

Załącznik nr 1 do SIWZ i Umowy
(Załącznik nr 1 do pisma)

Zestawienie warunków/parametrów wymaganych, granicznych

1. Aparat do oznaczenia ACT (Aparat do badania krzepliwości krwi pełnej) – 1 szt.

Lp.	Parametry techniczne i funkcjonalne	Wartość wymagana - warunek graniczny	Punktacja w kryterium jakości (parametry techniczne)	Parametr oferowany/ Wykonawca poda w poszczególnych pozycjach parametry lub wpisze TAK albo NIE, stosownie do wymagań
1.	Jednostka główna	Tak		
1.	Aparat fabrycznie nowy, nierekondycjonowany. Rok produkcji min. 2020.	Tak		
2.	Aparat do badania krzepliwości krwi pełnej	Tak		
3.	Oznaczanie przez aparat parametrów : aktywowany czas krzepnięcia (ACT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), czas protrombinowy (PT),	Tak		
4.	Możliwość oznaczania innych parametrów (bez konieczności dodatkowych nakładów inwestycyjnych).	Tak		
5.	Urządzenie przenośne, do użytku przy łóżku pacjenta	Tak		
6.	Możliwość zastosowania dla krwi pełnej i krwi z cytrynianem	Tak		
7.	Możliwość automatycznego odczytywania nazwy testu i daty	Tak		
8.	Automatyczne opatrywanie datą i godziną wykonanych testów (udanych i nieudanych)	Tak		
9.	Czas uzyskania wyniku do 10 min	Tak	Tak min 6-10 min - 0 pkt. 1-5 min – 2 pkt.	
10.	Aparat dwukomorowy z dołączonym testowym czytnikiem kodów.	Tak		
11.	Możliwość przechowywania i drukowania wyników badań i testów pacjenta	Tak	Drukowanie bezpośrednie -3 pkt Drukowanie przez komputer (drukarka niezawarta w zestawie)– 0 pkt	





MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430

REGON 000304616

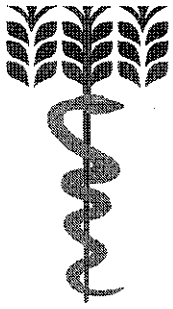
www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



12.	Automatyczny system autokontroli aparatu	Tak		
13.	Oprogramowanie dające możliwość tworzenia raportów dla poszczególnego pacjenta przy wykorzystaniu komputera osobistego z zainstalowanym systemem Windows.	Tak		
14.	Wyświetlacz (podświetlany) umożliwiający odczytywanie danych przy słabym lub braku oświetlenia	Tak		
15.	Aparat z możliwością pracy przy zasilniu sieciowym i akumulatorowym	Tak		
16.	Alarmowanie użytkownika o niskim stanie akumulatora	Tak		
17.	Szkolenie dla 10 osób z obsługi aparatu wraz z dostarczeniem niezbędnego osprzętu.	Tak		
18.	Dostarczenie osprzętu niezbędnego do wykonania 20 badań ACT	Tak		
19.	Przeszkolenie personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min.3) zakończone wydaniem certyfikatu,	Tak /podać		
20.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatów.	Tak		
21.	Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. <i>UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.</i>	Tak		

Wartości podane w rubryce "Wartość wymagana - warunki graniczne" stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY[®]

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69
 NIP 758-20-10-430 REGON 000304616
www.szpital.ostroleka.pl szpitalo@szpital.ostroleka.pl



2. Aparat ultrasonograficzny- 1 szt.

Lp.	Parametry techniczne i funkcjonalne	Wartość wymagana - warunek graniczny	Punktacja w kryterium jakości (parametry techniczne)	Parametr oferowany/ Wykonawca poda w poszczególnych pozycjach parametry lub wpisze TAK albo NIE, stosownie do wymagań
I	Jednostka główna	Tak		
1.	Aparat fabrycznie nowy, nierekondycjonowany. Data wprowadzenia na rynek (nie wersja, nie rewizja) nie wcześniej niż 2018. Rok produkcji min. 2020.	Tak		
2	Aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem.	Tak		
3	Przetwornik cyfrowy	Tak Min. 12-bitowy	Od 0-12bit-0 Pkt Powyżej 13 bitów – 5 pkt	
4	Zakres obsługiwanych częstotliwości głowic [MHz]	Tak co najmniej 1,0 – 17,0 MHz	Górna wartość ≤17,5 MHz – 0 pkt. Powyżej 17,56MHz – 5 pkt.	
5	Masa aparatu	Tak Max. 130 kg		
6	Liczba fizycznych kanałów przetwarzania Tx/Rx	Tak Min. 192		
7	Liczba aktywnych, niezależnych i tożsamych gniazd głowic obrazowych przełączanych elektronicznie	Tak Min.4		
8	Monitor z matrycą typu OLED lub LED, wielkość ekranu (przekątna) [cal]	Tak Min. 22"	≤22" - 0 pkt. >23" – 1 pkt.	
9	Możliwość regulacji położenia monitora niezależnie od panelu sterowania.	Tak		
10	Możliwość regulacji położenia panelu sterowania min. +/- 90 stopni+ regulacja góra/dół min 10cm	Tak		
11	Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów (tzw. Cine loop)	Tak		
12	Zintegrowany z aparatem systemu archiwizacji obrazów na dysku twardym z możliwością eksportowania na nośniki przenośne.	Tak		
13	Transmisja danych i obrazów w sieci komputerowej wg standardu DICOM 3.0 (Dicom Storage, Print, Worklist) z możliwością połączenia przez łącze bezprzewodowe Wi-Fi, wraz z możliwością tworzenia raportów	Tak		



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430

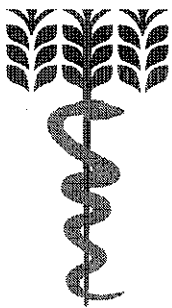
REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



	strukturalnych (SR) w aplikacjach: Vascular, OB./GYN, Cardiac			
14	Panel sterowania z regulacją wysokości	Tak		
15	Zintegrowany dysk/dyski SSD lub HDD	Tak łącznie min. 900 GB		
16	Ekran dotykowy LCD służący do obsługi aparatu o przekątnej min. 12"	Tak	Poniżej 12" – 0 pkt. Powyżej 12" – 20 pkt.	
17	Możliwość regulacji kąta nachylenia ekranu dotykowego.	Tak/Nie	Nie – 0 pkt Tak – 5 pkt	
18	Klawiatura alfanumeryczna .	Tak		
19	Podstawa jezdna z obrotowymi kołami z możliwością blokowania z kół oraz blokadą kierunku jazdy	Tak		
20	Dedykowany, wbudowany w aparat podgrzewacz żelu.	Tak/Nie	Nie – 0 pkt Tak – 5 pkt	
21	Drukarka termiczna (video) czarno – biała	Tak		
22	Fabrycznie zainstalowane zasilanie bateryjne pozwalające na wprowadzenie systemu w stan uśpienia, a następnie wybudzenie go w czasie max. 30 sek.	Tak		
23	Tryb przeglądania umożliwiający przenoszenie zarchiwizowanych danych obrazowych pacjenta do aparatu USG (poprzez zewnętrzny dysk twardy HDD, pamięć typu flash USB, płyta CD/DVD, sieć PACS) uzyskanych w innych technikach diagnostyki obrazowej: z tomografii komputerowej CT, rezonansu magnetycznego MRI, innego aparatu USG i jednoczesnym wyświetlaniu obok w czasie rzeczywistym obrazu USG.	Tak		
24	Poziom hałasu włączonego systemu	Tak Max. 50 dB	>49 dB – 0 pkt < 49 – 10 pkt.	
25	Porty USB 3.0	Tak		
26	Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100/1000 Mbps	Tak		
II	Tryb 2D (B-mode)	Tak		
1	Maksymalna głębokość penetracji [cm]	min. 40 cm		
2	Powiększanie zamrożonych obrazów, obrazów w trybie sekwencji filmowej (cine) lub obrazów w czasie rzeczywistym min 8 x	Tak		
3	Zapis sekwencji filmowej (CINE)	Tak Min. 300 sekund		
4	Dynamiczne ogniskowanie nadawania w całym zakresie głębokości jednocześnie	Tak		
5	Zastosowanie technologii automatycznie optymalizującej obraz w trybie B oraz parametry Dopplera pulsacyjnego (min. skala i linia bazowa) za pomocą jednego przycisku.	Tak		



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY[®]

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430

REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



6	Zastosowanie technologii automatycznie optymalizującej parametry Dopplera pulsacyjnego (min. skala i linia bazowa) po naciśnięciu przycisku zamrożenia („freeze”) lub w czasie rzeczywistym	Tak/Nie	Nie – 0 pkt Tak – 10 pkt	
7	Zastosowanie technologii obrazowania „nakładanego” przestrzennego wielokierunkowego (compounding) min 9 Kątów	Tak		
8	Tryb obrazowania z poprawą rozdzielczości kontrastowej poprzez eliminację szumów płamek obrazów (typu speckle reduction lub zgodnie z nomenklaturą producenta).	Tak		
9	Regulacja TGC dostępna na panelu sterowania realizowana za pomocą fizycznych 8 suwaków.	Tak		
10	Zastosowanie technologii eliminującej efekt przepływu w naczyniach celem optymalizacji wizualizacji naczyń.	Tak/Nie	Nie – 0 pkt Tak – 10 pkt	
11	Obrazowanie elastografii uciskowej typu „strain” lub zgodnie z nomenklaturą producenta	Tak		
III	Tryb M	Tak		
1	Anatomiczny tryb M	Tak		
IV	Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)	Tak		
1	Maksymalnie mierzona prędkość przepływu [cm/s] przy 0° kącie korekcji	Tak Min. 1000 cm/s		
2	Wielkość bramki Dopplerowskiej [mm]	Tak Od max. 1 do min. 20 mm		
3	Kąt korekcji kąta bramki Dopplerowskiej [°]	Tak Min. 0° - +/- 88°		
V	Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD)	Tak		
1.	Podać maksymalną mierzoną prędkość przepływu [cm/s] przy 0° kącie korekcji	Tak Min. 2100 cm/s		
2.	Wbudowany moduł EKG	Tak		
VI	Tryb Doppler Kolorowy (CD)	Tak		
1	Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego	Tak		
VII	Tryb angiologiczny (Doppler mocy)	Tak		
VIII	Tryb obrazowania tkanek Dopplerowską metodą fali impulsowej	Tak		
IX	Obrazowanie harmoniczne	Tak		
1	Obrazowanie harmoniczne na wszystkich zaoferowanych głowicach	Tak		
X	Tryb Duplex (2D + PWD lub CD)	Tak		
XI	Tryb Triplex (2D + PWD + CD)	Tak		
XII	Oprogramowanie pomiarowe	Tak		



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430

REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



wraz z pakietem obliczeniowym				
1	Oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe zawierające min badania.: - brzuszne - małe narządy - naczyniowe	Tak		
2	Oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe zawierające min.: - badania kardiologiczne	Tak		
3	Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera (automatyczny obrys spektrum)	Tak		
XIII	Głowica liniowa wieloczęstotliwościowa matrycowa do badań dopplerowskich i małych narządów lub szerokopasmowa	Tak	Podać typ	
1	Zakres częstotliwości pracy przetwornika [MHz]	Tak min. 3 MHz – min. 9,5 MHz		
2	Liczba elementów	Tak Min. 320		
3	Długość czoła głowicy	Tak 40 mm (+/-2 mm)		
4	Obrazowanie trapezowe	Tak		
XIV	Głowica wieloczęstotliwościowa do badań transkranialnych i kardiologicznych. Głowica wykonana w technologii „single crystal”		Podać typ	
1	Zakres częstotliwości pracy przetwornika [MHz]	Tak min. 1,1 MHz – min. 4,6 MHz		
2	Liczba elementów	Min. 80		
XV	Głowica konweksowa wieloczęstotliwościowa do badań jamy brzusznej. Głowica wykonana w technologii typu „single crystal” lub zgodnej z nomenklaturą producenta		Tak	Podać typ
1	Zakres częstotliwości pracy przetwornika [MHz]	Tak min 1,0 - 5,7 MHz		
2	Kąt pola skanowania (widzenia) [°]	Tak Min. 100°		
3	Liczba elementów	Tak Min. 170		
4	Możliwość pracy z przystawką biopsyjną	Tak		
XVI	Możliwości rozbudowy systemu (opcje dostępne na dzień składania ofert)	Tak		
1	Tryb obrazowania Fuzja obrazów. Nakładanie obrazów z CT/MR oraz USG w czasie rzeczywistym z możliwością wizualizacji przepływów w trybie Dopplera kolorowego. Metody dopasowywania obrazów min: ręczna, punkt do punktu, jedнопрыцкoвa automatyczna	Tak/Nie	Nie-0 pkt Tak- 10 pkt	



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430

REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



2	Zastosowanie biopsji cienkoigłowej pod kontrolą fuzji – tracking igły biopsyjnej wraz z wyświetlaniem toru biopsyjnego na nałożonych obrazach CT/USG w czasie rzeczywistym	Tak/Nie	Nie-0 pkt Tak- 10 pkt	
3	Tryb elastografii akustycznej wykorzystujący metodę fali poprzecznej, wraz z pakietem pomiarowym wyświetlającym wyniki w kPa i m/s. Możliwość wykonywania pomiarów na głębokości min. 10 cm	Tak/Nie	Nie-0 pkt Tak- 5 pkt	
4	Oprogramowanie do ilościowej oceny mięśnia sercowego i mechaniki jego ruchów.	Tak/Nie	Nie-0 pkt Tak- 5 pkt	
5	Tryb pracy ze środkami kontrastującymi.	Tak/Nie	Nie-0 pkt Tak- 5 pkt	
6	Przeszkolenie personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min.3) zakończone wydaniem certyfikatu,	Tak /podać		
7	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatów.	TAK		
8	Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. <i>UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.</i>	TAK		

Wartości podane w rubryce " Wartość wymagana - warunki graniczne" stanowią nieprzekraczalny minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

3. Lampa do angiografu wraz z oprogramowaniem kompatybilnym ze wskazanym przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka z funkcjonującym angiografem- 1 szt.

	Parametry techniczne i funkcjonalne	Wartość wymagana - warunek graniczny	Punktacja w kryterium jakości (parametry techniczne)	Parametr oferowany/ Wykonawca poda w poszczególnych pozycjach parametry lub wpisze TAK albo NIE, stosownie do wymagań
1	2	3	4	5
	Rozbudowa aparatu angiograficznego INFX-8000C/ED sn.EDC11X2006 do funkcjonalności umożliwiających wykonywanie trombektomii mechanicznej			
1.	Aktualizacja oprogramowania do najnowszej dostępnej dla tego urządzenia wersji oprogramowania			
2.	Aktualizacja oprogramowania do najnowszej dostępnej dla tego	1 kpl	Bez oceny	



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

NIP 758-20-10-430

www.szpital.ostroleka.pl

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

REGON 000304616

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



	urządzenia wersji oprogramowania potwierdzona oświadczeniem producenta lub autoryzowanego dystrybutora na terenie polski			
3.	Dostosowanie poprzez wymianę monitorów obrazowych struktur neurologicznych			
4.	Wymiana wraz z instalacją na fabrycznie nowe monitorów obrazowych. Minimalne wymagania: - kompatybilność z posiadanym aparatem - rozdzielczość / jasność o wartościach min jak zainstalowane monitory - złącza / interfejs dostosowany do interfejsu obrazowego aparatu	1 kpl	Bez oceny	
5.	Dostosowanie wydajności toru akwizycji do obrazowania struktur neurologicznych			
6.	Wymiana lampy rtg na fabrycznie nową dedykowaną do posiadanego aparatu wraz z chłodnicą glikolu i wszystkimi niezbędnymi i przewidzianymi przez producenta kalibracjami i testami oraz modyfikacjami	1 kpl	Bez oceny	
7.	Wymiana kolimatora na fabrycznie nowy dedykowany do posiadanego aparatu wraz z wszystkimi niezbędnymi i przewidzianymi przez producenta kalibracjami i testami oraz modyfikacjami	1 kpl	Bez oceny	
8.	Dostosowanie interfejsu do zabiegów struktur neurologicznych			
9.	Wymiana z integracją pulpitu sterującego mocowanego do stołu na fabrycznie nową dedykowaną do posiadanego aparatu o min funkcjonalnościach: - sterowanie wszystkimi ruchami aparatu - sterowanie systemem akwizycji i przetwarzania danych - pełna kompatybilność z posiadanym aparatem - min 4 pola o programowanej funkcjonalności wraz z wymiennymi piktogramami	1 kpl	Bez oceny	
10.	Rozbudowa o funkcjonalność podglądu w sali zabiegowej obrazów referencyjnych innych modalności (min XA/CT/MR/US)			
11.	Rozbudowa lub wymiana posiadanej stacji postprocesingowej angiograficznej aby spełniała poniższe funkcjonalności.	1 kpl	Bez oceny	
12.	Min wymagania sprzętowe: - min Intel Xeon 3.6 GHz 2666MHz 6C CPU - min 32GB DDR4 2666 DIMM - min 1 TB 7200 RPM SATA - min Microsoft Windows 10 Professional for Workstation 64-bit edition - min LAN: 1.0 Gbps	1 kpl	Bez oceny	



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69
NIP 758-20-10-430 REGON 000304616
www.szpital.ostroleka.pl szpitalo@szpital.ostroleka.pl



	<p>- monitor o parametrach min: Przekątna 21" Rozdzielczość 1200 x 1600 (3:4) Rozmiar wyświetlanego obrazu (W x S) 324,0 x 432,0 mm Rozmiar piksela 0,270 x 0,270 mm Liczba kolorów 10-bitowe kolory (DisplayPort): 1,07 miliarda (max.) Kąty widzenia (pionowo / poziomo) 175°, 175° Rodzaj podświetlenia LED Jasność 800 cd/m² Rekomendowana jasność do kalibracji 400 cd/m² Kontrast 1400:1</p>			
13.	<p>Kompatybilność z pracującymi w szpitalu urządzeniami modalności XA, CT, MR</p>	1 kpl	Bez oceny	
14.	<p>Funkcje podstawowe min:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lista badań- Sortowalna i filtrowalna lista wszystkich badań- Dostosowywalna lista badań- Widok miniatur serii wskazuje dostępne serie- Tworzenie specyficznych dla użytkownika filtrów listy roboczej w celu optymalizacji danychwyszukiwanie / wybór użytkowników- Interaktywne miniatury do szybkiego badania / podglądu serii- Uruchom bezpośrednio w przepływie pracy 2D lub 3D na potrzeby badania lub serii- Inteligentny program uruchamiający aplikacje wybiera automatycznie dane pasujące do żądanej aplikacji- Karta Wyniki z widocznymi wynikami, eksport, usuwanie i przegląd• Edytor raportów- Taca slajdów zawierająca migawki, partie i filmy zapisane w oknie przeglądarki- Szybki podgląd migawek, filmów i partii- Wybór wielokrotny do bezpośredniego eksportu DICOM, dodawanie do raportu strona lub usunięcie- Przywracanie migawki- Szablony raportów, w tym raport tekstowy oparty na protokole formaty stron lub obrazów o różnych konfiguracjach- Nagłówek raportu zawierający informacje konfigurowane przez użytkownika- Możliwość dodawania komentarzy i	1 kpl	Bez oceny	



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430 REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



	<p>strzałek do zdjęć</p> <ul style="list-style-type: none">- Drukowanie raportu na DICOM (tylko na stacji roboczej) lub Drukarki w formacie Postscript, eksportujące do obrazu DICOM archiwizacja, publikowanie na serwerze WWW oprogramowania Vitrea, nagrywanie na dysku CD lub DVD lub eksport do dokumentu MS Word.• Publikowanie danych- Przechwytywanie kluczowych obrazów i partii do eksportu do PACS / EMR- Tworzenie filmów do prezentacji- Eksportuj obrazy w formacie PNG, DICOM i AVI- Drukowanie w systemie Windows® i zwykłym papierze- Pobieranie szczegółowych informacji o obrazie z nagłówka DICOM- Utwórz dysk CD lub DVD za pomocą przeglądarki• Wbudowana instrukcja obsługi dostępna w każdej aplikacji			
15.	<p>DICOM min:</p> <ul style="list-style-type: none">• DICOM 3.0 export• DICOM query/retrieve• DICOM storage as SCU and SCP (receive and push)• DICOM printing• DICOM archival CD/DVD	1 kpl	Bez oceny	
16.	<p>Podgląd badań z modalności XA, MR, CT o min funkcjonalności:</p> <ul style="list-style-type: none">- Protokół angiografii cyfrowej (DSA) z ustawionymi ustawieniami wizualizacji do oceny 3D naczyń- Łączenie wielu objętości do wyświetlania naczyń, urządzenia i kości- Standardowe narzędzia 3D do pracy z zestawem danych- Segmentacja jednym kliknięciem, z automatyczną granicą linii środkowej i prześwitu,- otwieranie obrazów MIP / MPR	1 kpl	Bez oceny	
17.	<p>Wyświetlanie obrazów na monitorze na zawieszaniu sufitowym przy angiografie</p>	1 kpl	Bez oceny	
18.	Rozbudowa o akcesoria do obrazowania neurologicznego			
19.	<p>W fartuchy mocowane na szynach stołu (z obu stron stołu)</p>	1 kpl	Bez oceny	
20.	<p>Uchwyt na osłonę anestetyczną</p>	1 kpl	Bez oceny	
21.	<p>Uchwyt / podłokietnik nad głową</p>	1 kpl	Bez oceny	
22.	<p>Wydłużenie teleskopowe szyn bocznych</p>	1 kpl	Bez oceny	
23.	<p>Kompatybilny z posiadanym urządzeniem, fabrycznie nowy przycisk ekspozycji z molizwą włączenia ekspozycji / fluoroskopii</p>	1 kpl	Bez oceny	



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430

REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl



24.	Po modernizacji aparatu zostanie wykonany przegląd techniczny i wystawiony certyfikat sprawności aparatu	Tak		
25.	Przeszkolenie personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min.3) zakończone wydaniem certyfikatu,	Tak /podać		
26.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatów.	TAK		
27.	Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. <i>UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.</i>	TAK		

Wartości podane w rubryce " Wartość wymagana - warunki graniczne" stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę, instalację i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”.

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:.....

Siedziba:.....

Województwo:....., powiat:.....

Nr telefonu :..... e- mail:

Nr NIP:.....

Nr REGON:.....

Osoba upoważniona do kontaktów: tel.

Zobowiązania Wykonawcy:**1. Wykonawca składa ofertę dla części* zamówienia.**

Cena oferty na podane części zamówienia określona jest w formularzu cenowym, stanowiącym Załącznik nr 3 do SIWZ i nr 2 do umowy.

2. Termin realizacji zamówienia: do 30 września 2020 r.
3. Termin płatności wynosi 30 dni od daty otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury wystawionej po każdorazowej dostawie przedmiotu umowy do siedziby Zamawiającego. Zamawiający nie udziela przedpłat.
4. Zobowiązujemy się dostarczać przedmiot umowy na własnym transporcie i na własny koszt do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.
6. Oświadczamy, że dostarczony przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy, kompletny, o wysokim standardzie zarówno pod względem jakości jak i funkcjonalności, a także wolny od wad materiałowych, konstrukcyjnych i prawnych oraz dopuszczony do stosowania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
7. Oświadczamy, że okres gwarancji /minimum 24 miesiące/: miesiące gwarancji liczonej od dnia przekazania sprzętu protokołem odbioru.
Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy.
8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą na czas wskazany w SIWZ.
9. Oświadczamy, że wartość brutto oferty uwzględnia wszystkie wymagania określone w SIWZ oraz obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesiemy z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
10. Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia posiada stosowne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP (dokumenty do wglądu na żądanie Zamawiającego).
11. **Poświadczamy wniesienie wadium w kwocie określonej w SIWZ, w formie**
Nr konta, na które należy zwrócić wadium (dotyczy formy pieniężnej):
.....
12. Oświadczamy, że w przypadku przyznania zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
13. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przedstawionymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
14. Oświadczamy, iż*:

— wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego określonego w

przepisach o podatku od towarów i usług.

- Wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego określonego w przepisach o podatku od towarów i usług dla następującego przedmiotu zamówienia:

Nazwa (rodzaj) towaru*:

Wartość (bez kwoty podatku) *:

15. Oświadczamy, iż*:

- niniejsze zamówienie wykonamy samodzielnie;
- następujące części zamówienia (czynności) zamierzamy powierzyć do wykonania następującym podwykonawcom

16. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. **

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

** 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).

17. Oświadczamy, że jesteśmy*:

- mikroprzedsiębiorstwem
- małym przedsiębiorstwem
- średnim przedsiębiorstwem
- dużym przedsiębiorstwem

18. Oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji

TAK/NIE*

Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zawarto w (tylko, jeśli dotyczy – podać nazwę dokumentu, nr załącznika, nr strony).

19. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

20. Dane do umowy:

Osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:	
Imię i nazwisko	Funkcja w organie reprezentującym

Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy		
Imię i nazwisko	Stanowisko	Nr telefonu / e-mail

Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcy	
Nazwa i adres banku	

* - wybrać odpowiednie/ podać

....., dnia

.....
podpis Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

1. Część

L.p.	Nazwa przedmiotu zamówienia	J.m.	Ilość	Wartość netto	Podatek VAT		Wartość brutto
					% Vat	Wartość VAT	
1.	Aparat do oznaczenia ACT	Szt.	1				

1 szt. w rozumieniu 1 kpl. (1 zestaw)

Część 2

L.p.	Nazwa przedmiotu zamówienia	J.m.	Ilość	Wartość netto	Podatek VAT		Wartość brutto
					% Vat	Wartość VAT	
1.	Aparat ultrasonograficzny	Szt.	1				

1 szt. w rozumieniu 1 kpl. (1 zestaw)

Część 3

L.p.	Nazwa przedmiotu zamówienia	J.m.	Ilość	Wartość netto	Podatek VAT		Wartość brutto
					% Vat	Wartość VAT	
1.	Lampa do angiografu wraz z oprogramowaniem kompatybilnym ze wskazanym przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka z funkcjonującym angiografem	Szt.	1				

1 szt. w rozumieniu 1 kpl. (1 zestaw)

Zamawiający:
Mazowiecki Szpital
Specjalistyczny im. dr. Józefa
Psarskiego w Ostrołęce
Al. Jana Pawła II 120 A
07-410 Ostrołęka

Wykonawca:

.....

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

.....

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę, instalację i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”, prowadzonego przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Postępowania o Nr MSS-TZP-ZPP-26- 13/20.

..... (miejsowość), dnia r.

.....

(podpis)

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Postępowania – znak sprawy MSS-TZP-ZPP-26-13/20, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

.....
.....
....., w następującym zakresie:

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

Zamawiający:
Mazowiecki Szpital
Specjalistyczny im. dr. Józefa
Psarskiego w Ostrołęce
Al. Jana Pawła II 120A
07-410 Ostrołęka

Wykonawca:

.....
.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę, instalację i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”, prowadzonego przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka, oświadczam, co następuje:

OSWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 i 8 ustawy Pzp .

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

.....
.....
.....

..... (miejsowość), dnia r.

(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:
(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp
OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawca/ami: (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

Załącznik Nr 6 do SIWZ (Załącznik nr 6 do pisma)

MSS-TZP-ZPP-26-13/20

OŚWIADCZENIE

Nazwa Wykonawcy

Adres Wykonawcy

Numer telefonu

Numer faxu

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na realizację zamówienia na **dostawę, instalację i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”**, oświadczamy, że **nie należymy/ należymy*** do Grupy Kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy Prawo Zamówień Publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1843)

***niepotrzebne skreślić - w przypadku przynależności do Grupy Kapitałowej Wykonawca dołączy do oferty listę podmiotów należących do tej samej Grupy Kapitałowej.**

(Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy PZP, przekaże zamawiającemu na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy PZP oświadczenie o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej)

..... dn.
(miejsce i data wystawienia)

.....
podpis i pieczęć Wykonawcy



MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY®

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A

tel. (029) 765 21 22 fax (029) 760 45 69

NIP 758-20-10-430

REGON 000304616

www.szpital.ostroleka.pl

szpitalo@szpital.ostroleka.pl

Załącznik nr 7 do SIWZ (Załącznik nr 7 do pisma)



MSS-TZP-ZPP-26-13/20

Oświadczenie

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę, instalację i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”** oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada dokumenty wymagane przez polskie prawo na podstawie których może być wprowadzony do stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP.



PROJEKT UMOWY
UMOWA NR

zawarta w dniu w Ostrołęce pomiędzy:
Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego, Rejestr Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000147508, Nr NIP: 7582010430, w imieniu którego działa:

.....
zwany dalej „Zamawiającym”

a

firma....., w imieniu której działa:
zwaną dalej „Wykonawcą”.

Niniejsza umowa zawierana jest wskutek dokonania wyboru Wykonawcy w przetargu nieograniczonym o wartości poniżej kwoty określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz. 1843)

Przedstawiciele Stron przez złożenie swojego podpisu oświadczają także, że są upoważnieni do zawarcia niniejszej Umowy, że ich prawo do reprezentowania danej Strony nie jest ograniczone w żadnym zakresie, a sposób reprezentacji osób występujących w imieniu reprezentowanych Stron umożliwia skuteczne składanie oświadczeń woli, w tym zaciąganie zobowiązań na rzecz reprezentowanego podmiotu, oświadczają też, że nie jest im znana żadna przeszkoda, która mogłaby mieć wpływ na wykonanie zobowiązań przyjętych przez Strony w niniejszej Umowie.

Strony postanowiły:

§ 1

Przedmiotem umowy jest dostawa, instalacja i uruchomienie sprzętu medycznego w ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie Ośrodka Udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”.

§ 2

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określa **Załącznik nr 1** do umowy - Zestawienie warunków/parametrów wymaganych granicznych i ocenianych dla przedmiotu zamówienia oraz **Załącznik Nr 2** do umowy – Formularz cenowy.
2. Wykonawca będzie realizował przedmiot umowy z najwyższą starannością, przy zachowaniu zasad współczesnej wiedzy technicznej i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
3. Wykonawca oświadcza, że zaofiarowany sprzęt medyczny posiada aktualne polskie lub obowiązujące w krajach Unii Europejskiej świadectwa/certyfikaty dopuszczenia do stosowania w placówkach ochrony zdrowia.

§ 3

1. Każda ze stron Umowy oświadcza, iż jest Administratorem danych w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, w odniesieniu do danych osobowych swoich przedstawicieli oraz przedstawicieli drugiej Strony wskazanych w Umowie jako osoby do kontaktu (tzw. dane kontaktowe) oraz w odniesieniu do osób realizujących Zamówienie/Umowę. Przekazywane na potrzeby realizacji Umowy dane osobowe są danymi zwykłymi i obejmują w szczególności imię,

nazwisko, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email.

2. Dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, będą przetwarzane przez Strony na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO (tj. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratorów danych) i zakresie niezbędnym do wykonania zadań związanych z realizacją zawartej Umowy oraz prowadzenia bieżących uzgodnień.
3. Strony zobowiązują się do ochrony danych osobowych udostępnionych wzajemnie w związku z wykonywaniem Umowy, w tym do wdrożenia oraz stosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających odpowiedni stopień bezpieczeństwa danych osobowych zgodnie z przepisami prawa.
4. Strony zobowiązują się poinformować osoby fizyczne niepodpisujące niniejszej Umowy, o których mowa w ust. 1, o treści niniejszego paragrafu oraz przekazanej przez drugą stronę Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

§ 4

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot umowy własnym transportem i na własny koszt do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.
2. Potwierdzenie gotowości rozpoczęcia realizacji przedmiotu umowy przez Wykonawcę będzie przesłane faksem bądź e-mailem do Zamawiającego najpóźniej na 48 godzin przed jej terminem.
3. Zamawiający wymaga, aby przy zakończeniu realizacji przedmiotu umowy kończonego protokołem dostawy, montażu, pierwszego uruchomienia, instruktaż personelu medycznego i odbioru końcowego/częściowego, stanowiącego Załącznik nr 3 do umowy, obecny był uprawniony przedstawiciel Wykonawcy.
4. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność za jakość i terminowość realizacji przedmiotu umowy.
5. Wykonawca na przedmiot umowy udziela Zamawiającemu miesięcznej gwarancji liczonej od dnia przekazania przedmiotu umowy protokołem dostawy, montażu, pierwszego uruchomienia, szkolenia personelu i odbioru końcowego/częściowego.
6. W okresie gwarancji czas przystąpienia do naprawy maks. 24 godz. od zgłoszenia awarii z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przy naprawie w miejscu instalacji oraz usunięcie uszkodzenia w ciągu max 7 dni roboczych od zgłoszenia.
7. W przypadku stwierdzenia wad w dostarczonym przedmiocie umowy, Zamawiający niezwłocznie zareklamuje wadliwy towar, a Wykonawca zobowiązuje się wymienić reklamowany towar na nowy w ciągu 5 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego.
8. Szczegółowe warunki serwisu gwarancyjnego zawarte są w załączniku nr 4 do Umowy.
9. Wykonawca zobowiązuje się do umożliwienia kontrolerom, wizytatorom przeprowadzenia kontroli lub wizytacji, przedmiotu niniejszej umowy, w każdym stadium jego realizacji.
10. Upoważnionymi przedstawicielami pełniącymi nadzór nad prawidłowym wykonywaniem przedmiotu umowy przez Wykonawcę ze strony Zamawiającego są:

-

-

11. Upoważnionym przedstawicielem pełniącym nadzór nad prawidłowym wykonywaniem przedmiotu umowy przez Wykonawcę jest/są:

-

-

12. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami, normami, zaleceniami Zamawiającego oraz na ustalonych niniejszą umową warunkach.
13. Wykonawca zrealizuje przedmiot umowy na własne ryzyko. Ryzyko utraty, pogorszenia bądź uszkodzenia przedmiotu umowy ponosi Wykonawca, aż do chwili jego odbioru przez Zamawiającego.

§ 5

Wykonawca zobowiązany jest posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem umowy na wartość zł i przedstawi je Zamawiającemu w terminie do 3 dni od dnia podpisania umowy.

§ 6

1. Za terminowe wykonanie całego zakresu rzeczowego przedmiotu umowy bez wad Wykonawca otrzyma wynagrodzenie, zgodne ze złożoną ofertą cenową **Załącznik nr 2** do niniejszej

- umowy, w wysokości netto: zł powiększone o podatek od towarów i usług co stanowi
zł. brutto: zł. (słownie:).
2. Wynagrodzenie wskazane w ust. 1 obejmuje: koszty transportu, koszty rozładunku towaru, koszty opakowania, koszty gwarancji, koszty przeglądów gwarancyjnych i związane z nimi koszty dojazdów, noclegów i diet, koszty części zamiennych w okresie gwarancji, koszty serwisu, opłaty skarbowe, koszty należności celnych, koszty ubezpieczenia towaru, koszty szkolenia pracowników, koszty montażu i uruchomienia, podatek VAT oraz wszelkie inne koszty jakie może ponieść Wykonawca w związku z realizacją niniejszej Umowy.
 3. Ceny jednostkowe netto obowiązują zgodnie z **Załącznikiem nr 2** do umowy i nie ulegną zmianie w okresie obowiązywania umowy.
 4. Termin płatności wynosi **30 dni** od daty otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury wystawionej po realizacji przedmiotu umowy i podpisaniu protokołu dostawy, montażu, pierwszego uruchomienia, szkolenia personelu i odbioru końcowego/częściowego.
 5. Termin zapłaty, o którym mowa w ust. 4 należy traktować za dotrzymany, jeśli w tym dniu nastąpi obciążenie rachunku bankowego Zamawiającego.
 6. Zamawiający nie wyraża zgody na sprzedaż lub przeniesienie na osobę trzecią wierzytelności Wykonawcy z tytułu zawartej umowy.
 7. Wykonawca zobowiązuje się do stałości ceny netto udzielonego zamówienia przez cały okres obowiązywania umowy.
 8. Nieuwzględnienie przez Wykonawcę jakichkolwiek kosztów na etapie przygotowania oferty nie może być podstawą roszczeń w stosunku do Zamawiającego zarówno w trakcie realizacji niniejszej umowy, jak też po wykonaniu przedmiotu umowy.

§ 7

Umowa obowiązuje od daty podpisania umowy do dnia **30 września 2020 r.**

§ 8

1. Zmiany i uzupełnienia umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej i muszą być akceptowane przez obie strony umowy.
2. Strony dopuszczają zmianę postanowień niniejszej umowy zgodnie z wymogami art. 144 ustawy Prawo zamówień publicznych w przypadku:
 - 1) ustawowej zmiany stawki podatku VAT za przedmiot umowy - zmianie ulegnie kwota wynagrodzenia brutto,
 - 2) wystąpienia siły wyższej rozumianej, jako wydarzenie lub okoliczność wyjątkową, niezależną od Strony, której nie można było w racjonalny sposób uniknąć lub zaradzić – zmianie ulegnie termin realizacji przedmiotu umowy o czas występowania siły wyższej,
 - 3) zmiany nazw, siedziby stron umowy, innych danych identyfikacyjnych oraz zmiany nazwy zadania w budżecie.
 - 4) zmiany numeru konta bankowego w przypadku zaistnienia okoliczności których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy,
 - 5) zastąpienia sprzętu, który ma być dostarczony w ramach realizacji niniejszej umowy, sprzętem nowym posiadającym co najmniej takie same parametry jakie posiadał sprzęt będący podstawą wyboru oferty Wykonawcy w przypadku wycofania lub wstrzymania produkcji sprzętu, który ma być dostarczony, pod warunkiem, iż cena wprowadzonego sprzętu nie ulegnie zwiększeniu,
 - 6) zastąpienia sprzętu, który ma być dostarczony w ramach realizacji niniejszej umowy, sprzętem o wyższej jakości, w przypadkach, których nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy, pod warunkiem, iż cena wprowadzonego sprzętu nie ulegnie zwiększeniu,
 - 7) zmiany obowiązujących przepisów, jeżeli konieczne będzie dostosowanie treści umowy do aktualnego stanu prawnego,
3. Wszystkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 9

1. Zamawiający ma prawo naliczyć Wykonawcy karę umowną:

- 1) za niedotrzymanie terminu realizacji umowy, określonego w §7, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 0,5% wynagrodzenia brutto należnego za niedostarczoną dostawę - za każdy dzień opóźnienia,
 - 2) za opóźnienie w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze lub w okresie gwarancji i rękojmi w wysokości 0,2% wynagrodzenia umownego brutto określonego w § 6 ust. 1, za każdy dzień opóźnienia licząc od dnia wyznaczonego na usunięcie wad,
 - 3) z tytułu istnienia wad w przedmiocie umowy w wysokości 20% wynagrodzenia umownego brutto określonego w § 6 ust. 1,
 - 4) za odstąpienie przez Wykonawcę od umowy w wysokości 10 % wynagrodzenia umownego brutto określonego w § 6 ust. 1.
2. Zamawiający może dochodzić odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

§ 10

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy – Prawo zamówień publicznych oraz odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny.

§ 11

Strony zobowiązują się do rozstrzygnięcia wszelkich sporów mogących wyniknąć na tle niniejszej umowy przed Sądem właściwym miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 12

Umowa niniejsza sporządzona została w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, 2 egzemplarze dla Zamawiającego i 1 egzemplarz dla Wykonawcy.

Załącznikami do umowy są:

1. Załącznik nr 1, Zestawienie warunków/parametrów wymaganych, granicznych i ocenianych dla przedmiotu zamówienia
2. Załącznik nr 2, Formularz cenowy
3. Załącznik nr 3 Wzór protokołu dostawy, montażu, pierwszego uruchomienia, szkolenia personelu i odbioru końcowego
4. Szczegółowe warunki serwisu gwarancyjnego zawarte są w załączniku nr 4 do Umowy.

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

UWAGA:

- odsyłacze do poszczególnych numerów paragrafów i ustępów, załączników mają charakter poglądowy i w trakcie tworzenia treści umowy mogą ulec zmianie

.....
Pieczęć nagłówkowa Podmiotu leczniczego

PROTOKÓŁ DOSTAWY, MONTAŻU, PIERWSZEGO URUCHOMIENIA, SZKOLENIA PERSONELU I ODBIORU KOŃCOWEGO/CZĘSCIOWEGO

DOTYCZY UMOWY NR (umowa z wykonawcą)..... z dnia

CZĘŚĆ A - DOSTAWA

W dniu dostarczono do w n/w wyroby z niezbędnym oprzyrządowaniem:

Nazwa wyrobu	Dostarczona ilość	Wartość brutto [zł]

CZĘŚĆ B - MONTAŻ I PIERWSZE URUCHOMIENIE

Opisane w części A wyroby **wymagały*/nie wymagały*** montażu. Stwierdzam, że dokonano prawidłowego montażu wyrobów wymienionych w części A protokołu zgodnie z poniższym postanowieniem:

Miejsce montażu	Ilość zamontowanych urządzeń

Opisane w części A wyroby **wymagały*/nie wymagały*** dokonania pierwszego uruchomienia. Stwierdzam, że wszystkie w/w urządzenia zostały uruchomione i działają bez zarzutu. Dostarczono wszelką niezbędną dla w/w wyrobów dokumentację, w tym karty gwarancyjne, w wymaganej ilości egzemplarzy.

CZĘŚĆ C – SZKOLENIE PERSONELU

Opisane w części A wyroby **wymagały*/nie wymagały*** dokonania szkolenia personelu medycznego. Dostawca dokonał szkolenia personelu w zakresie działania i obsługi wyrobu opisanego w części A.

Nazwa wyrobu	Liczba przeszkolonych osób

CZĘŚĆ D - ODBIÓR KOŃCOWY

Stwierdzono **terminowe*/nieterminowe*** wywiązanie się Dostawcy z postanowień zawartej z nim umowy w zakresie dostawy wyrobów opisanych w części A.

Opóźnienie Dostawcy podlegające naliczeniu kar umownych wynosi dni.

DOSTAWCA

ZAMAWIAJĄCY

* - niepotrzebne skreślić

/Nazwa i adres Wykonawcy/

.....
/miejsowość i data/

Warunki serwisu gwarancyjnego
(należy uzupełnić puste miejsca)

1. Wykonawca przeprowadzał będzie przeglądy okresowe Sprzętu. Po każdym przeglądzie wydane zostanie świadectwo sprawności i zostanie dokonany odpowiedni wpis w paszporcie technicznym odpowiedniego urządzenia.
2. Sprzęt zostanie wymieniony na nowy po 3 naprawach gwarancyjnych tego samego modułu (części) w przypadku dalszego wadliwego działania (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika).
3. Każda naprawa gwarancyjna przedłuży okres gwarancji o całkowity czas trwania naprawy.
4. Weryfikacja złożonej reklamacji przez Wykonawcę dokonanej przez telefon, e-mail lub fax, nastąpi w ciągu 24 godzin od jej wysłania przez Zamawiającego.
5. Maksymalny czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw nie może przekroczyć 7 dni roboczych od chwili przyjęcia zgłoszenia.
6. Wykonawca zabezpiecza dostęp do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów po realizacji zadania na okres nie krótszy niż 10 lat.
7. Na czas naprawy poza siedzibą Zamawiającego Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia Zamawiającemu sprzętu zastępczego, o nie gorszych parametrach niż urządzenie, które wymaga naprawy.
8. Zgłoszenia reklamacji i napraw następować będą za pośrednictwem:
 - a. Telefonu pod nr ...,
 - b. Fachu pod nr ...,
 - c. Poczty elektronicznej pod adresem
9. Wykonawca dostarczy Zamawiającemu wraz ze sprzętem Instrukcje obsługi w języku polskim zawierającą obsługę sprzętu aparatury w formie elektronicznej i drukowanej.
10. Wykonawca przeprowadzi szkolenie personelu medycznego w zakresie prawidłowej obsługi przedmiotu zamówienia.
11. Wynagrodzenie wskazane w § 6 ust. 1 umowy obejmuje: koszty transportu, koszty rozładunku towaru, koszty opakowania, koszty gwarancji, koszty przeglądów gwarancyjnych i związane z nimi koszty dojazdów, noclegów i diet, koszty części zamiennych w okresie gwarancji, koszty serwisu, opłaty skarbowe, koszty należności celnych, koszty ubezpieczenia towaru, koszty instruktazu personelu medycznego, koszty montażu i uruchomienia, podatek VAT oraz wszelkie inne koszty jakie może ponieść Wykonawca w związku z realizacją niniejszej Umowy. Ostatni przegląd nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
 - a) Firma dostarczy harmonogram wykonywanych przeglądów w zakresie gwarancji;
 - b) Na dostarczoną aparaturę medyczną zostaną założone paszporty techniczne.
12. Wykonawca udzieli gwarancji na dostarczony Sprzęt na okres min. miesięcy od daty dostawy montażu i uruchomienia przedmiotu zamówienia potwierdzonego protokołem odbioru końcowego bez zastrzeżeń.
13. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do wykonania przeglądów gwarancyjnych według zaleceń producenta, w tym jeden na koniec okresu gwarancyjnego wyłącznie z częściami zamiennymi użytymi do wykonania przeglądu. Po każdym przeglądzie Wykonawca zobowiązany będzie do wydania świadectwa sprawności i dokonania odpowiedniego wpisu w paszporcie technicznym urządzenia (o ile taki posiada).
14. Wykonawca zapewnia serwis gwarancyjny zgodny z art. 90 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 186).
15. Zgłoszeń reklamacji i konieczności napraw Zamawiający będzie mógł dokonywać całodobowo.

.....
Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy