Załącznik nr 1 do umowy nr…………….z dnia……………

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

1. Zadanie 1. Zakup aparatu do elektroterapii, terapii ultradźwiękowej i kombinowanej - combo ze stolikiem – 2 szt.

**Formularz parametrów technicznych**

|  |
| --- |
| * + - 1. Aparat do elektroterapii, terapii ultradźwiękowej oraz terapii kombinowanej - combo ze stolikiem – 2 szt.
 |
| **Producent (marka) *………………………………* (Należy podać)****Model(e) *……………………………………* (Należy podać)****Kraj pochodzenia *…………………………………………* Należy podać)**Urządzenie fabrycznie nowe. |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
|  | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru,** | **Należy podać właściwą odpowiedź****Tak / Nie****i/ lub****Oferowane wartości** |
|  | Parametry elektroterapii  |  |  |
| 1.1 | Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym, minimum 5” | TAK |  |
| 1.2 | Dwa niezależne kanały zabiegowe, regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobnoTest elektrod | TAK |  |
| 1.2 | Tryb manualny | TAK |  |
| 1.3 | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | TAK |  |
| 1.4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
| 1.5 | Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych | TAK |  |
| 1.6 | Baza programów użytkownika | TAK |  |
| 1.7 | Baza sekwencji użytkownika | TAK |  |
| 1.8 | Programy ulubione | TAK |  |
| 1.9 | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | TAK |  |
| 1.10 | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |
| 1.11 | Statystyki przeprowadzonych zabiegów | TAK |  |
| 1.12 | Prądy i metody, co najmniej: galwaniczny, IG, diadynamiczne, bipolarny falujący, Hufschmidta,  interferencyjne, TENS, Kotz, impulsowe, MF, tonoliza, EMS, fale H, impulsy eksponencjalne, mikroprądy | TAK |  |
| 1.13 | Możliwość wykonywania terapii skojarzonej  | TAK |  |
| 1.14 | Zasilanie 230V | TAK |  |
| 1.15 | Wyrób medyczny | TAK |  |
| 2. | Parametry ultradźwięków | TAK |  |
| 2.1 | Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym, minimum 5”, | TAK |  |
| 2.2 | Terapia ultradźwiękowa, fonoforeza, terapia wykorzystująca pulsacyjne fale ultradźwiękowe o niskiej częstotliwości,  | TAK |  |
| 2.3 | Możliwość wykonywania terapii skojarzonej  | TAK |  |
| 2.4 | Częstotliwość pracy 1 MHz i 3 MHz, częstotliwość w trybie pulsacyjnym 10 – 150 Hz z krokiem zmiennym, 1 kHz | TAK |  |
| 2.5 | Tryb manualny | TAK |  |
| 2.6 | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | TAK |  |
| 2.7 | Baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
| 2.8 | Baza programów użytkownika | TAK |  |
| 2.9 | Programy ulubione | TAK |  |
| 2.10 | Możliwość edycji nazw programów użytkownika | TAK |  |
| 2.11 | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |
| 2.12 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | TAK |  |
| 3. | Wyposażenie, co najmniej: kable pacjenta do elektroterapii – 2 szt.,elektrody do elektroterapii 6x6 cm - 4 szt.,elektrody do elektroterapii 7,5 x 9 cm - 2 szt.,pokrowce wiskozowe do elektrod - 12 szt.,pas rzepowy - 4 szt.,oryginalny stolik producenta oferowanego aparatu umożliwiający dołączenie aparatu wymienionego w zadaniu 3. – 1 szt.,głowica bezobsługowa o powierzchni co najmniej 17 cm2 do terapii ultradźwiękowej i terapii pulsacyjnymi falami niskiej częst. – 1 szt. | TAK |  |

1. Zadanie 2. Zakup aparatu do elektroterapii dwukanałowej ze stolikiem – 3 szt.

**Formularz parametrów technicznych**

|  |
| --- |
| 2.1. Aparat do elektroterapii – 3 szt. |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)****Model *………………………………………………* (Należy podać)****Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**Urządzenie fabrycznie nowe. |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
| **L**L. p. | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru** | Należy podać właściwą odpowiedźTak / Nie i/ lubOferowane wartości |
|  | Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym, minimum 7” | TAK |  |
|  | Dwa niezależne kanały zabiegowe, regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | TAK |  |
|  | Test elektrod | TAK |  |
|  | Tryb manualny | TAK |  |
|  | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | TAK |  |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
|  | Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych | TAK |  |
|  | Baza programów użytkownika | TAK |  |
|  | Baza sekwencji użytkownika | TAK |  |
|  | Programy ulubione | TAK |  |
|  | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | TAK |  |
|  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |
|  | Statystyki przeprowadzonych zabiegów | TAK |  |
|  | Prądy i metody, co najmniej: interferencyjne izoplanarny, interferencyjne dynamiczny, interferencyjne jednokanałowy AMF, TENS symetryczny, TENS asymetryczny, TENS naprzemienny, TENS burst, TENS do terapii porażeń spastycznych, rosyjska stymulacja, tonoliza, diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP), impulsowe prostokątne, impulsowe trójkątne, impulsowe UR wg Traberta, impulsowe Leduca, impulsowe neofaradyczny, unipolarne falujące, galwaniczne, mikroprądy | TAK |  |
|  | Wyposażenie, co najmniej: kable pacjenta, elektrody do elektroterapii 6x6 cm - 4 szt., elektrody do elektroterapii 7,5 x 9 cm - 2 szt., pokrowce wiskozowe do elektrod - 12 szt., pas rzepowy - 4 szt., | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny | TAK |  |

|  |
| --- |
| 2.2 Stolik pod aparaty – 3 szt. |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)****Model *………………………………………………* (Należy podać)****Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**Urządzenie fabrycznie nowe. |
|  | Dedykowany stolik producenta aparatów wymienionych w zadaniach 1, 2 i 3. |  |  |
|  | Co najmniej 2 półki |  |  |
|  | Górna półka umożliwiająca umieszczenie aparatów obok siebie |  |  |
|  | Kółka z hamulcami |  |  |
|  | Szuflada na akcesoria |  |  |

1. Zadanie 3. Zakup aparatu do terapii podciśnieniowej – 6 szt.

**Formularz parametrów technicznych**

|  |
| --- |
| 3. Aparat podciśnieniowy – 6 szt. |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)****Model *………………………………………………* (Należy podać)****Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**Urządzenie fabrycznie nowe. |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
|  | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru** | Należy podać właściwą odpowiedźTak / Nie i/ lubOferowane wartości |
|  | Samouszczelniające się ssawki | TAK |  |
|  | Dwa obwody niezależnie załączane  | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji podciśnienia | TAK |  |
|  | Niezależne gniazda do aplikacji elektrod do elektroterapii | TAK |  |
|  | Kontrola parametrów pracy podczas wykonywania zabiegu | TAK |  |
|  | Dedykowany tryb do opróżniania cieczy ze zbiornika | TAK |  |
|  | Sygnalizacja napełniania zbiornika | TAK |  |
|  | Tryby pracy, co najmniej: ciągły, pulsacyjny, pulsacyjny zmienny, synchronizowany z prądem, pulsacyjny ze zwiększonym podciśnieniem dolnym | TAK |  |
|  | Współpraca z aparatem opisanym w zadaniach 1 i 2 | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny | TAK |  |

1. Zadanie 4. Zakup zestawu do ergospirometrii z wózkiem – 1 szt.

**Formularz parametrów technicznych**

|  |
| --- |
| ERGOSPIROMETR STACJONARNY Z MODUŁEM DO REJESTRACJI EKG i BIEŻNIĄ - 1 **zestaw** |
| **Producent (marka) *………………………………* (Należy podać)****Model *……………………………………* (Należy podać)****Kraj pochodzenia *…………………………………………* Należy podać)**Urządzenie fabrycznie nowe. |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
|  | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru** | Należy podać właściwą odpowiedźTak / Nie i/ lubOferowane wartości |
|  | System do sercowo-płucnych, spiroergometrycznych testów wysiłkowych zawierający:* ergo-spirometr,
* moduł do 12-kanałowej, wysiłkowej, rejestracji EKG,
* zestaw komputerowy z dwoma monitorami do jednoczesnej prezentacji danych metabolicznych oraz EKG
* moduł automatycznego pomiaru ciśnienia,
* kolorowa drukarka laserowa,
 | TAK |  |
|  | Moduł do 12-kanałowej rejestracji EKG kompletnie zintegrowany z spiroergometrem w zakresie transferu danych pacjenta, wartości tętna i ciśnienia tętniczego oraz sterowania bieżnią ruchomą | TAK |  |
|  | Każdy z oferowanych systemów musi być wyposażony w niezbędne akcesoria do wykonywania testów spiroergometrycznych oraz badań EKG w ilości nie mniejszej niż:1. Maski Ergospirometryczne z adapterami i czepkami – 5 szt. W różnych rozmiarach do uzgodnienia na etapie dostawy
2. Linie próbkujące – 4 szt.
3. Przepływomierze – 10 szt.
4. Klipsy na nos 5 szt.
5. Gaz kalibracyjny z butlą 2l. – 1 szt.
 | TAK |  |
|  | Oprogramowanie medyczne zainstalowane na stacji roboczej o parametrach: system operacyjny Windows 10 Pro 64-bit lub nowszy, dysk SSD. Wyposażenie stacji roboczej musi umożliwiać podłączenie wszystkich komponentów zestawu do badań i pracę systemu zgodnie z przeznaczeniem i parametrami specyfikacji technicznej | TAK |  |
|  | Drukarka laserowa, kolorowa, format A4 | TAK |  |
|  | Bezpłatna aktualizacji dostarczonego oprogramowania w okresie gwarancyjnym. | TAK |  |
| PARAMETRY SYSTEMU SPIROERGOMETRYCZNEGO |
|  | Analiza gazów oddechowych metodą „breath-to-breath” | TAK |  |
|  | Prezentacja cyklu oddechowego podczas testu w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Wyznaczane parametry spiroergometryczne podczas testu: HR, BF, TV, VE, VO2, VCO2, VO2/kg, VCO2/kg, VO2 peak, RER, VE/VO2, VE/VCO2, PETO2, PETCO2, PACO2, VO2/HR, FIO2, FEO2, FICO2, FECO2, METS. | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznego wyznaczania nachyleń przynajmniej takich jak:* V’O2/Load
* V‘E/V’CO2
* V‘O2/(Log(V‘E))
* HR/V‘O2
* V‘E/V‘O2
 | TAK |  |
|  | Możliwość odwołania się podczas próby ergospirometrycznej do spirometrii natężonej wykonanej przed ergospiormetrią, z możliwością oceny parametrów EILV oraz EELV | TAK |  |
|  | Możliwość oceny cyklicznej fluktuacji wentylacji minutowej (VE) - EOV z oceną parametrów takich jak:Total oscillatory time, Total oscillatory time %, Total oscillatory time (exercise), Total oscillatory time (exercise) %. | TAK |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia pełnej spirometrii z uwzględnieniem:* Spirometria spokojna SCV
* Spirometria natężona FVC
* Spiormetria MVV
* Próba rozkurczowa Pre/Post
 | TAK |  |
|  | Program spirometryczny wyposażony w graficzne wskaźniki informujące operatora o spełnieniu kryteriów zakończenia manewru:Zgodnie ze standaryzacją z 2005 roku* Czas wydechu (>3 lub >6 sekund) w zależności od wieku pacjenta
* Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml)

Zgodnie ze standaryzacją z 2019 roku* Czas wydechu monitorowany do 15 s.
* Ilość wydychanego powietrza w czasie ostatniej sekundy nasilonego wydechu (<25 ml)
* Ocena przydatności i poprawności wykonania manewrów

W zależności od preferencji operator może zmienić system monitorowania jakości badania | TAK |  |
|  | Cyfrowa turbina optyczna wielorazowego użytku o oporach poniżej 0,1kPa/l/s przy przepływie 15l/s. | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w automatyczną stację do kalibracji gazu. | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w automatyczną stację do kalibracji objętości, która nie wymaga ręcznej pompy kalibracyjnej. | TAK |  |
|  | Codzienna kalibracja objętości zgodnie z zaleceniami ATS ERS | TAK |  |
|  | Analizator O2 z czujnikiem elektrochemiczny | TAK |  |
|  | Czas narastania analizatora O2 (T10-90) po filtracji 75 ms, lub lepsza.Lepszy parametr oznacza niższą wartość w [ms]. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru O2 od 0 do 100 % | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru O2, 0,05 % obj. lub lepsza.Lepsza dokładność oznacza niższa wartość w [% obj]. | TAK |  |
|  | Analizator tlenu o czasie życia 24 miesiące, lub dłuższym. | TAK |  |
|  | Możliwość wymiany analizatora tlenu przez użytkownika, bez konieczności korzystania ze specjalistycznych narzędzi. | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru O2, 0,01% obj. Lub lepsza.Lepsza rozdzielczość oznacza niższą wartość w [% obj]. | TAK |  |
|  | Analizator CO2 wykorzystujący zjawisko absorpcji podczerwieni. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru CO2, 0 – 15 %, lub lepsza.Lepsza oznacza szerszy zakres. | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru CO2, przynajmniej 0,05 % obj.Lepsza dokładność oznacza niższa wartość w [% obj]. | TAK |  |
|  | Czas narastania analizatora CO2 (T10-90) 75 ms, lub lepsza. | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru CO2 0,01% obj. Lub lepsza.Lepsza rozdzielczość oznacza niższą wartość w [% obj]. | TAK |  |
|  | Przestrzeń martwa głowicy pomiarowej (bez maski) 30 ml, lub mniejsza. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru objętości od 0 do 10 l, lub większa. | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru objętości, 3 ml, lub lepsza.Lepsza rozumiana jako niższa wartość w [ml] | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru przepływu od 0 do 15 l/s, lub lepsza.Lepsza w rozumieniu większy zakres przepływu. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru wentylacji przynajmniej od 0 do 300 l/min, lub lepsza.Lepsza w rozumieniu szerszy zakres. | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzania pomiarów gazometrycznych do badania spiroergometrycznego. | TAK |  |
|  | Możliwość wyznaczania trzech progów wentylacyjnych (VT1, VT2 i VT3) | TAK |  |
|  | Wyznaczanie progów wentylacyjnych metodami:1. V-slope
2. Na podstawie RER
3. EqO2 w czasie
4. Ręcznie
 | TAK |  |
|  | Algorytm interpretacji testu spiroergometrycznego według Eschenbachera i Mannina.. | TAK |  |
|  | Oprogramowanie umożliwia prezentację klasycznych 9 paneli Wasserman-a w układzie zgodnym z:1. Układ Wassermana z 2009 roku
2. Układ Wassermana z 2012 roku
3. Własna modyfikacja operatora
 | TAK |  |
|  | System umożliwia wybór protokołu obciążenia na podstawie zmierzonych wartości spirometrycznych. | TAK |  |
|  | Możliwość predefiniowania i stosowania własnych ekranów prezentacji danych wykorzystywanych podczas badania jak również wykonywania analizy. | TAK |  |
|  | Automatyczne wyznaczanie wartości regresyjnych, co najmniej współczynnika nachylenia zależności: VO2/moc (moc tlenowa), VE/VCO2, VE/VO2, VO2/HR (puls tlenowy), V’O2(Log (V’E)) - OUES | TAK |  |
|  | Możliwość prezentacji wykresów bez uśrednienia lub w formie uśrednionej z uśrednianiem czasowych oraz według liczby oddechów. | TAK |  |
|  | Dostępny zestaw standardowych i możliwość tworzenia nowych protokołów badań wysiłkowych dla bieżni ruchomej i cykloergometru, w tym narastających liniowo i progresywnych schodkowych o nieregularnym czasie trwania i zmiennych przyrostach obciążenia. | TAK |  |
|  | Zestaw standardowych i możliwość tworzenia własnych raportów badania | TAK |  |
|  | Możliwość wydrukowania raportu na drukarce podłączonej do komputera oraz generowanie go w formie elektronicznej w formatach PDF, TIF, JPG, RTF | TAK |  |
|  | Oferowany system umożliwia zaimportowanie bazy danych z obecnie wykorzystywanego aparatu Vmax | TAK |  |
|  | Oferowany zestaw jest wyposażony w wartości należne opracowane przez S. Glaser. Opisane w publikacji *Eur Respir J 2009; 33: 389–397* | TAK |  |
| MODUŁ 12-KANAŁOWEJ, WYSIŁKOWEJ, REJESTRACJI EKG |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)****Model *………………………………………………* (Należy podać)****Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**Urządzenie fabrycznie nowe. |
|  | Oprogramowanie sterujące kompatybilne i współpracujące z systemem operacyjnym 64 bitowym, z funkcją szyfrowania | TAK |  |
|  | Możliwość przyporządkowania różnych funkcji klawiszom funkcyjnym (F1-F12) klawiatury komputerowej | TAK |  |
|  | Wydruki raportów podczas testów | TAK |  |
|  | Wydruki raportów po zakończonym teście | TAK |  |
|  | Wydruki w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Wydruk na standardowym papierze A4 | TAK |  |
|  | Wydruk z prędkością co najmniej 25/50 mm/s | TAK |  |
|  | Wbudowana baza danych pacjentów i badań | TAK |  |
|  | Cyfrowy moduł akwizycji sygnału EKG, odporny na impuls defibrylatora | TAK |  |
|  | Sygnał analogowy zamieniany na cyfrowy w module akwizycji | TAK |  |
|  | Możliwość ręcznej korekcji ustawień interpolacji MET | TAK |  |
|  | Możliwy odczyt sygnału z 14 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Tryb zaawansowanej próby wysiłkowej – 15 kanałów | TAK |  |
|  | Zmiana punktów pomiarowych w trakcie trwania badania, w czasie rzeczywistym na uśrednieniach QRS | TAK |  |
|  | Ergonomiczna konstrukcja przewodów pacjenta w module akwizycji danych składających się modułu oraz przewodów multi-link – min. 10-odprowadzeń, sposób konstrukcji umożliwiający wymianę tylko pojedynczych uszkodzonych przewodów (odprowadzeń) | TAK |  |
|  | Próbkowanie sygnału minimum 16 000 próbek/s/kanał | TAK |  |
|  | Filtr dolnoprzepustowy 20, 40, 100, 150 Hz | TAK |  |
|  | Filtracja FRF lub Cubic Spine | TAK |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych | TAK |  |
|  | Automatyczna kompensacja linii odniesienia | TAK |  |
|  | CMRR >140dB | TAK |  |
|  | Oprogramowanie posiadające możliwość podłączenia i współpracy co najmniej z zaoferowaną bieżnią | TAK |  |
|  | Możliwość manualnej obsługi bieżni/ergometru, przeprowadzania testów, wprowadzania zmian podczas testów, przeglądania raportów podczas testów, tworzenia i rejestracji raportów | TAK |  |
|  | Wyposażone w przewód połączeniowy z bieżnią/ergometrem | TAK |  |
|  | Automatyczne i manualne wyznaczanie punktu j+x | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu: komplet elektrod, przewody, instrukcja obsługi w języku polskim, | TAK |  |
|  | Możliwość archiwizacji wyników testów na dysku twardym | TAK |  |
|  | Wyposażony w moduł edukacji pacjenta – element oprogramowania | TAK |  |
|  | Możliwość konfiguracji ustawień systemu przez użytkownika w tym możliwość wyboru wyświetlanych parametrów czynności życiowych na ekranie komputera, kolejności ich prezentacji, wielkości czcionki | TAK |  |
|  | Możliwość dokonywania zmian w standardowych protokołach wraz z możliwością tworzenia własnych protokołów – co najmniej 99 | TAK |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych, kolorowych sygnałów na ekranie | TAK |  |
|  | Automatyczne wyświetlanie odprowadzenia z największymi zmianami ST | TAK |  |
|  | Możliwość ręcznego i automatycznego ustawienia punktów pomiarowych na odcinku ST | TAK |  |
|  | Zapis pełnego badania “Full Disclosure” z możliwością reanalizy badania i zmiany parametrów pomiarowych. | TAK |  |
|  | Automatyczna detekcja arytmii podczas testu wraz z prezentacją na ekranie i dokumentacją | TAK |  |
|  | Prezentacja na ekranie wyników poprzedniego testu danego pacjenta podczas testu | TAK |  |
|  | Nazwa protokołu i fazy na ekranie | TAK |  |
|  | Czas trwania wysiłku na ekranie | TAK |  |
|  | Prędkość i nachylenie bieżni na ekranie | TAK |  |
|  | Stałe monitorowanie 12 i 15 kanałów EKG | TAK |  |
|  | Informacja o częstość rytmu aktualnej i docelowej | TAK |  |
|  | Możliwość ręcznej korekcji ustawień interpolacji MET | TAK |  |
|  | Ciągłe zapisywanie sygnału, kodowanie barwne zapisu arytmii, możliwość powiększenia i zapisania dowolnego fragmentu pełnego zapisu EKG. | TAK |  |
|  | Prędkość przesuwu przy podglądzie EKG na ekranie monitora minimum 25, 50, mm/s | TAK |  |
|  | Skala wysiłku według Borga | TAK |  |
|  | Automatyczny eksport do PDF w określoną lokalizację dyskowa lub sieciową, z automatycznym nadaniem nazwy pliku np. nazwisko pacjenta, data, ID pacjenta itp., możliwość samodzielnej konfiguracji nazwy pliku w eksporcie. | TAK |  |
| Bieżnia wysiłkowa |
| **Producent (marka) *…………………………………* (Należy podać)****Model *………………………………………………* (Należy podać)****Kraj pochodzenia *……………………………………..* (Należy podać)**Urządzenie fabrycznie nowe. |
|  | Długość pasa bieżni min. 150 cm | TAK |  |
|  | Szerokość pasa bieżni min. 50 cm | TAK |  |
|  | Prędkość przesuwu pasa ruchomego min. do 24 km/h | TAK |  |
|  | Regulowane nachylenie bieżni w zakresie min. od 0 do 25% | TAK |  |
|  | Dopuszczalna waga pacjenta min. 200 kg. | TAK |  |
|  | Zasilanie prądem jednofazowym 220V, 50Hz. | TAK |  |
|  | Kompatybilność z oferowanym systemem do sercowo-płucnych, spiroergometrycznych testów wysiłkowych z modułem EKG. | TAK |  |

**Niniejsza Specyfikacja zawiera tylko podstawowe i minimalne wymagania funkcjonalne**. Wykonawca może zaoferować materiały i rozwiązania dowolnego producenta, które spełniają wymagania określone w niniejszym dokumencie.

**Rozdział III – Formularz oferty i Załączniki do SWZ**

Formularz oferty

Nazwa (Firma) Wykonawcy

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

Adres siedziby

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

Adres do korespondencji

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

………………………………………………………………….…………………………………………….,

Osoba do kontaktów - ……………………………………………………………;

Tel. - ......................................................; fax - ......................................................;

E-mail: ..............................................................;

1. Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na doposażenie Centrum w urządzenia medyczne:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wyszczególnienie (podać nazwę, model, producent, itp.)*** | ***J. m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jednostkowa*** | ***Wartość netto******[kol. 4 x 5]*** | ***VAT [ % ]*** | ***Wartość VAT******[kol. 6 x 7]*** | ***Wartość brutto******[kol. 6 + 8]*** | ***Okres gwarancji w miesiącach*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** |
| 1) | Zakup aparatu do elektroterapii, terapii ultradźwiękowej i kombinowanej - combo ze stolikiem  | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2) | Zakup aparatu do elektroterapii dwukanałowej ze stolikiem  | szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3) | Zakup aparatu do terapii podciśnieniowej | szt. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 4) | Zakup zestawu do ergospirometrii z wózkiem  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |  |
| SŁOWNIE BURTTO PLN |  |
|  |

1. Składamy ofertę na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:
2. **Wynagrodzenie całkowite za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi ……………zł brutto (słownie:…………………………..), w tym VAT (……%) w tym:**
3. **Termin wykonania ……………….…………………….... (podać datę)**

**Uwaga! W przypadku nie wpisania przez Wykonawcę oferowanego terminu wykonania zamówienia, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował maksymalny termin wykonania zamówienia. W przypadku zaoferowania terminu wykonania zamówienia późniejszego niż 15 grudnia 2022 r. oferta zostanie odrzucona.**

1. **Okres gwarancji na zestawy - ….. miesięcy.**
2. Oświadczamy, że:
	1. złożona przez nas oferta ………………………. **(wpisać: powoduje lub nie powoduje)\*** powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług dla:

 ……………………………………….…………….........................................................

 (wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi)

 o wartości ………………………………………… (wskazać wartość bez kwoty podatku), ……………… % VAT.

* 1. oferowane przez nas przedmioty zamówienia spełniają wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego w SWZ i zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia na warunkach określonych w SWZ;
	2. oświadczamy, że oferowane wyroby medyczne, są zgodne z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.
	3. podana wyżej cena jest ostateczna i zawiera wszystkie koszty Wykonawcy.
	4. akceptujemy warunki płatności określone w projekcie umowy.
	5. zapoznaliśmy się ze SWZ, w tym z projektowanymi postanowieniami umowy, nie wnosimy zastrzeżeń i zobowiązujemy się do stosowania określonych warunków oraz w przypadku wyboru naszej oferty - do zawarcia umowy zgodnej ze złożoną ofertą oraz postanowieniami SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
	6. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ;
	7. deklarujemy wniesienie zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości wskazanej w SWZ;
	8. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia[[2]](#footnote-2) .
1. Oświadczenie o statusie przedsiębiorstwa (informacja potrzebna do celów statystycznych prowadzonych przez Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych).
	1. Oświadczam, że jestem przedsiębiorcą *(zaznaczyć krzyżykiem):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | □ mikro | *Mikro przedsiębiorca: zatrudnia <10 osób, roczny obrót lub roczna suma bilansowa <2mln euro* |
| 2 | □ małym | *Mały przedsiębiorca: zatrudnia <50 osób, roczny obrót lub roczna suma bilansowa <10mln euro* |
| 3 | □ średnim | *Średni przedsiębiorca: nie jest mikro ani małym przedsiębiorcą, zatrudnia <250 osób, roczny obrót <50 mln euro lub roczna suma bilansowa <43mln euro* |

1. **Informacje o oświadczeniach lub dokumentach ogólnodostępnych:**
2. **Nazwa dokumentu/oświadczenia\* ……………………………………………………… Adres strony internetowej: ………………………………………………………………**
3. **Nazwa dokumentu/oświadczenia\* ……………………………………………………… Adres strony internetowej: ………………………………………………………………**

**\* niepotrzebne skreślić**

......................................... , dnia .......................... …………………..…………………

*/pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy/*

***Załącznik nr 1 do SWZ***

…………………….……………………

(nazwa i adres Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

**w trybie podstawowym bez negocjacji**

Ja, niżej podpisany, reprezentując Wykonawcę, którego nazwa jest wskazana powyżej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, oświadczam, że:

Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania;

Wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia następującym podwykonawcom:

* + 1. ………………………………………………………………………………………………….……..(nazwa i adres podwykonawcy)
		w następującym zakresie ………………………………………………………………….…………………………………………………………… (podać część zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy),
		2. ………………………………………………………………………………………….……………..(nazwa i adres podwykonawcy)
		w następującym zakresie …………………………………………………………………………………………………………….………………… (podać część zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy).

Miejscowość i data…………………….......................

Podpis (imię, nazwisko)………………………...........

(*Podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym pełnomocnictwie)*

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzanie o ochronie danych)(Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)