**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWE**

**PAKIET 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość | Cena jedn. netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent/kraj/Model | |
| 1. | Aparat RTG z ramieniem C | 1 szt. |  |  |  |  |  | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | |  | | | |
| WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | |  | | | |

**Parametry wymagane poz. 1 – Aparat RTG z ramieniem C**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Parametr*** | ***Warunek*** | ***Parametr oceniany*** | ***Parametr oferowany, opis*** |
| **GENERATOR** | | | | |
| 1 | Zasilanie jednofazowe | 230V/ 50 Hz | bez punktacji |  |
| 2 | Zakres dopuszczalnych wahań napięcia zasilającego | +/- 10% | bez punktacji |  |
| 3 | Moc generatora | Min. 2 kW | bez punktacji |  |
| 4 | Typ generatora, wysokiej częstotliwości | min. 30 kHz | bez punktacji |  |
| 5 | Prąd skopii impulsowej | min. 20mA | bez punktacji |  |
| 6 | Radiografia cyfrowa | Tak | bez punktacji |  |
| 7 | Prąd radiografii cyfrowej | min.24 mA | bez punktacji |  |
| 8 | Układ minimalizujący dawkę przy skopii | min. 60% | bez punktacji |  |
| 9 | Zakres napięć fluoroskopii i radiografii | Min. 40-110 kV | Wartość wysokiego napięcia największa -10 pkt  Wartość wymagana – 0 punktów  Pozostałe – proporcjonalnie |  |
| 10 | Automatyka doboru parametrów skopii | Tak | bez punktacji |  |
| 11 | Skopia pulsacyjna w zakresie min. 1 do 25 pulsów/s | Tak | Bez punktacji. |  |
| 12 | Kontrola czasu trwania pulsu min. w zakresie min. 10-40ms | Tak | Bez punktacji |  |
| **LAMPA X - RAY** | | | | |
| 13 | Lampa ze stacjonarną anodą -jednoogniskowa | Tak | bez punktacji |  |
| 14 | Totalna filtracja | min 3 mm Al. | bez punktacji |  |
| 15 | Ognisko jedno | max. 0,6 mm | bez punktacji |  |
| 16 | Pojemność cieplna anody | min 61 kHU | Wartość największa – 10  Wartość wymagana – 0 punktów  Pozostałe – proporcjonalnie |  |
| 17 | Pojemność cieplna kołpaka | min 1 140 kHU | bez punktacji |  |
| 18 | Szybkość chłodzenia anody | min 225W | Wartość największa – 10  Wartość wymagana – 0 punktów  Pozostałe – proporcjonalnie |  |
| 19 | Kolimator typu IRIS | Tak | bez punktacji |  |
| 20 | Kolimator szczelinowy z rotacją | Tak | bez punktacji |  |
| 21 | Ustawienie kolimatorów na zamrożonym obrazie bez użycia promieniowania | Tak | bez punktacji |  |
| 22 | Pozycjoner laserowy | Tak | bez punktacji |  |
| **WÓZEK Z RAMIENIEM C** | | | | |
| 22 | Waga wózka z ramieniem C | max. 315 kg | bez punktacji |  |
| 23 | Głębokość ramienia C | min. 67 cm | bez punktacji |  |
| 24 | Odległość kołpak – detektor (wolna przestrzeń) | min. 82 cm | Wartość max – 10 punktów  Wartość wymagana – 0 punktów pozostałe - proporcjonalnie |  |
| 25 | Odległość SID | min. 102 cm | Wartość wymagana – 0 punktów  Wartość maksymalna – 10 punktów  Pozostałe – proporcjonalnie |  |
| 26 | Zakres ruchu poziomego ramienia C | min. 20 cm | bez punktacji |  |
| 27 | Zakres ruchu pionowego ramienia C | min. 42 cm | bez punktacji |  |
| 28 | Zakres obroty ramienia C wokół osi pionowej (Wig-Wag) | Min. 20° | bez punktacji |  |
| 29 | Zmotoryzowany ruch pionowy | Tak | bez punktacji |  |
| 30 | Całkowity zakres obrotu ramienia wokół osi poziomej | min. ±225° | bez punktacji |  |
| 31 | Zakres ruchu orbitalnego | min. 150° | Wartość wymagana – 0 pkt  Wartość największa -10 pkt  Pozostałe proporcjonalnie |  |
| 32 | Ramie C zbalansowane w każdej pozycji | Tak | bez punktacji |  |
| 33 | Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody | Tak | bez punktacji |  |
| 34 | Wielofunkcyjna pojedyncza dźwignia służąca jako hamulec oraz sterowanie kołami aparatu. Każdy hamulec aparatu oznaczony innym kolorem | Tak | bez punktacji |  |
| 35 | Wielofunkcyjny programowalny, bezprzewodowy pedał z minimum 6 trybami pracy koniecznie z możliwością włączania promieniowania i zapisu oraz włącznik ręczny i dodatkowy klawisz wyzwalania promieniowania np. w obrębie ramienia C, podać **opisać rozwiązania zaoferowane.** | Tak, podać | Bezprzewodowy – 10 punktów  Przewodowy – 0 punktów |  |
| 36 | Uchwyt do łatwego pozycjonowania ramienia podczas zabiegu | Tak | bez punktacji |  |
| **CYFROWY DETEKTOR OBRAZU** | | | | |
| 37 | Wymiary, detektor płaski | 20 cm x 20 cm | bez punktacji |  |
| 38 | Ilość pól detektora obrazu | min 3 | bez punktacji |  |
| 39 | Rozdzielczość detektora CMOS lub CCD | min. 1024 x 1024 | Wartość wymagana – 0 punktów  Wartość największa – 10 punktów  Pozostałe - proporcjonalnie |  |
| **MONITOR I TOR WIZYJNY NA JEDNYM WÓZKU** | | | | |
| 40 | Min. 1 Monitor HD medyczny umieszczony na ramieniu C lub na oddzielnym wózku | Tak rozdzielczość min. 1900 x 1200 | bez punktacji |  |
| 41 | Monitor o przekątnej min 24” lub 2x18” | Tak | bez punktacji |  |
| 42 | Kąt widzenia ( obrazu min. 176°) | Tak | bez punktacji |  |
| 43 | Wyjście TV OUT do podłączenia dodatkowego monitora lub systemów nawigacji. | Tak | bez punktacji |  |
| 44 | Ilość obrazów wyświetlana jednocześnie na monitorze | min. 16 obrazów | bez punktacji |  |
| 45 | Matryca obrazu zapamiętanego | min. 1024 x 1024 pikseli x 30bit | Bez punktacji |  |
| 46 | Pojemność pamięci na dysku twardym | min. 10 000 obrazów | bez punktacji |  |
| 47 | Archiwizacja poprzez port USB – zapis obrazów w formacie umożliwiającym odtworzenia zdjęć na dowolnym komputerze bez konieczności posiadania dodatkowego oprogramowania. Dodatkowy system archiwizacji. | Tak | bez punktacji |  |
| 48 | Archiwizacja obrazów w formacie TIFF | Tak | bez punktacji |  |
| 49 | Funkcja „Last Image Hold” (LIH) | Tak | bez punktacji |  |
| 50 | Automatyka parametrów fluoroskopii | Tak | bez punktacji |  |
| 51 | ZOOM | min. x 4 | bez punktacji |  |
| 52 | Cyfrowe odwracanie obrazu góra/dół, lewo /prawo na monitorze | Tak | bez punktacji |  |
| 53 | Obraz lustrzany | Tak | bez punktacji |  |
| 54 | Obrót obrazu płynny cyfrowy bez ograniczeń kąta i kierunku obrotu i wyzwalania dodatkowych dawek promieniowania | Tak | bez punktacji |  |
| 56 | Układ pomiaru dawki z wyświetlaczem cyfrowym i archiwizacją dawki na zdjęciu na monitorze, w pamięci aparatu oraz na zdjęciu drukowanym. | Tak | bez punktacji |  |
| 57 | Monitor dotykowy kolorowy VGA min. 640x480 znajdujący się na wózku ramienia C kolorowy do sterowania wszystkimi funkcjami generatora i programami aparatu z opcją podglądu skopii live | Tak | bez punktacji |  |
| 58 | Monitory nie wymagają okresowej kalibracji. | Tak | bez punktacji |  |
| **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** | | | | |
| 59 | 4 szt. pamięci przenośnej Pen Drive 4 GB | Tak | bez punktacji |  |
| 60 | Videoprinter/20 rolek papieru do printera | Tak |  |  |
| 61 | 5 kompletów ochrony radiologicznej (garsonka) o ekwiwalencie 0,35mmPb, wieszak 12 ramienny na statywie jezdnym. Rozmiary do uzgodnienia  z Zamawiającym. | Tak | bez punktacji |  |
| 62 | Instrukcja użytkownika w języku polskim (z dostawą) | Tak | bez punktacji |  |
| 63 | Rok produkcji | 2017 | bez punktacji |  |
| 64 | Aparat fabrycznie nowy | TAK | bez punktacji |  |
| 65 | Pakiet DICOM (min.Storage, Worklist) | Tak | bez punktacji |  |
| 66 | Wskaźnik laserowy w detektorze | Tak | bez punktacji |  |
| 67 | Testy akceptacyjne i specjalistyczne po uruchomieniu aparatu | Tak | bez punktacji |  |
| 68 | Wykonanie projektu osłon stałych sali nr 1 i 2 BO z adaptacją pomieszczeń według projektu osłon stałych, w tym wymiana drzwi, opis według Załącznika Nr 1a | Tak | bez punktacji |  |
| 69 | Współpraca przy dopuszczeniu przez WSSE aparatu do udzielania świadczeń medycznych | Tak | bez punktacji |  |
| 70 | System spełniający wymagania aktualnie obowiązujących przepisów prawa. | Tak | bez punktacji |  |
| 71 | Gwarancja na RTG ramię C min. 24 miesiące, gwarancja na detektor cyfrowy min. 36 miesięcy | Tak | bez punktacji |  |

PAKIET 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | |  | Asortyment | Ilość | Cena jedn. netto 1 szt. | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto | Producent |
| 1. | |  | Duodenoskop z wózkiem | 1 sztuka |  |  |  |  |  |
|  | WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO | | | | |  | | | |
|  | WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY (BRUTTO) | | | | |  | | | |

**Parametry wymagane poz. 1 – Duodenoskop z wózkiem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki i parametry** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany / opisać** | **Parametr oceniany** |
|  | | | |  |
| 1. **DUODENOSKOP: 1 szt.** | | | |  |
| 1. | Chip CCD wbudowany w końcówkę endoskopu | TAK |  |  |
| 2. | Średnica kanału roboczego: min. 4,0 mm | TAK |  | 4,0mm-0pkt.  Wartość największa – 5 pkt  Pozostałe proporcjonalnie |
| 3. | Średnica zewnętrzna tuby wziernikowej: maks. 11,6 mm | TAK |  |  |
| 4. | Średnica zewnętrzna końcówki dystalnej: maks. 13,2 mm | TAK |  |  |
| 5. | Długość robocza sondy wziernikowej: min. 1250 mm | TAK |  |  |
| 6. | Kąt obserwacji: min. 100˚ (retro 10˚) | TAK |  |  |
| 7. | Głębia ostrości: min. 4-60 mm | TAK |  |  |
| 8. | Zagięcie końcówki sondy wziernikowej:  - góra/dół: min. 120˚/90˚  - prawo/lewo: min. 105˚/90˚ | TAK |  |  |
| 9. | System pozycjonowania prowadnic w technologii „V” | TAK |  |  |
| 10. | Wlot kanału biopsyjnego typu Luer | TAK |  |  |
| 11. | Zawór testera szczelności w konektorze | TAK |  |  |
| 12. | Dowolnie programowalne przyciski sterujące na głowicy endoskopowej, z możliwością przypisania każdej funkcji sterującej procesora (min. 4 przyciski) | TAK |  |  |
| 13. | Obrotowy konektor łączący endoskop z procesorem w zakresie 180˚ redukujący ryzyko skręcenia światłowodu | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |
| 14. | System z zastosowaniem zabezpieczenia wtyku z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora | TAK |  |  |
| 15. | Pełna kompatybilność videoduodenoskopu z posiadanymi procesorami obrazu typu EPK-i5000 oraz EPK-p | TAK |  |  |
| 16. | Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów (min. 5, załączyć listę) | TAK |  |  |
| 17. | Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych przez działaniem środków dezynfekcyjnych | TAK |  |  |
| 18. | Pełna kompatybilność z posiadaną myjnią endoskopową typu Innova | TAK |  |  |
| 19. | Szkolenia w ośrodku referencyjnym dla personelu medycznego min. 4 osoby | TAK |  |  |
| 20. | Gwarancja bezwarunkowa na duodenoskop m.in. 24 miesiace | TAK |  |  |
| 1. **WÓZEK ENDOSKOPOWY: 1 szt.** | | | |  |
| 1. | Wieszak na min 1 endoskop | Tak |  |  |
| 2. | Podstawa jezdna z blokadą min. 2 kół | Tak |  |  |
| 3. | Możliwość zamocowania monitora LCD | Tak |  |  |
| 4. | Możliwość ustawienia videoprocesora obrazu | Tak |  |  |
| 5. | Podłączenie i uruchomienie całego zestawu na wózku (duodenoskop+posiadane przez Zamawiającego elementy zestawu – procesor ze źródłem światła + monitor LCD | TAK |  |  |

**Załącznik nr 1a do SIWZ**

Opis drzwi RTG do pomieszczeń Bloku Operacyjnego, pomieszczenie nr 3/71 w pawilonie B, II piętro strona prawa, Szpitala Wojewódzkiego im. K. S. Wyszyńskiego w Łomży.

Zakres przedmiotu umowy obejmuje :

1. Zakup i montaż **stolarki drzwiowej o odpowiedniej odporności ochronnej .............\* mm Pb szerokość drzwi w świetle 100 cm x wysokość 201 cm – 2 szt.**

- Drzwi jednoskrzydłowe (skrzydło prawe) rozwierane przeznaczone do montażu w pomieszczeniach, w których pracują medyczne urządzenia diagnostyczne wytwarzające podczas pracy promieniowanie rentgenowskie, wykonane z twardej płyty wiórowej obustronnie melaminowanej z wkładką w postaci płyty ołowiowej o grubości ...........\* mm, kolor drzwi biały.- Ościeżnica rozwieranych drzwi ochronnych wykonana z anodowanego aluminium w kolorze naturalnym.

- W celu wzmocnienia skrzydła z ołowiem oraz zabezpieczenia części wystających od uderzeń np. noszy, kształtką krawędzie płata drzwi w kształtowniku z aluminium anodyzowanego. Drzwi wyposażone w zawiasy, zamek z klamką ze stali nierdzewnej, z kpl. kluczy szt. 3.

- Drzwi typu lekkiego wraz z montażem będą instalowane w miejsce obecnie istniejących drzwi wewnętrznych zwykłych drewnianych, których demontażu dokona wykonawca.

2**.** Zakup i montaż **stolarki drzwiowej o odpowiedniej odporności ochronnej ...........\* mm Pb szerokość w świetle 151cm (110 + 41) x wysokość 201 cm – 1 szt.**

- Drzwi dwuskrzydłowe, (skrzydło robocze lewe), rozwierane przeznaczone do montażu w pomieszczeniach, w których pracują medyczne urządzenia diagnostyczne wytwarzające podczas pracy promieniowanie rentgenowskie, wykonane z twardej płyty wiórowej obustronnie melaminowanej z wkładką w postaci płyty ołowiowej o grubości ..........\* mm, - Ościeżnica rozwieranych drzwi ochronnych wykonana z anodowanego aluminium w kolorze naturalnym.

- W celu wzmocnienia skrzydeł z ołowiem oraz zabezpieczenia części wystających od uderzeń np. noszy, krawędzie płata drzwiowego wykończone kształtownikiem z aluminium anodyzowanego. Drzwi wyposażone w zawiasy, zamek z klamką ze stali nierdzewnej, z kpl. kluczy szt. 3.

- skrzydło robocze posiada okienko wglądowe o wymiarach szerokość 40 cm, wysokość 25 cm,

- Drzwi typu lekkiego wraz z montażem będą instalowane w miejsce obecnie istniejących drzwi wewnętrznych zwykłych drewnianych, których demontażu dokona wykonawca.

**Inne wymagania:**

1. Wykonawca posiada pracowników posiadających wymagane przepisami pozwolenia i uprawnienia do wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Wykonawca dokona pomiarów i zamontuje drzwi o wysokości maksymalnej do istniejących nadproży drzwiowych, wykorzystując maksymalnie wysokość i szerokość istniejącego otworu montażowego.
3. Wykonawca udziela zamawiającemu gwarancji i rękojmi na wykonane roboty budowlano-montażowe na okres 36 miesięcy, na wbudowaną stolarkę drzwiową 24 miesiące.

4. Protokół odbioru z wykonania przedmiotu zamówienia zostanie podpisany przez Zamawiającego po dostarczenia dokumentów :

1) karty gwarancyjne w języku polskim,  
2)  deklaracja producenta dot. wymaganej ochronności oraz Atest PZH ,

\**wartość wynika z wykonanego przez wykonawcę projektu osłon radiologicznych*

**Załącznik nr 2 do SIWZ -Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, szkolenia.**

**Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, szkolenia.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr** | **Wymagany** | **Oferowany** |
| **1.** | A. Okres gwarancji na urządzenie, wyposażenie, akcesoria liczony od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo – odbiorczego  B. - na wykonane roboty budowlano-montażowe  - na wbudowaną stolarkę drzwiową | **min. 24 miesiące bezwarunkowa na duodenoskop**  **min. 24 miesiące na RTG Ramię C**  **oraz min. 36 miesięcy na detektor cyfrowy**  **- min. 36 miesięcy**  **- min. 24 miesiące** |  |
| **2.** | Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenie-  podjęcie naprawy  -w okresie gwarancji  -po okresie gwarancji | **24 godziny**  w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy  **48 godzin**  w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy |  |
| **3.** | Maksymalny czas niezbędny na  usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia  -w okresie gwarancji  -po okresie gwarancji | **3 dni robocze** od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy  **5 dni roboczych** od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, a w przypadku napraw wymagających części zamiennych sprowadzanych z zagranicy wydłuża do 7 dni roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy |  |
| **4.** | Liczba dni przestoju urządzenia  przedłużająca termin gwarancji | **5 dni** roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy |  |
| **5.** | Minimalna liczba napraw powodująca  wymianę podzespołu na nowy w okresie  gwarancji | **3** |  |
| **6.** | Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
| **7.** | Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach:  -w okresie gwarancji  -po terminie gwarancji | **Cały okres gwarancji**, a w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza **niż 6 m-cy.**  **Min 6 m-cy, podać** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8**. | Częstotliwość wykonywanych przeglądów w cenie umowy w siedzibie Zamawiającego w **okresie gwarancji**.  Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego **po okresie gwarancji** | **1 x w roku lub** zgodnie z zaleceniami producenta ( **załączyć oświadczenie producenta)**  **Podać**  zgodnie z zaleceniami producenta ( załączyć oświadczenie producenta) |  |
| **9.** | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny; ilość punktów serwisowych,  ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)  Dołączyć certyfikat o autoryzacji serwisowej | **TAK**  **Podać**  **dołączyć** |  |
| **10.** | Szacunkowy roczny koszt obsługi  serwisowej **po okresie gwarancji** (umowa  serwisowa)  pełna z częściami  bez części zamiennych | **Podać**  **Podać** |  |
| **11.** | Szacunkowy koszt obsługi serwisowej  pogwarancyjnej (bez umowy serwisowej)  cena 1 roboczogodziny  koszt dojazdu z pkt. serwisowego obsługującego do siedziby zamawiającego  - ilość i koszt wykonania przeglądów okresowych wg zaleceń producenta oferowanego sprzętu w skali 1 roku | **Podać**  **Podać**  **podać** |  |
| **12.** | Okres zagwarantowania dostępności  części zamiennych od daty sprzedaży  urządzenia | **Min. 10 lat** |  |
| **13.** | Możliwość zakupu części zamiennych po okresie gwarancji bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | **TAK** |  |
| **14.** | Kontynuacja produkcji urządzenia lub jego wersji rozwojowej przez co najmniej 5 lat | **Min 5 lat, podać** |  |
| **15.** | Szkolenie personelu medycznego w  zakresie obsługi **potwierdzone certyfikatem**  bezpośrednio po instalacji  min 2 szkolenia ponawiane w  terminie 2 tygodni i 4 tygodni od instalacji,  *o ile w przedmiocie zamówienia danego sprzętu nie określono inaczej* | **TAK** |  |
| **16.** | Szkolenia personelu technicznego w  zakresie konserwacji i napraw  niewymagających interwencji serwisu **potwierdzone certyfikatem** | **TAK** |  |
| **17.** | Licencje na oprogramowanie\* i paszport techniczny przy odbiorze.  Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym/ dołączone do oferty i przy odbiorze.  \*- jeśli dotyczy | **TAK** |  |
| **18.** | Przy odbiorze - instrukcje serwisowe, w tym procedury i instrukcje wykonywania czynności o których mowa w art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. art. 90 w tym wykaz punktów serwisowych i wykaz dostawców części zamiennych oraz materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych. | **TAK** |  |

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców przypadku oferty wspólnej\*\*\*:

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

Adres: ………………………………….……….……….…………………………………………

REGON ………………………………………………………………………………………….…

NIP ……………………………………………………………….………………….……………

Tel. …………………………………………….……….……………..……………………………

FAX, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję ………………………….……………

internet http://......................................................………………………………………………….   
e-mail: ......................................................…………………………………………………………

Osoba do kontaktów :.....................................................……………………………….…………

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do ogłoszenia w trybie przetargu nieograniczonego na **ZAKUP, DOSTAWĘ, MONTAŻ   
I URUCHUMIENIE APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO DLA SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W ŁOMŻY**

składamy niniejszą ofertę **na cenę brutto:**

**PAKIET 1 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji ..............* \* *od daty dostarczenia (minimum ….... od dnia dostawy)***

**PAKIET 2 ............................................. zł**

***słownie* : .......................................................................................................**

***Termin gwarancji .............. \* od daty dostarczenia (minimum ….... od dnia dostawy)***

**Zamawiający dopuszcza, aby oferta zawierała tylko te formularze cenowe, na które Wykonawca składa ofertę.**

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.  
2.  Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentami przetargowymi.  
3. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 3 Pzp. i art. 5-17 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. Nr 47, poz. 211, z 1996 r. Nr 106, poz. 496 z 1997 r. Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 29, poz. 356 i Nr 93, poz. 1027).  
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj.  przez  okres  60  dni  od upływu terminu składania  ofert, a w przypadku wyboru naszej oferty przez cały okres trwania umowy.  
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami umowy, treścią SIWZ i nie wnosimy w sto­sunku do nich żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do pod­pisania umowy na warunkach zawartych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego nie później jednak niż do końca okresu związania ofertą,

6.**\* Oświadczamy**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy sami.

6.**\*Oświadczamy**, że przedmiot zamówienia zrealizujemy z udziałem podwykonawcy, **a który nie jest podmiotem, na którego zdolnościach lub sytuacji polegamy na zasadach określonych w art. 22a Pzp i**

wskazujemy części zamówienia powierzone do wykonania przez podwykonawcę oraz nazwy firm podwykonawców:  
............................................................................................................................................ .....  
Części zamówienia oraz nazwy firm podwykonawców wymienione na niniejszym formularzu oferty należy wskazać w **Załączniku nr 5 do SIWZ.**

**Uwaga:** W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza powierzyć do wykonania części zamówienia podwykonawcom, a wykona go siłami własnymi to **nie ma** wymogu dołączenia do oferty ,,**Załącznika nr 5 do SIWZ”**.

**7\*. Oświadczamy**, że **polegamy** na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22 a ust.2 ustawy Pzp w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu w następującym zakresie:.............................................................................................................................................. **Uwaga:** Zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia należy przedstawić **w oryginale**.

**7\*. Oświadczamy**, że **nie polegamy** na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22 a ust. 2 ustawy Pzp w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.

**8.** **Oświadczamy**, że wyrażamy zgodę na termin płatności **– 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT i otrzymania zamówionej całości dostawy cząstkowej.**

**9. Oświadczamy**, że niniejsza oferta:

a)\* **nie zawiera** informacji stanowiących tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji ;

b)\* **zawiera** na stronach od .............. do............. informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji .

**10. Oświadczamy**, że przedmiot zamówienia wykonamy w oparciu o wymagania zawarte w SIWZ i umowie wraz z załącznikami do umowy.

**11**. **Wadium w kwocie** .................... zł\*\* zostało wniesione **dnia ................ r.** \*\*w formie ............................... \*\* ( **wadium wnosi się przed upływem terminu składania ofert,** przy czym za termin wniesienia wadium w formie przelewu pieniężnego przyjmuje się termin uznania na rachunku Zamawiającego).

**Wadium należy zwrócić na konto Wykonawcy**: **nr…………………………………………………………………………………………\*\*** (*proszę podać nr konta na które należy zwrócić wadium w przypadku gdy wadium zostało wniesione w formie przelewu pieniężnego).*

**12**. **Oświadczamy**, że w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

**13**. **Oświadczamy**, że wybór oferty **prowadzi\*/ nie prowadzi\*1** do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego :

a) \*nazwa towaru lub robot, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:.........................................................

b)\* wartość towaru lub robót bez kwoty podatku VAT:..................................

Na .........\*\* kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.  
 1.................................................................................

.............................................   
 (pieczątka Wykonawcy)      .............................................................................

data (podpis upoważnionego przedstawiciela firmy**)**

**\* - niepotrzebne skreślić**

**\*\* - wypełnić**

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**pieczęć Wykonawcy**

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **zakup, dostawę, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży znak sprawy: ZT-SZP-226/ 01/13/2017**

**przedstawiam/y**\*

**Wykaz dostaw**

Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych dostaw, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

W celu potwierdzenia spełniania warunku zdolności technicznej lub zawodowej: Wykonawcy, w wykazie dostaw należy wskazać **co najmniej 1 dostawę aparatury medycznej określonej grupą/klasą/kategorią nomenklatury CPV na kwotę min.:**

**PAKIET 1 – 300 000,00 zł; PAKIET 2 –55 000,00 zł;**

**Zamawiający nie wymaga przedstawienia informacji o dostawach niewykonanych lub wykonanych nienależycie.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot (rodzaj dostaw)** | **Wartość dostaw brutto** | **Daty wykonania dostaw**  ***(m-c rok do m-c rok)*** | **Podmiot na rzecz którego dostawy zostały wykonane** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Załączyć dowody potwierdzające, czy dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.***

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

*data*  *pieczątka i podpis Wykonawcy*

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

Pieczątka Wykonawcy

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **zakup, dostawę, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży znak sprawy: ZT-SZP-226/ 01/13/2017**

**WYKAZUJEMY**

**części zamówienia przewidzianych przez Wykonawcę do wykonania przez podwykonawcę\*.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

\*Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza powierzyć do wykonania części zamówienia (dostaw) podwykonawcom, a wykona go siłami własnymi dołącza do formularza oferty **Załącznik nr 5** z wpisem **„nie dotyczy”**

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

data pieczątka i podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**wzór oświadczenia o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 PZP**

**Pieczątka Wykonawcy**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

**Dotyczy:** postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na **zakup, dostawę, montaż   
i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży znak sprawy: ZT-SZP-226/ 01/13/2017**

**oświadczamy, że:**

**należymy do grupy kapitałowej\***

*…….........................................................................................*

*(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

**nie należymy do grupy kapitałowej \***

*…….........................................................................................*

*(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

\* - niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 7 do SIWZ – wzór umowy**

**projekt umowy**

**nr ...….. /ZT-SZP-226/01/13/2017**

Zawarta w dniu **..............................** r. Łomży pomiędzy :

**Szpitalem Wojewódzkim *im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego***, Al. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża

**NIP 718-16-89-321, Regon 450665024, KRS 0000024716**

reprezentowanym przez :

**.............................................................................................**

zwanym dalej ***Kupującym***

a

**............................................................................................**

**............................................................................................**

adres....................................................................................................................................................

wpisanym(ą) do KRS/EDG prowadzonego(ej) przez.......................................................................

pod numerem.....................................................................................................................................

NIP........................................................... Regon................................................................................

reprezentowanym przez...................................................................................................................

zwanym dalej ***Sprzedającym***

Zawarcie umowy następuje zgodnie z wyborem oferty Wykonawcy na podstawie przeprowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z ustawą z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zmianami) zwanej dalej „Ustawą PZP” lub „Pzp” w trybie przetargu nieograniczonego, znak sprawy: **ZT-SZP-226/01/13/2017**

**§ 1**

Przedmiotem niniejszej umowy jest **zakup, dostawa, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży znak sprawy: ZT-SZP-226/ 01/13/2017** na podstawie złożonej oferty, która była najkorzystniejsza w rozstrzygniętym **postępowaniu przetargowym, w trybie przetargu nieograniczonego powyżej 209 000 Euro opublikowanego w Dz. U. S** numer **...................** z dnia **................ r.,** pod nazwą: **Zakup, dostawa, montaż i uruchomienie aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży** zgodnie asortymentowo i cenowo z  załącznikiem nr 1 do umowy (załącznik nr 1 do SIWZ w zakresie asortymentu i ilości określonych w SIWZ) **/ pakiet nr\* .........** stanowiącym integralną część umowy, za cenę netto............................, VAT (%....).....................................,brutto **............................. zł** \* (słownie............................................) wraz z robotami budowlanymi: montażem drzwi \*\*

**§ 2**

1. Sprzedający zobowiązuje się dostarczyć zamówiony sprzęt medyczny/aparaturę medyczną na własny koszt w odpowiednim opakowaniu transportem zapewniającym należyte zabezpieczenie jakościowe dostarczonego towaru przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp., **do** **magazynu Szpitala**. Montaż i uruchomienie aparatury medycznej/sprzętu medycznego nastąpi **na Bloku Operacyjnym z Pododdziałem Opieki Pooperacyjnej oraz w Pracowni Gastroenterologii, Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży**, fabrycznie nowego, kompletnego, nieużywanego (rok produkcji 2017 r.) i wolnego od wad, będącego przedmiotem postępowania tj.:

**\*\*PAKIET 1- Aparat RTG z ramieniem C – szt. 1**

**\*\*PAKIET 2 - Duodeenoskop z wózkiem – szt. 1**

2. Odbiór i uruchomienie aparatury medycznej/ sprzętu medycznego zostanie potwierdzony protokołem zdawczo-odbiorczym – **4 egzemplarze.**

3. Wraz z dostarczoną aparaturą medyczną/sprzętem medycznym będącą/ym przedmiotem umowy Sprzedający przedłoży aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu i używania w jednostkach służby zdrowia. **Okres gwarancji dostarczonego sprzętu medycznego/ aparatury medycznej........................ \*zgodnie z ofertą, wg Załącznika nr 2** **do umowy (**Załącznik ten jest odpowiednikiem Załącznika nr 2 do SIWZ). Sprzedający w ramach udzielonej gwarancji odpowiada za braki ilościowe i jakościowe stwierdzone bezpośrednio po rozpakowaniu fabrycznym opakowań u bezpośredniego odbiorcy.

4. Przed podpisaniem końcowego protokołu zdawczo – odbiorczego Sprzedający dostarczy Kupującemu w odniesieniu do uruchomionego sprzętu medycznego/aparatury medycznej będącego/cej przedmiotem umowy:

1) instrukcje obsługi w języku polskim,  
2) karty gwarancyjne w języku polskim,  
3) dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie państw Unii Europejskiej i na terenie Polski: Deklaracje Zgodności, Certyfikaty CE, wpisy do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenia/powiadomienia do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,

4) paszporty techniczne **i inne dokumenty wymagane prawem i przepisami.**

5. Sprzedający przedłoży Kupującemu fakturę przy dostawie przedmiotu umowy, uruchomieniu i podpisaniu protokołu zdawczo – odbiorczego**.** Treść faktury odnośnie nazewnictwa przedmiotu zamówienia powinna być tożsama z wymogami SIWZ.

6. Sprzedający przeprowadzi szkolenia personelu Kupującego w zakresie prawidłowej eksploatacji przedmiotu umowy zgodnie **z Załącznikiem nr 2** do umowy **(**Załącznik ten jest odpowiednikiem Załącznika n**r 2 do SIWZ)**.

7. Sprzedający oświadcza, że dostarczony sprzęt medyczny/ aparatura medyczna jest fabrycznie nowy/a, kompletny/a, nieużywany/a i gotowy/a do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

8. W okresie gwarancji Sprzedający zobowiązany jest do naprawy lub wymiany dostarczonego sprzętu/aparatury na sprawny.

9. Sprzedający bez zgody Kupującego nie może dokonać zmiany wymogów technicznych dostarczonego sprzętu/aparatury jak również producenta, jaki wykazał w złożonej ofercie.

10. Sprzedający zobowiązany jest do ścisłej współpracy z Kupującym w okresie od podpisania umowy do czasu realizacji zamówienia, w tym do dostarczenia dokumentów wymaganych prawem, a niezbędnych do uzyskania wszystkich pozwoleń instytucji zewnętrznych oraz wykonanie testów akceptacyjno -odbiorczych.

10. 1. Sprzedający jest zobowiązany w terminie nie później niż 3 tygodnie od dnia podpisania umowy, tj.: przed złożeniem wniosku do WSSE Białystok dostarczyć Kupującemu:

* .Dokumentację techniczną oferowanego aparatu
* Instrukcję obsługi aparatu
* Dokumentację projektową – projekt ochrony radiologicznej Sali 1 i 2 Bloku Operacyjnego pod oferowany aparat
* Wpis aparatu rtg do rejestru wyrobów medycznych zgodnie z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107, poz. 679).

10.2. Sprzedający jest zobowiązany dostarczyć Kupującemu Protokół z przeprowadzonych testów akceptacyjnych.

**§ 3**

**Termin wykonania zamówienia: od daty podpisania umowy do …... tygodni.**

**§ 4**

1. Za wykonanie przedmiotu umowy ustala się wynagrodzenie ryczałtowe, zgodnie z wynagrodzeniem podanym w złożonej ofercie, na kwotę:  
 **PAKIET nr ............** \*

**ogółem netto: ……………………………………………………….zł \***

(słownie: ………………………………………………………………………………………….)\*

**podatek VAT ..............% \***

**ogółem brutto: ………………………………………………………. zł \***

(słownie:……………………………………………………………………………….)\*

**itd. \*\*.**

**2. Płatność realizowana będzie:**

**Faktura będzie wystawiona po podpisaniu protokołu zdawczo-odbiorczego. Termin zapłaty za fakturę do 60 dni od daty otrzymania przez Kupującego prawidłowo wystawionej**  przez Sprzedającego faktury VAT**.**

3. Za datę zapłaty strony uznają datę złożenia przez Kupującego polecenia przelewu bankowego.  
4. Należność za wykonanie przedmiotu umowy zostanie przekazana  **na konto** Sprzedającego o **nr ....................................................................................................\*.**

5. Ustalone wynagrodzenie obejmuje całość przedmiotu zamówienia i Sprzedający nie może żądać  
jego podwyższenia. Wartość całkowita przedmiotu umowy ani ceny nie będą waloryzowane w okresie realizacji umowy.

6. Wynagrodzenie Sprzedającego ustalone zostało w oparciu o złożoną ofertę przetargową.

7. W kwocie wymienionej w ust. 1 zawarte są wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy i odpowiadające wymaganiom określonym w SIWZ.

**§ 5**

1.Wszelkie zmiany i uzupełnienia treści umowy winny zostać dokonane wyłącznie w formie aneksu  
podpisanego przez obie strony, pod rygorem nieważności. Zmiany nie mogą naruszać postanowień zawartych w art. 144 ust. 1 Prawa zamówień publicznych.

2.Nie przewiduje się zmian postanowień umowy w stosunku do treści oferty (art. 144 ust 1 ustawy Pzp) z wyjątkiem:

1. **zmiany nazwy, siedziby stron umowy, nr-ów kont bankowych oraz innych danych identyfikacyjnych;**
2. **zmian wynikających z przepisów ustawy Pzp;**
3. **wystąpienia oczywistych omyłek pisarskich i rachunkowych w treści umowy.**

**§ 6**

**1**. Sprzedający zapłaci Kupującemu karę umowną:

a) za odstąpienie od umowy przez Kupującego z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Sprzedający w wysokości 10% wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy,

b) za zwłokę w oddaniu określonego w umowie przedmiotu umowy w wysokości 0,5 % wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy, za każdy dzień zwłoki,

c) za zwłokę w usunięciu wad stwierdzonych przy odbiorze w wysokości 0,5 % wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy, za każdy dzień zwłoki, liczony od dnia wyznaczonego na usunięcie wad.

d) za niedotrzymanie terminu usunięcia usterek w okresie gwarancji i rękojmi w wysokości 0,5 % wynagrodzenia brutto za przedmiot umowy za każdy dzień zwłoki, liczony od dnia poinformowania przez Kupującego. Kary nie nalicza się w przypadku dostarczenia Kupującemu na czas naprawy urządzenia zastępczego o parametrach i funkcjach równych lub lepszych.

2. Kary umowne podlegają sumowaniu.

3. Kwoty kar umownych Kupujący potrąci z faktury Sprzedającego na co Sprzedający wyraża zgodę bez potrzeby składania dodatkowego oświadczenia.

4. Strony zastrzegają sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

5. Sprzedający nie może odmówić usunięcia wad bez względu na wysokość związanych z tym kosztów.

6. W przypadku, gdyby się okazało, że zakupiony sprzęt medyczny/aparatura medyczna jest wadliwy/a i podlega wymianie, wszystkie koszty i ewentualne następstwa z tego tytułu, obciążają Sprzedającego.

7. Kupujący może usunąć, w zastępstwie Sprzedającego i na jego koszt, wady nieusunięte w wyznaczonym terminie.

8. Sprzedający ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobom fizycznym i prawnym w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.

**§ 7**

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, Kupujący może odstąpić od umowy w terminie 30 dnia od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

2. Kupującemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia następujących okoliczności:

1) 2 – krotne opóźnienie w reklamacji przedmiotu umowy

2) jednorazowe opóźnienie w reklamacji przedmiotu umowy – przekraczające 4 dni,

3) 2 – krotna reklamacja jakości przedmiotu Zamówienia,

4) ogłoszenia upadłości lub likwidacji Sprzedającego,

5) wydania nakazu zajęcia majątku Sprzedającego,

6) innego rażącego naruszenia warunków umowy lub przepisów prawa.

3. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie z podaniem podstaw prawnych i faktycznych odstąpienia.

4. Kupujący może rozwiązać umowę, jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:

1) zmiana umowy została dokonana z naruszeniem art. 144 ust. 1-1b, 1d i 1e Pzp;

2) Sprzedający w chwili zawarcia umowy podlegał wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust.1 Pzp;

3) Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej stwierdził, w ramach procedury przewidzianej w art. 258 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, że państwo polskie uchybiło zobowiązaniom, które ciążą na nim na mocy Traktatów, dyrektywy 2014/24/UE i dyrektywy 2014/25/UE, z uwagi na to, że Kupujący udzielił zamówienia z naruszeniem przepisów prawa Unii Europejskiej.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 i 2 ust. 4, Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego   
z tytułu wykonania części umowy.

**§ 8**

Sprzedający może dokonać przelewu wierzytelności z zawartej umowy na osobę trzecią, jedynie za pisemną **zgodą Urzędu Marszałkowskiego w Białymstoku (**art. 54 ust.5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz.U.2015. poz. 618 ze zm.).

**§ 9**

Wszelkie zawiadomienia, korespondencja oraz dokumentacja przekazywana w związku z niniejszą  
umową między Stronami będzie sporządzana na piśmie i podpisana przez Stronę zawiadamiającą.  
Zawiadomienia mogą być przesyłane telefaksem, doręczane osobiście, przesyłane kurierem lub listem.

**§ 10**

1\*\*. Sprzedający zgodnie ze złożoną ofertą wykona własnymi siłami cały zakres przedmiotu umowy.

1**\*\*.** Sprzedający zleci podwykonawcy następujący zakres dostaw:  
**.........................................................................................................................................**

2\*\*. Kupujący dokonuje bezpośredniej zapłaty wymagalnego wynagrodzenia przysługującego podwykonawcy lub dalszemu podwykonawcy, który zawarł przedłożoną Kupującemu umowę o podwykonawstwo, której przedmiotem są dostawy lub usługi, w przypadku uchylenia się od obowiązku zapłaty odpowiednio przez Sprzedającego, podwykonawcę (Kupujący żąda od Sprzedającego przedstawienia **oświadczenia** podwykonawcy, złożone w formie pisemnej wg wzoru stanowiącego załącznik do umowy)**.**

3\*\*. Sprzedający ponosi odpowiedzialność za działania podwykonawców jak za swoje.

**§ 11**

**1.** Sprzedający uzgodni /tel, faxem, e-mailem/ z 3 dniowym wyprzedzeniem z upoważnionym pracownikiem Kupującego termin dostawy, szkolenia, montażu i uruchomienia sprzętu medycznego/aparatury medycznej będącego/ej przedmiotem umowy.

**2.** Kupujący zastrzega sobie prawo niepodpisania protokołu zdawczo - odbiorczego w przypadku braku lub niezgodności treści dokumentu wymaganego w niniejszej umowie bądź w obowiązującej w tym postępowaniu SIWZ.

**3**. Upoważnionym pracownikiem Kupującego do realizacji przedmiotu umowy jest ......................................................\* tel. ................................................ **w godz. 7.30 - 15.05 w dni robocze oraz w pakiecie .............. - .............................................**.

**4.** Upoważnionym pracownikiem Sprzedającego do realizacji przedmiotu umowy jest ......................................................\* tel. ........................................ **w godz. ..............................** w dniach ................................................... \*.

5. Sprzedający zobowiązuje się dostarczyć zamówiony sprzęt/aparaturę wraz z wymaganymi dokumentami na własny koszt w odpowiednim opakowaniu transportem zapewniającym należyte zabezpieczenie jakościowe dostarczonego towaru przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp. do magazynu Zamawiającego, a w wyjątkowej sytuacji po uzgodnieniu z upoważnionym pracownikiem Działu Zaopatrzenia Transportu i Magazynów bezpośrednio do wskazanego miejsca użytkowania.

**§ 12**

**UBEZPIECZENIE**

1. Sprzedający jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia , przy czym ubezpieczenie to powinno zachować ciągłość przez cały okres trwania umowy.

2. Sprzedający dostarczy Kupującemu kopię w/w dokumentu OC, a także dokumenty świadczące o ciągłości w/w ubezpieczenia w trakcie trwania umowy.

3. W przypadku gdy załączona polisa traci ważność przed wymaganym terminem zakończenia realizacji przedmiotu zamówienia, Sprzedający zobowiązuje się, że dokona przedłożenia jej ważności do terminu nie krótszego od wymaganego terminu zakończenia.

**§ 13**

Niniejszą umowę wraz z załącznikami sporządzono w 3 (trzech) jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa otrzymuje **Kupujący**, a jeden **Sprzedający.**

**§ 14**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawa Prawo zamówień publicznych, a ewentualne spory rozstrzygać będzie właściwy rzeczowo sąd dla Siedziby Kupującego.

**SPRZEDAJĄCY: KUPUJĄCY:**

**Załączniki do umowy:**

1. Zestawienie asortymentowo - ilościowe i parametry techniczne i wymagane dotyczące oferowanej aparatury medycznej i sprzętu medycznego.

2. Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, szkolenia.

3. Poświadczoną za zgodność z oryginałem przez sprzedającego polisę potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

4. Pełnomocnictwo, jeżeli umowę podpisuje pełnomocnik \*\*.

5. Umowa regulująca współpracę wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, jeżeli oferta tych wykonawców zostanie wybrana \*\*\*.

6. Oświadczenie podwykonawcy \*\*

\* - należy wypełnić

\*\* - jeżeli dotyczy

**\*\*\* -** dotyczy Wykonawców składających ofertę w ramach konsorcjum

**Załącznik do umowy - Oświadczenie podwykonawcy \***

\*- jeżeli dotyczy

Zadanie

**.....................................................................................**

**wykonane zgodnie z umową: .................................... z dnia .............................**

**Nazwa podwykonawcy ........................................................................................**

**Oświadczenie podwykonawcy , który uczestniczył w wykonaniu zadania**

**w okresie od daty rozpoczęcia zadania do .............................**

**W okresie rozliczeniowym wystawiono niżej wymienione faktury:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres wykonanych zadań** | **Nr faktury** | **Wartość faktury brutto/PLN/** | **Data wystawienia** | **Termin płatności** | **Fakturę zapłacono/nie zapłacono** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Oświadczamy, że**

**do dnia ...................................... otrzymaliśmy wynagrodzenie za prace przez nas wykonane**

**w ramach przedmiotowego zadania co wyczerpuje w pełni nasze roszczenie do Kupującego** \*\*

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

czytelny podpis lub podpisy i imienne pieczęcie osoby lub

osób upoważnionych do reprezentowania Podwykonawcy

\*\*- **Uwaga:**

Kolejne oświadczenia podwykonawcy mają uwzględniać wszystkie faktury dotychczas wystawione.

**Załącznik nr 8 do SIWZ – wzór protokołu zdawczo - odbiorczego**

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY z dnia ……………… r.**

do Umowy Nr………/ZT-SZP-226/01/13/2017 z dnia ………………r.

dotyczącej: **Zakupu, dostawy, montażu i uruchomienia aparatury medycznej i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Łomży”,** znak sprawy: ZT-SZP-226/01/13/2017

**Kupujący :**

**Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego z siedzibą w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża**

**Bezpośredni Odbiorca/Użytkownik:**

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

**Sprzedający :**

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

Niniejszym Bezpośredni Odbiorcapotwierdza **przyjęcie do eksploatacji** od Sprzedającego następującego sprzętu medycznego/ aparatury medycznej :

1. producent …………………………………………………………

2. nazwa ……………………………………………………………..

3.typ …………………………………………………………….…

4. rok produkcji …………………………………………………….

5. numer seryjny/numer katalogowy ………………………….…….

6. ilość szt. / kpl.\* ……………………………………………………………….

**Uwaga !**

*W przypadku zakupów określonych jako „Zestaw” lub „Komplet” należy wymienić wszystkie poszczególne elementy zestawu/kompletu z informacjami określonymi w pkt 1-6 powyżej lub dołączyć w formie załącznika do protokołu.*

**Bezpośredni Odbiorca potwierdza, że otrzymał wraz z dostarczonym sprzętem medycznym/aparaturą medyczną następujące dokumenty zgodnie z § 2 ust 4 umowy i zapisami SIWZ, tj. :**

**1…………………………………………………………**

**2…………………………………………………………**

**3………………………………………………………….**

**Okres gwarancji** na ww. sprzęt medyczny/aparaturę medyczną wynosi : …………… **miesięcy. \***

**Szkolenie :**

w dniu ………………r. przedstawiciel sprzedającego przeprowadził szkolenie personelu w zakresie prawidłowej obsługi, podstaw eksploatacji i konserwacji dostarczonego sprzętu medycznego/aparatury medycznej. \*

**Lista osób, które uczestniczyły w szkoleniu stanowi załącznik do protokołu. \***

**Uwagi/ Zastrzeżenia:**

**………………………………………………………………………………………………**

**Protokół sporządzono w 4 egzemplarzach, z których 3 egzemplarze otrzymuje Bezpośredni Odbiorca i 1 egzemplarz Sprzedający.**

**Bezpośredni Odbiorca: Sprzedający:**