D/ZP/381/91B/16

 Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM. PROF.KORNELA GIBIŃSKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa Wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę do siedziby Zamawiającego ***Systemu monitoringu neurofizjologicznego*** wraz z instalacją i uruchomieniem oraz przeszkoleniem użytkowników oferuję:

**System monitoringu neurofizjologicznego – według Załącznika nr 4**

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

**Cena ofertowa (brutto - z podatkiem VAT):** ...............................................................zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

**Termin dostawy :** Dostawa, instalacja i uruchomienie ***Systemu monitoringu neurofizjologicznego*** oraz przeszkolenie użytkowników w terminie do 4 tygodni od dnia zawarcia umowy.

**Termin płatności**: – w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury wystawionej po podpisaniu przez Zamawiającego bez zastrzeżeń dokumentu z odbioru aparatury okulistycznej diagnostycznej

**Warunki gwarancji:** Okres gwarancji wynosi ........... miesiące/miesięcy (min. 12 miesięcy) od dnia podpisania przez Zamawiającego bez zastrzeżeń dokumentu z odbioru aparatury okulistycznej diagnostycznej

- Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego

- Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

- Zawarta w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia treść wzoru umowy (Załącznik nr 7) została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

- Zapoznaliśmy się z treścią wzoru umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych (Załącznik nr 8) i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się, że zawrzemy/firma wskazana w ofercie do obsługi serwisowej zawrze przedmiotową umowę na wskazanych warunkach

-Oświadczamy, że następującą część zamówienia .............................................................. zamierzam powierzyć podwykonawcom;

-Wskazuję następujących podwykonawców: nazwa (firma) ………………………………………..

- W związku z wdrożeniem przez Zamawiającego Zintegrowanego Systemu Zarządzania w zakresie zarządzania środowiskowego (norma ISO14001:2004) oraz zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (norma OHSAS 18001:2007):

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy (ew. podwykonawcy) przebywający na terenie Szpitala będą posiadali wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz aktualne badania lekarskie i specjalistyczne wg. potrzeb

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy (ew. podwykonawcy) przebywający na terenie Szpitala będą posiadali widoczne oznakowanie z logo firmy (np. identyfikatory i/lub ubranie robocze z widocznym napisem nazwy firmy).

- oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentem stanowiącym **załącznik A** (Informacja dla Wykonawcy o zagrożeniach wynikających z działalności Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach podczas wykonywania prac na jego terenie)oraz w przypadku wyboru naszej oferty wypełnimy i podpiszemy wraz z umową następujące dokumenty:

 -**załącznik B** (Zobowiązanie Wykonawcy)

 **-załącznik C** (Lista pracowników Wykonawcy poinformowanych o zagrożeniach wynikających z

 działalności Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego

 Uniwersytetu Medycznego w Katowicach)

 -**załącznik D** (Zasady środowiskowe dla Wykonawców).

- Oświadczamy, że przedmiot i warunki realizacji niniejszego zamówienia są zgodne z ustawą o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. , poz. 876.) i z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnego*,* oświadczamy, że dane zawartew ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

D/ZP/381/91B/16

 Załącznik nr 2

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

# OŚWIADCZENIE

# DOTYCZĄCE WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

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

*miejscowość……………………………………,* dnia ………….……. r.

1. …………………………………………

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

1.

D/ZP/381/91B/16

 Załącznik nr 3

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego.

*miejscowość, ……………………. dnia* ………….……. r.

 …………………………………………

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

D/ZP/381/91B/16

 Załącznik nr 4

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE

OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

 SYSTEM MONITORINGU NEUROFIZJOLOGICZNEGO - 1 SZT

|  |  |
| --- | --- |
| PRODUCENT |  |
| MODEL/TYP |  |
| KRAJ POCHODZENIA |  |
| ROK PRODUKCJI |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa parametru | Parametry wymagane | Parametry oferowane**(*wypełnia Wykonawca)*** |
| 1 | System monitoringu neurofizjologicznego stosowany podczas zabiegów operacyjnych celem zapewnienia pacjentowi optymalnej ochrony w różnych zabiegach neurochirurgicznych. | TAK |  |
| 2 | Zestaw kompletny nie wymagający żadnych dodatkowych zakupów. Budowa modułowa: odseparowane moduły wzmacniacza odbiorczego oraz stymulatora i jednostki sterującej.  | TAK |  |
| 3 | Wszystkie główne elementy zestawu generacyjnie pochodzące z podobnego okresu eksploatacji +/- 2 lata nie starsze niż 2009r. (nie dotyczy okablowania i adapterów przyłączeniowych). | TAK |  |
| 4 | Rodzaje wykonywanych pomiarów: EMG, SEP, EEG, AEP, MEP. Prowadzenie pomiarów rożnych potencjałów wywołanych (min.8 okien pomiarowych otwartych) jednoczasowo. | TAK |  |
| 5 | Dostępne różne rodzaje elektrod i sond stymulacyjnych bipolarnych jednorazowych i wielorazowych do wykonywania wymienionych wyżej pomiarów pochodzenia od producenta systemu monitoringu neurofizjologicznego. | TAK |  |
| 6 | Liczba kanałów odbiorczych min. 24 w tym min. 8 referencyjnych.  | TAK |  |
| 7 | Kanały wzmacniacza ustawiane do każdego rodzaju pomiarów wg szablonu operacyjnego producenta z możliwością ich modyfikacji w języku polskim. | TAK |  |
| 8 | **Bezpośrednia stymulacja nerwów** – zakres stymulacji stałoprądowej od 0,05 mA do 15 mA; zakres częstotliwości stymulacji od 0,1 Hz do 1000Hz. | TAK |  |
| 9 | **Stymulator do potencjałów wywołanych czuciowych –** zakres stymulacji stałoprądowej w zakresie od 1mA do 50mA ;czas trwania impulsu : od 0.05ms do 2ms; rodzaj stymulacji : pojedyncze impulsy i ciąg impulsów rodzaje impulsów : dodatnie, ujemne i bifazowe; częstotliwość stymulacji: od 0.1Hz do 100Hz. | TAK |  |
| 10 | **Stymulator do potencjałów wywołanych ruchowych –** zakres stymulacji stałoprądowej w zakresie od 1mA do 200mA; czas trwania impulsu : od 0.05ms do 2ms; rodzaj stymulacji : pojedyncze impulsy i ciąg impulsów rodzaje impulsów : dodatnie, ujemne i bifazowe. | TAK |  |
| 11 | **Bezpośrednia korowa stymulacja elektryczna (DCS MEP) -**stymulacja stałoprądowa w zakresie od 1 do 40mA ;czas trwania impulsu od 50μs do 1000μs ; stymulacja impulsami dodatnimi, ujemnymi i bifazowymi; stymulacja: pojedynczy impuls oraz ciąg impulsów -mapowanie ośrodka ruchu - ciąg do 9 impulsów ;częstotliwość impulsów w ciągu od 100Hz do 1000Hz, z wewnętrzną przerwą -mapowanie ośrodka mowy - pojedynczy impuls ;częstotliwość 40- 60Hz według metody Penfielda. | TAK |  |
| 12 | **Stymulacja akustyczna (AEP)- ź**ródło dźwięku ABR 10Ω; przenoszenie kanałem powietrznym; natężenie stymulacji 50dB - 100dB.  | TAK |  |
| 13 | Prezentacja w czasie rzeczywistym sygnału biologicznego, uśrednionego (z linią podstawową w tle), kaskadowego i trendów (zmian przebiegów w czasie z ustawieniem poziomów alarmów) w oknach dla wszystkich modalności.  | TAK |  |
| 14 | Prezentacja trendów (zmian przebiegów krzywych w czasie z ustawieniem poziomów alarmów) dla przebiegów modalności SEP i MEP. Analiza sygnału - prezentacja amplitudy, względnej odchyłki procentowej, okresu utajenia oraz wierszy komentarzy kaskadowych.  | TAK |  |
| 15 | Automatyczny zapis do pamięci wszystkich krzywych pomiarowych przy wymuszonym potencjale. | TAK |  |
| 16 | Zmiana skali czasowej i amplitudowej dla każdego przebiegu osobno w aktywnym oknie w czasie trwania pomiaru. | TAK |  |
| 17 | Baza danych pacjentów w języku polskim : ID, imię, nazwisko, data urodzenia, płeć, adres. Baza danych procedur: nazwa, data, operator, asystent, diagnoza. | TAK |  |
| 18 | Parametry komputera systemowego: procesor: Intel Core2 , 2,8GHz pamięć: min. 2 GB DDR2 PC 800 twardy dysk : min. 320 GB nagrywarka DVD: DVD-RW monitor: LCD szerokokątny, min. 20 cali z możliwością obrotusystem operacyjny : min. Microsoft System Windows XP. | TAK |  |
| 19 | Wózek aparaturowy z centralnym wyłącznikiem systemu i zintegrowanym odseparowującym transformatorem bezpieczeństwa, koła antystatyczne z hamulcami, szuflada na klawiaturę, szuflada na dodatkowe wyposażenie, wejście oraz specjalna wysuwana półka na myszkę komputerową. | TAK |  |
| 20 | Głowica wzmacniacza oraz adaptery do podłączenia elektrod posiadające zaczepy/zaciski do zamocowania na szynie akcesoryjnej stołu operacyjnego.  | TAK |  |
| 21 | Klasa ochronności II, typ BF. | TAK |  |
| 22 | Oprogramowanie systemu monitoringu neurofizjologicznego (IONM) producenta z możliwością wyboru języka min.: polski, angielski, niemiecki oraz dokumentacja aplikacyjna w języku polskim. | TAK |  |
| 23 |  Dwa zestawy elektrod w dostawie zawierające min.: para elektrod igłowych dł. igły 20mm dł. przewodu 1-2m różnokolorowe przewody w przeplocie; elektroda igłowa dł. igły 20mm dł. przewodu 1-2m; elektroda cork-crew igła 0.4-0.6m, przewód 1-1.5m; elektroda typu D-wave śr. 1mm, dł. 2m, min. 2 kontakty o szer. 3-4mm w odstępach 15-20mm; sonda monopolarna z funkcją ssaka, śr, 2-3mm dł. robocza 10-15cm; elektroda do odbioru z n.błędnego, min. 4-kanałowa z rurki intubacyjnej. | TAK |  |
| 24 | **W przypadku zaoferowania aparatu, który nie jest fabrycznie nowy, Wykonawca dostarczy wraz z ofertą protokół z przeprowadzonego przez autoryzowany serwis (wymagane oświadczenie o autoryzacji) przeglądu technicznego, potwierdzający sprawność aparatu. Data wykonania przeglądu technicznego nie może być wcześniejsza niż 3 miesiące od daty złożenia oferty.**  | TAK |  |

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymienione w powyższej tabeli wymagania

Obsługa serwisowa gwarancyjna będzie prowadzona przez autoryzowany serwis techniczny z siedzibą (nazwa, adres, tel.,fax, e-mail): ......................................................................................... ...........................................................

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

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

D/ZP/381/91B/16

 Załącznik nr 5

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**O PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr ……………………….którego przedmiotem zamówienia jest **……………………………………..,** oświadczam, iż Wykonawca, którego reprezentuję

**nie należy / należy\*** do tej samej grupy kapitałowej

w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.), o której mowa w art. 24 ust 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

 *miejscowość, data*

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

  *pieczątka i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania Wykonawcy*

\*Odpowiednio skreślić

D/ZP/381/91B/16

 Załącznik nr 6

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**Wykaz wykonanych/wykonywanych dostaw**

Nazwa wykonawcy: .......................................................................................................

Siedziba:........................................................................................................................

Regon: ............................................................. NIP:......................................................

Tel. ...................................................................Fax:.......................................................

Internet:.............................................................e-mail:...................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Opis dostawy | Wartość  | Data wykonania  | Podmiot na rzecz którego wykonano dostawę  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**UWAGA!**

Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że ww. dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie

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

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

 osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy