

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku
nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

Pakiet nr 5: sprzęt medyczny dla potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych w tym:

- I. **NPL (Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej)** zawierający:
 - Aparat EKG w ilości 1 sztuki,
 - Waga medyczna w ilości 1 sztuki,
- II. **Poradni Kardiologicznej** zawierający:
 - Rejestrator EKG w ilości 2 sztuk,
 - Rejestrator RR w ilości 4 sztuk,
 - EKG w ilości 1 sztuki,
- III. **Poradni Pulmonologicznej** zawierający:
 - Spirometr w ilości 1 sztuki,
 - Ssak elektryczny w ilości 1 sztuki,
- IV. **Poradni Diabetologicznej** zawierający:
 - Aparat EKG z podłączeniem w ilości 1 sztuki,
- V. **Poradni Neonatologicznej** zawierający:
 - Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka) w ilości 1 sztuki,
 - Waga niemowlęca w ilości 1 sztuki,
 - Pulsoksymetr w ilości 1 sztuki,
- VI. **POZ** zawierający:
 - Elektrokardiograf w ilości 1 sztuki,
 - Waga medyczna w ilości 1 sztuki,
 - Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki,
 - Lampa bezcieniowa w ilości 1 sztuki,

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.

I. NPL (Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna).

Aparat EKG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG.	TAK	
2.	Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 3, 6 lub 12 przebiegów EKG w układzie standardowym lub Cabrera.	TAK	
3.	Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania.	TAK	
4.	Ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu – pamięć ostatniego badania automatycznego.	TAK	
5.	Wydruk ze „schowka” automatycznego badania EKG w grupach po 3, 6 lub 12 odprowadzeń.	TAK	
6.	Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm.	TAK	
7.	Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi.	TAK	



8.	Graficzne menu wyświetlane na ekranie min. (128x240, przekątna 96 mm) umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury alfanumerycznej.	TAK	
9.	Wykonanie do min. 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej.	TAK	
10.	Automatyczna detekcja zespołów QRS.	TAK	
11.	Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu.	TAK	
12.	Filtry min. Filtr zakłóceń sieciowych (50 Hz, 60 Hz) Filtr zakłóceń mięśniowych (25 Hz, 35 Hz, 45 Hz) Filtr izolinii (0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz)	TAK	
13.	Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń.	TAK	
14.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
15.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
16.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
17.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
18.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	

5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany.	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego, na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Waga medyczna w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

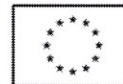
Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Elektroniczna waga kolumnowa ze wzrostomierzem wykonana w konstrukcji żeliwnej.	TAK	
2.	Klasa dokładności min. III.	TAK	
3.	Nośność min. 300 kg.	TAK	
4.	Podziałka min. 50g<150kg>100g.	TAK	
5.	Zasilanie bateryjne lub poprzez zasilacz.	TAK	
6.	Wymiary min. 360x930x520 mm.	TAK	
7.	Waga netto maks. 14,9 kg.	TAK	
8.	Funkcje min.: resetowanie, sygnały dźwiękowe mogą być aktywowane, automatyczne wyłączanie, amortyzacja, rolki transportowe, TARA, ochrona przed przeciążeniem, SEND, Auto-SEND, interfejs bezprzewodowy, PRINT, Auto-Print, HOLD, Auto-HOLD, funkcja matka/dziecko, Auto-CLEAR, BMI, Pre-TARA	TAK	
9.	Wzrostomierzem o zakresie pomiaru min. 60-200 cm.	TAK	



10.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
11.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	Tak	
12.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	Tak	
13.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej.	Tak	
14.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	



11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

II. Poradnia Kardiologiczna.

Rejestrator EKG w ilości 2 sztuk:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Czas rejestracji: -72 godziny na bateriach litowych -48 godzin na bateriach alkalicznych -24 godziny na akumulatorach NiMH	TAK	
2.	Zakres rejestracji: 0.05 – 70 Hz	TAK	
3.	Rozdzielczość: 12 bit, 12,50 μ V/LSB	TAK	
4.	Prefiltrowana częstość próbkowania: 1440 próbek na sekundę	TAK	
5.	Wymiary: 12,3 cm x 7,0 cm x 2,4 cm	TAK	
6.	Waga: 184 gramy z baterią i kartą SD	TAK	
7.	Zasilanie: 2 x bateria AA (alkaliczna, akumulator NiMH lub litowa)	TAK	
8.	Pojemność 32 MB- 2 GB karta flash SD	TAK	
9.	Spełnia Normę EC-38	TAK	
10.	Duży czytelny ekran LCD	TAK	
11.	Automatyczne wykrywanie stymulatora	TAK	
12.	Ekranowe kable redukujące artefakty	TAK	
13.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
14.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
15.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być	TAK	



	zamontowane wyroby		
16.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
17.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Rejestrator RR w ilości 4 sztuk:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Zakres pomiaru: Skurczowe (SYS): 60 – 290 mmHg Rozkurczowe (DIA): 30 – 195 mmHg	TAK	
2.	Dokładność +/- 3 mmHg	TAK	
3.	Zakres ciśnienia statystycznego 0 do 300 mmHg	TAK	
4.	Częstość tętna 30 do 240 uderzeń na minutę.	TAK	
5.	Metoda pomiaru oscylometryczna.	TAK	
6.	Protokoły pomiarów.	TAK	
7.	2 programowalne protokoły z możliwością ustawienia 1,2,4,5,6,10,12, 15,20 lub 30 pomiarów na godzinę.	TAK	
8.	7 wbudowanych protokołów.	TAK	
9.	1 protokół do aktywacji wysyłania danych - SMS'em przez telefon komórkowy - lub do punktu dostępowego przez Bluetooth	TAK	
10.	Pamięć urządzenia: 300 pomiarów.	TAK	
11.	Pojemność baterii > 300 pomiarów.	TAK	
12.	Zakres temperatur podczas pracy +10 °C do +40 °C	TAK	
13.	Zakres wilgotności podczas pracy 15% do 90%	TAK	
14.	Warunki przechowywania -20 °C do +50 °C oraz 15% do 90% wilgotności powietrza.	TAK	
15.	Wymiary 128 x 75 x 30 mm	TAK	
16.	Waga ok. 240 g z bateriami	TAK	
17.	Zasilanie 2 akumulatory Ni-MH (AA, Mignon) IEM - 1,2 V każdy i min. 2100 mAh	TAK	
18.	Interfejsy • Kabel (USB / RS232) • Infrared (podczerwień) • Bluetooth (Class 1 / 100 m)	TAK	
19.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
20.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	TAK	
21.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być	TAK	



	zamontowane wyroby.		
22.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej.	TAK	
23.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

EKG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu min. 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą).	TAK	
2.	Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna.	TAK	
3.	Wymiar ekranu min. 7".	TAK	
4.	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe / USB.	TAK	
5.	Maksymalna waga do 3,5 kg (z wbudowanym akumulatorem).	TAK	
6.	Wydruk termiczny.	TAK	
7.	Szerokość papieru min. 112 mm.	TAK	
8.	Prędkość przesuwu papieru (mm/s) min. 5; 10; 25; 50.	TAK	
9.	Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona.	TAK	
10.	Ilość drukowanych odprowadzeń: min. 3, 6, 12, 3x4+1, 6x2+1,	TAK	
11.	Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchro.	TAK	
12.	Czułość min. (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20.	TAK	
13.	Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60.	TAK	
14.	Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35.	TAK	
15.	Filtr izolinii min. (Hz): 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz.	TAK	
16.	Profil automatyczny.	TAK	
17.	Profil manualny.	TAK	
18.	Tryb LONG (długi zapis EKG do wykrywania arytmii).	TAK	
19.	Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej lub atramentowej na papierze A4.	TAK	
20.	Możliwość podglądu zapisów EKG i analiza bez drukowania z pamięci aparatu.	TAK	
21.	Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu.	TAK	
22.	Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 .	TAK	
23.	Możliwość komunikacji z systemem typu HIS i eksportem danych.	TAK	
24.	Możliwość rozbudowy o spirometrię.	TAK	
25.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
26.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	



27.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	Tak	
28.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	Tak	
29.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

III. Poradnia Pulmonologiczna.

Spirometr w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Spirometr do badania dorosłych i dzieci powyżej 6 roku	TAK	
2.	Zakres przepływu: 18 l/s	TAK	
3.	Dokładność objętości min. +/- 3% lub 50 ml	TAK	
4.	Dokładność przepływu min. +/- 5% lub 200 ml/s	TAK	
5.	Opór dynamiczny: 0.5 cm H ₂ O/L/s	TAK	
6.	Możliwość korzystania z głowic pneumotachometrycznych jednorazowych	TAK	
7.	Pamięć min. 5000 badań	TAK	
8.	Złącze USB. min 2.0	TAK	
9.	Czujnik temperatury półprzewodnikowy 10 - 40°	TAK	
10.	zasilanie: akumulator lub z sieci,	TAK	
11.	waga: maks. 2000 g	TAK	
12.	Wymagany okres kalibracji min. co 12 miesięcy	TAK	
13.	Firmowe materiały producenta lub dystrybutora potwierdzające wszystkie powyższe parametry	TAK	
14.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
15.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu .	Tak	
16.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	Tak	
17.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej.	Tak	
18.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
----	---	-----	--



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Mazowsze.
serce Polski

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Ssak elektryczny w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Przenośny ssak elektryczny.	TAK	
2.	Wygodny uchwyt do przenoszenia ssaka.	TAK	
3.	Bezolejowa, bezobsługowa pompa ssąca.	TAK	
4.	Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności, łatwa do dezynfekcji.	TAK	
5.	Wydajność min. 20l/min (+/- 2l).	TAK	
6.	Zakres regulacji 20-80 kPa.	TAK	
7.	Pobór mocy do 110 VA.	TAK	
8.	Filtr antybakteryjny.	TAK	



9.	Tryb pracy – praca ciągła	TAK	
10.	Regulator ciśnienia.	TAK	
11.	Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą mmHG.	TAK	
12.	Pojemnik transparentny, nietłukący z podziałką o pojemności 1000 ml z pokrywą z zabezpieczeniem przeciwprzelewowym.	TAK	
13.	Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do wymienionych wyżej zbiorników.	TAK	
14.	Wymiary max urządzenia (szer. x głęb. x wys.) 450mm x 200mm x 320mm (+/- 10mm).	TAK	
15.	Waga urządzenia nie większa niż 4,5 kg (+/-0,2kg).	TAK	
16.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
17.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	
18.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	Tak	
19.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	Tak	
20.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji.	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	

8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

IV. Poradnia Diabetologiczna.

Aparat EKG z podłączeniem w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG.	TAK	
2.	Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 3, 6 lub 12 przebiegów EKG w układzie standardowym lub Cabrera.	TAK	
3.	Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania.	TAK	
4.	Ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu – pamięć ostatniego badania automatycznego.	TAK	
5.	Wydruk ze „schowka” automatycznego badania EKG w grupach po 3, 6 lub 12 odprowadzeń.	TAK	
6.	Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm.	TAK	
7.	Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi.	TAK	
8.	Graficzne menu wyświetlane na ekranie min. (128x240, przekątna 96 mm) umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury alfanumerycznej.	TAK	
9.	Wykonanie do min. 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej.	TAK	
10.	Automatyczna detekcja zespołów QRS.	TAK	



11.	Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu.	TAK	
12.	Filtry min. Filtr zakłóceń sieciowych (50 Hz, 60 Hz) Filtr zakłóceń mięśniowych (25 Hz, 35 Hz, 45 Hz) Filtr izolinii (0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz)	TAK	
13.	Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudeń.	TAK	
14.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
15.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
16.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
17.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
18.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	



9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego, na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

V. Poradnia Neonatologiczna.

Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka) w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Parametry ogólne:	TAK	
2.	Wymiary: - wysokość min. 1630 – 1930 mm - szerokość min. 700 mm - głębokość min. 560mm/bez podstawy - masa ogrzewacza ze statywem ok. 30kg	TAK	
3.	Ogrzewacz promiennikowy na podstawie jezdnej z 4 kółkami z blokadą Pneumatyczne wspomaganie regulacji wysokości.	TAK	
4.	Ogrzewacz promiennikowy z obrotową głowicą min. +/- 180 stopni z wbudowanym oświetleniem.	TAK	
5.	Oświetlenie luminescencyjne lub diodowe o mocy min. 100W.	TAK	
6.	Parametry elektryczne promiennika:	TAK	
7.	- zasilanie min. 230 V 50 Hz	TAK	
8.	- moc promiennika min. 700 W	TAK	
9.	- natężenie promieniowania min. 20mW/cm ²	TAK	
10.	Klasa ochronności I, typ BF	TAK	
11.	Regulacja ogrzewania:	TAK	
12.	- ręczna i automatyczna	TAK	
13.	- regulacja mocy grzania ręczna od 0-700 W 20 stopniowa ze skokiem 35W	TAK	
14.	- regulacja mocy grzania automatyczna w zakresie 34 – 39 °C	TAK	
15.	- pamięć nastawy mocy automatyczna	TAK	
16.	Alarm niedogrzenia i przegrzania – optyczny i	TAK	



	akustyczny		
17.	Komunikaty słowne o ustawieniach i alarmach w języku polskim	TAK	
18.	Wyświetlacz temperatury o wysokości cyfr min 30 mm kolorowy	TAK	
19.	Zegar AGAR – sygnał akustyczny po 1,3,5,10 minutach	TAK	
20.	Zakres pomiaru temperatury od 10-60 ° C z dokładnością +/- 0,2° C	TAK	
21.	Czujnik temperatury wielokrotnego użytku	TAK	
22.	Możliwość wyboru koloru urządzenia min. 4 kolory.	TAK	
23.	Instrukcja obsługa w języku polskim.	TAK	
24.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	
25.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	Tak	
26.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	Tak	
27.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	



7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Waga niemowlęca w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Mechaniczna waga niemowlęca z analogowym wyświetlaczem.	TAK	
2.	Obciążenie maks. 16 kg.	TAK	
3.	Dokładność odczytu +/- 10g.	TAK	
4.	Klasa dokładności min. II	TAK	
5.	Szalka wykonana z tworzywa przystosowana do ważenia dzieci w pozycji leżącej o wymiarach min. 550x270 mm.	TAK	
6.	Wymiary wagi maks. 550 x 180 x 290 mm.	TAK	
7.	Masa wagi maks. 6,4 kg.	TAK	
8.	Obudowa wagi metalowa lakierowana.	TAK	
9.	Instrukcja obsługi w języku polskim.		
10.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	
11.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	Tak	
12.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas	Tak	



	przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej		
13.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego, na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Pulsoksymetr w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Pomiar saturacji SpO2 oraz tętna w czasie rzeczywistym	TAK	
2.	Wysoka dokładność pomiarowa przy niskiej perfuzji (0,05 – 20 %)	TAK	
3.	Kolorowy, wyraźny ekran TFT LCD min. 3" i rozdzielczości min. 240 x 400	TAK	
4.	Wyświetlane parametry co najmniej: Saturacja SpO2, Tętno HR, Poziomy SpO2, Poziomy HR, Status baterii, Wskaźnik perfuzji, Wskaźnik HR, Wskaźnik alarmu, Krzywa pletyzmograficzna, Bieżący czas, Wykresy długi i krótki	TAK	
5.	Zapis danych pacjenta min. do 20 dni przy pomiarze co 10 s	TAK	
6.	Czas zapisu wykresu w zakresie: min. 1 – 48 godz	TAK	
7.	Wysoka odporność na ruchy pacjenta oraz zakłócenia elektryczne (również chirurgiczne)	TAK	
8.	Zastosowanie dla wszystkich kategorii wiekowych: od noworodków po ludzi starszych	TAK	
9.	Co najmniej dwa tryby pracy do wyboru: ciągły lub okresowy	TAK	
10.	Mocowanie w pionie lub poziomie – przekreślanie wyświetlanego ekranu	TAK	
11.	Alarmy dźwiękowe i wizualne z możliwością wyciszenia na 2 min.	TAK	
12.	Głośność alarmów w min. 7 stopniowej skali.	TAK	
13.	Możliwość ustawienia dźwięków tętna.	TAK	
14.	Interfejs - wejście RS232	TAK	
15.	Zasilanie przy pomocy akumulatora alkalicznego lub Ni-MH	TAK	
16.	Czas pracy min. 10 godzin	TAK	
17.	Czas ładowania max. 6 godzin	TAK	
18.	Zakres pomiaru SpO2 w zakresie 0 – 100 %	TAK	
19.	Dokładność dla dorosłych/dzieci w zakresie 100 - 70% co najmniej $\pm 2\%$ oraz w zakresie 69 - 50% min. $\pm 3\%$	TAK	
20.	Dokładność dla noworodków w zakresie 100 - 70% min. $\pm 3\%$ oraz w zakresie 69 - 50% min. $\pm 4\%$	TAK	
21.	Zakres tętna w zakresie min. 15 - 300 bpm	TAK	
22.	Dokładność tętna min. 15 - 300 bpm min. 3 bpm	TAK	
23.	Czas uśrednień co 2, 4, 8, 12 s	TAK	
24.	Wymiary max. 154mm x 72mm x 26 mm	TAK	
25.	Waga z akumulatorem max. 273g	TAK	



26.	Spełnienie norm: IEC60601-1, ISO9919, EN475, IPX1, EN/IEC60601-1-2	TAK	
27.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
28.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	
29.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	Tak	
30.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	Tak	
31.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	



11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego, na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

VI. POZ.

Elektrokardiograf w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG.	TAK	
2.	Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 3, 6 lub 12 przebiegów EKG w układzie standardowym lub Cabrera.	TAK	
3.	Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania.	TAK	
4.	Ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu – pamięć ostatniego badania automatycznego.	TAK	
5.	Wydruk ze „schowka” automatycznego badania EKG w grupach po 3, 6 lub 12 odprowadzeń.	TAK	
6.	Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm	TAK	
7.	Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi.	TAK	
8.	Graficzne menu wyświetlane na ekranie min. (128x240, przekątna 96 mm) umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury alfanumerycznej.	TAK	
9.	Wykonanie do min. 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej.	TAK	
10.	Automatyczna detekcja zespołów QRS.	TAK	
11.	Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu.	TAK	
12.	Filtry min. Filtr zakłóceń sieciowych (50 Hz, 60 Hz) Filtr zakłóceń mięśniowych (25 Hz, 35 Hz, 45 Hz) Filtr izolacji (0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz)	TAK	



13.	Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni.	TAK	
14.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
15.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
16.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
17.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
18.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	



11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego, na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Waga medyczna w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Elektroniczna waga kolumnowa ze wzrostomierzem wykonana w konstrukcji żeliwnej.	TAK	
2.	Klasa dokładności min. III.	TAK	
3.	Nośność min. 300 kg.	TAK	
4.	Podziałka min. 50g<150kg>100g.	TAK	
5.	Zasilanie bateryjne lub poprzez zasilacz.	TAK	
6.	Wymiary min. 360x930x520 mm.	TAK	
7.	Waga netto maks. 14,9 kg.	TAK	
8.	Funkcje min.: resetowanie, sygnały dźwiękowe mogą być aktywowane, automatyczne wyłączanie, amortyzacja, rolki transportowe, TARA, ochrona przed przeciążeniem, SEND, Auto-SEND, interfejs bezprzewodowy, PRINT, Auto-Print, HOLD, Auto-HOLD, funkcja matka/dziecko, Auto-CLEAR, BMI, Pre-TARA.	TAK	
9.	Wzrostomierzem o zakresie pomiaru min. 60-200 cm.	TAK	
10.	Instrukcja obsługi w języku polskim.		
11.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	Tak	
12.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	Tak	
13.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas	Tak	



	przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej .		
14.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	Tak	

WARUNKI SERWISOWE I INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Zintegrowany system diagnostyczny do monitorowania, zarządzania funkcją i żywotnymi i oceny fizycznej pacjenta.	TAK	
2.	Urządzenie wyposażone w czytelny, kolorowy wyświetlacz 10.1 "(16: 9) TFT LCD z ekranem dotykowym.	TAK	
3.	Wbudowane: otoskop, oftalmoskop i depresor języka.	TAK	
4.	System naścienny oszczędzający przestrzeń i eliminujący splątane, wiszące przewody.	TAK	
5.	Min. 4 porty USB do podłączenia wyposażenia tj.: mysz komputerowa, klawiatura komputerowa, skaner kodów kreskowych, drukarka itp.	TAK	
6.	Ręczne wprowadzanie pomiarów (waga, wzrost, częstotliwość oddechów, ból).	TAK	
7.	System zapewniający miejsce do przechowywania dodatkowych mankietów do pomiaru ciśnienia krwi.	TAK	
8.	Możliwość prezentacji wyników pacjenta na dużym ekranie.	TAK	
9.	Możliwe wyposażenie dodatkowe tj.: zintegrowany glukometr bluetooth, termometr elektroniczny.	TAK	
10.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
11.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	
12.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	Tak	
13.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	Tak	
14.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez	Tak	



	wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.			
WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA				
1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak		
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak		
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium		
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać		
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK		
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach		
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2		
8.	Serwis autoryzowany	TAK		
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać		
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać		
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak		
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów		

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Lampa bezcieniowa w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Lampa zabiegowa bezcieniowa mobilna ze źródłem światła LED.	TAK	



2.	Diody LED w kolorze białym.	TAK	
3.	Kopuła lampy nie powodująca wzrostu temperatury na czaszy lampy.	TAK	
4.	Średnica kopuły 30 cm (+/-5cm).	TAK	
5.	Obrót czaszy lampy o min. 270°.	TAK	
6.	Wgłębność oświetlenia (L1+L2) min. 130 cm.	TAK	
7.	Natężenia światła lampy w odległości 1m od czoła lampy powyżej 50 [klux].	TAK	
8.	Lampa wyposażona w 7 (+/-1) źródeł światła LED.	TAK	
9.	Żywotność żarówki min. 30000 godzin.	TAK	
10.	Regulacja natężenia światła w min. 5 stopniach .	TAK	
11.	Regulacja natężenia oraz włączanie i wyłączanie lampy przy pomocy panelu umieszczonego na czaszy.	TAK	
12.	Temperatura barwowa dla lampy co najmniej 4500 [K].	TAK	
13.	Współczynnik oddawania barw CRI co najmniej 96 .	TAK	
14.	Średnica plamy świetlnej pola w odległości 1m od czoła lampy: 160 mm, (+/- 20 mm).	TAK	
15.	Lampa wyposażona w uchwyt sterylny oraz tzw. reling brudny okalający min. 60% obwodu czaszy .	TAK	
16.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny

Mazowsze.
serce Polski

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak		
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów		

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

.....
miejscowość, data

.....
podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
występowania w obrocie prawnym
lub posiadających pełnomocnictwo

