# DANE WYKONAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa firmy:** |  |
| **Adres siedziby:** |  |
| **NIP/REGON:** |  |
| **Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia publicznego:** |  |
| **Numer telefonu osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia publicznego:** |  |
| **Adres e-mail osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia publicznego:** |  |

# INFORMACJA O DOFINANSOWANIU PROJEKTU ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ

Projekty realizowane są przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego:

**Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027**, współfinansowanego ze środków **Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego**, Priorytet: **FEMP.05 Fundusze europejskie wspierające infrastrukturę społeczną**, Działanie: **FEMP.05.11 Wsparcie Podstawowej Opieki Zdrowotnej / Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej / leczenia jednego dnia**.

Tytuły projektów:

* **„Wsparcie POZ w placówkach Centrum Medycznego 'Kol-Med' w celu optymalizacji piramidy świadczeń opieki zdrowotnej”**, nr projektu: **FEMP.05.11-IZ.00-0348/24**,
* **„Wsparcie AOS w placówkach Centrum Medycznego 'Kol-Med' w celu zwiększenia liczby, jakości i dostępności świadczeń ambulatoryjnych”**, nr projektu: **FEMP.05.11-IZ.00-0438/24**.

Projekty są współfinansowane z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Instytucją pośredniczącą jest **Zarząd Województwa Małopolskiego**.

# oświadczenie ZAMAWIAJĄCEGO o dostępności cyfrowej

Niniejszy dokument został przygotowany z zachowaniem zasad dostępności cyfrowej, zgodnie  
z wymogami standardu **WCAG 2.1 na poziomie AA**.

**Status dostępności:** Dokument jest **w pełni zgodny** z wymaganiami dostępności cyfrowej dla dokumentów elektronicznych określonymi w:

* ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 848, z późn. zm.),
* ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1696, z późn. zm.),
* decyzji wykonawczej Komisji (UE) 2018/1523 z dnia 11 października 2018 r.,
* ustawie z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2019, z późn. zm.).

**Data sporządzenia oświadczenia:** 7 maja 2025 roku.

**Data ostatniego przeglądu dokumentu pod kątem dostępności:** 20 maja 2025 roku.

**Kontakt w sprawie dostępności dokumentu:**

W przypadku problemów z dostępnością cyfrową niniejszego dokumentu prosimy o kontakt  
z Panem Filipem Maligiem, e-mail: [malig@kolmed.tarnow.pl](mailto:malig@kolmed.tarnow.pl), numer telefonu: [+48 146 886 012](tel:+48146886012).

**Procedura skargowa:**

Jeżeli zgłoszenie nie zostanie obsłużone zgodnie z oczekiwaniami, można złożyć skargę do Rzecznika Praw Obywatelskich: <https://www.rpo.gov.pl>.

Oświadczenie sporządzono na podstawie samooceny przeprowadzonej przez pracownika Centrum Medycznego „KOL-MED” samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w Tarnowie, Pana Filipa Maliga oraz z wykorzystaniem wbudowanych funkcji sprawdzania dostępności w programie Microsoft Word.

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**Działając w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu publicznym nr CM5/117/25/ZP, składam niniejszą ofertę w zakresie części nr 11:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego publicznego, na podstawie przesłanek określonych w ustawie  
   z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1605  
   z późn. zm.), pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 233 § 1 Kodeksu karnego).
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się w całości ze Specyfikacją Warunków Zamówienia publicznego (SWZ) oraz wszelkimi dokumentami postępowania, i że akceptuję ich treść bez zastrzeżeń, a moja oferta spełnia wszystkie wymogi określone w SWZ, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych (RODO), przekazaną przez Zamawiającego w związku z prowadzeniem postępowania, i przyjmuję ją do wiadomości.
4. Oświadczam, że oferta, którą przedkładam, jest kompletna, rzetelna oraz zgodna  
   z wymaganiami zamówienia publicznego i przepisami prawa, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.
5. Oświadczam, że oferta stanowi ofertę handlową w rozumieniu art. 66 § 1 Kodeksu cywilnego oraz pozostaje wiążąca przez okres wskazany w SWZ.
6. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia, zasoby techniczne, finansowe  
   i kadrowe niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia publicznego.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do zawarcia umowy na warunkach określonych w SWZ oraz przedstawionych w ofercie.
8. Oświadczam, że w stosunku do mnie, moich przedstawicieli ustawowych, pełnomocników ani członków organów zarządzających nie zachodzą przesłanki wykluczenia wskazane  
   w art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
9. Oświadczam, że wobec mnie, moich przedstawicieli ustawowych, pełnomocników, członków organów zarządzających ani podmiotów, z którymi jestem powiązany kapitałowo lub osobowo, nie zostały nałożone sankcje przewidziane w rozporządzeniach Rady (UE)  
   nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. oraz nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie, a także w rozporządzeniu Rady (UE) nr 2022/263 z dnia 23 lutego 2022 r. w sprawie środków ograniczających w odpowiedzi na uznanie przez Rosję niekontrolowanych obszarów obwodów donieckiego i ługańskiego Ukrainy. Oświadczam ponadto, że nie jestem podmiotem ani osobą ujętą w wykazach sankcyjnych publikowanych przez Radę Unii Europejskiej oraz że nie uczestniczę w realizacji zamówienia w imieniu, na rzecz lub we współpracy z takim podmiotem.

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA DLA CZĘŚCI NR 11 ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO CM5/117/25/ZP

1. **Nazwa**

**Część nr 11 –** Wyposażenie gabinetu zabiegowego

1. **Opis**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa specjalistycznego sprzętu medycznego przeznaczonego do wykonywania drobnych zabiegów chirurgicznych oraz proktologicznych w warunkach ambulatoryjnych. Pakiet obejmuje również urządzenia wspomagające przeprowadzanie procedur medycznych, zwiększające ich skuteczność i bezpieczeństwo.. Zamawiany sprzęt ma być nowy, fabrycznie kompletny, gotowy do pracy, spełniający wymagania Rozporządzenia MDR 2017/745 oraz posiadający oznaczenie CE.

Wszystkie oferowane urządzenia medyczne muszą być wyrobami medycznymi w rozumieniu przepisów prawa, tj.:

* **rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia  
  5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych** (MDR) oraz uchylającego dyrektywy 93/42/EWG i 90/385/EWG,
* **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. z 2022 r. poz. 974),
* oraz muszą być **wprowadzone do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami**.

Każde z urządzeń medycznych musi:

* posiadać oznakowanie CE potwierdzające zgodność z przepisami MDR,
* być zarejestrowane w odpowiednich rejestrach (np. EUDAMED, jeżeli obowiązek rejestracji dotyczy danego wyrobu),
* posiadać deklarację zgodności producenta,
* być objęte instrukcją użytkowania w języku polskim.

**Dopuszcza się, aby osprzęt i akcesoria, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie są klasyfikowane jako wyroby medyczne i nie podlegają obowiązkowi certyfikacji, były oferowane bez oznakowania CE oraz bez rejestracji jako wyrób medyczny**, pod warunkiem, że są one zgodne z przeznaczeniem urządzenia głównego  
i zapewniają jego prawidłowe oraz bezpieczne użytkowanie oraz nie podpadają pod inną dyrektywę unijną, np.: dyrektywę niskonapięciową (LVD), dyrektywę kompatybilności elektromagnetycznej (EMC) czy dyrektywę RoHS.

**Ponadto, wszystkie oferowane przez Wykonawcę urządzenia muszą być kompletne pod względem funkcjonalnym i w pełni gotowe do użytkowania zgodnie z ich przeznaczeniem, bez konieczności dokonywania jakichkolwiek dodatkowych zakupów. Oznacza to, że każde urządzenie musi być wyposażone we wszystkie niezbędne elementy umożliwiające jego uruchomienie, prawidłowe użytkowanie oraz ładowanie (w szczególności takie jak: zasilacze, przewody zasilające, akumulatory, baterie, ładowarki itp.).**

**Zakres zamówienia obejmuje m.in.:**

* **Aparat do elektrokoagulacji w ilości 1 sztuki** - urządzenie do wykonywania zabiegów elektrokoagulacyjnych skóry i błon śluzowych, z regulacją mocy, zestawem elektrod roboczych oraz pedałem nożnym.
* **Ligator hemoroidalny w ilości 1 sztuki** - zestaw do mechanicznego lub próżniowego zakładania gumek ligaturowych w leczeniu hemoroidów I–II stopnia.
* **Lampa bezcieniowa** **w ilości 1 sztuki** - lampa LED na statywie mobilnym lub mocowana do ściany/sufitu, o wysokim współczynniku oddawania barw (CRI > 90),  
  z regulacją natężenia światła, przeznaczona do zabiegów ambulatoryjnych.
* **Detektor wykrywania żył w ilości 1 sztuki** - urządzenie przenośne lub stacjonarne służące do wizualizacji naczyń żylnych (np. w technologii podczerwieni), ułatwiające wkłucia dożylne, szczególnie u pacjentów z trudnym dostępem naczyniowym. Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe, z uchwytem statywowym lub ręcznym.

**Wymagania ogólne:**

* Interfejs w języku polskim (jeśli dotyczy).
* Dokumentacja techniczna i użytkowa w języku polskim.
* Gwarancja minimum 24 miesiące.

1. **Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**
   * **33100000-1** - Urządzenia medyczne
   * **33160000-9** - Techniki operacyjne
   * **33162000-3** - Urządzenia i przyrządy używane na salach operacyjnych
   * **33162100-4** - Urządzenia używane na salach operacyjnych
   * **33162200-5** - Przyrządy używane na salach operacyjnych
   * **33167000-8** - Lampy chirurgiczne
   * **33169000-2** - Przyrządy chirurgiczne
   * **33169500-7** - Systemy chirurgiczne do lokalizacji i śledzenia
2. **Wykaz urządzeń wraz z określeniem ich ilości, które Zamawiający zamierza kupić**

| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Liczba sztuk** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Aparat do elektrokoagulacji | 1 |
| 2 | Ligator hemoroidalny | 1 |
| 3 | Lampa bezcieniowa | 1 |
| 4 | Detektor wykrywania żył | 1 |

1. **Termin dostawy urządzeń**

Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzeń w terminie **do 3 miesięcy od dnia podpisania umowy**.

1. **Szacunkowa wartość zamówienia netto ustalona przez Zamawiającego**

Całkowita szacunkowa wartość netto, ustalona przez Zamawiającego dla Części 11 zamówienia publicznego nr CM5/117/25/ZP, wynosi: **31 373,40 zł netto**.

1. **Kryterium oceny pakietu - cena, doświadczenie i warunki gwarancji**

| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **Waga [pkt.]** | **Opis sposobu oceny** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Cena brutto realizacji zamówienia publicznego** | **60 pkt.** | Najniższa cena otrzymuje 60 pkt.  Pozostałe oferty - proporcjonalnie według wzoru:  (Cmin / Cbad) × 60 pkt,  gdzie: Cmin - najniższa cena spośród ofert,  Cbad - cena badanej oferty. |
| 2 | **Doświadczenie wykonawcy** | **20 pkt.** | Punkty przyznawane za liczbę zrealizowanych zamówień o podobnym zakresie w ciągu ostatnich 3 lat.   * 5 i więcej wdrożeń - 20 pkt * 3-4 wdrożenia - 15 pkt * 1-2 wdrożenia - 5 pkt * brak - 0 pkt |
| 3 | **Warunki gwarancji i rękojmi** | **20 pkt.** | Ocenie podlega łączny okres gwarancji i rękojmi wyrażony w miesiącach:   * 48 miesięcy lub więcej - 20 pkt * 36-47 miesięcy - 15 pkt * 25-35 miesięcy - 10 pkt * poniżej 25 miesięcy - 0 pkt |

1. **Tabela zgodności**

Tabela zgodności powinna zostać wypełniona przez Oferenta w celu wykazania zgodności oferowanych urządzeń z minimalnymi wymaganiami określonymi przez Zamawiającego.

Oferent zobowiązany jest do:

* uzupełnienia kolumny **„Zgodność”** poprzez jednoznaczne wskazanie:
  + **„TAK”** - gdy oferowany parametr jest zgodny z wymaganiem,
  + **„NIE”** - gdy nie jest zgodny,
  + **„DOPUSZCZONY”** - gdy parametr różni się od wymaganego, ale został zaakceptowany przez Zamawiającego.
* W przypadku zaznaczenia opcji **„DOPUSZCZONY”**, Oferent jest zobowiązany do uzupełnienia kolumny **„Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego”**, wskazując podstawę dopuszczenia (np. zgoda Zamawiającego wyrażona  
  w odpowiedzi na pytanie opublikowane w ramach postępowania na platformie  
  e-Zamówienia).

**Brak uzupełnienia tabeli zgodnie z powyższymi zasadami może skutkować odrzuceniem oferty jako niezgodnej z wymaganiami Zamawiającego.**

# WYKAZ ZGODNOŚCI OFEROWANYCH PARAMETRÓW Z WYMAGANIAMI OKREŚLONYMI PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO

1. **Nazwa urządzenia:** Aparat do elektrokoagulacji

**Lokalizacja dostawy i montażu:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 1

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Sterowanie | Sterowane mikroprocesorem, wyposażonym w technologicznie elementy i obwody, w tym mikrokontrolery LSI, który informuje o ewentualnych problemach lub o przekroczeniu  zalecanej mocy pracy podczas cięcia lub koagulacji. |  |  |
| 5 | Pamięć ustawień | Zapamiętują ostatnio stosowane ustawienia, dzięki czemu po ponownym uruchomieniu diatermii  lub po zmianie trybu pracy możliwe jest przywołanie  poprzednio stosowanych parametrów. |  |  |
| 6 | Regulacja głośności | Możliwość regulowania głośności sygnalizacji pracy diatermii chirurgicznej. |  |  |
| 7 | Aktywacja urządzenia | Aktywacja urządzenia może być dokonana za pomocą przycisków na uchwycie lub pedałem  nożnym, który jest na wyposażeniu diatermii. |  |  |
| 8 | Sterowanie urządzeniem przez użytkownika | Sterowanie urządzeniem może odbywać się z panelu przedniego urządzenia lub za pomocą  przycisków na uchwycie roboczym. |  |  |
| 9 | Możliwość użycia elektrod | Możliwe jest użycie zarówno pojedynczej elektrody biernej, jak i elektrod dzielonych,  przeznaczonych do kontroli jakości kontaktu ze skórą pacjenta w czasie interwencji chirurgicznej. |  |  |
| 10 | Koagulacja | Koagulacja: temperatura od 60 do 70ºC w obszarze wokół elektrody aktywnej powodują powolne nagrzewanie płynu wewnątrzkomórkowego; woda w komórkach paruje, uzyskujemy efekt koagulacji i zatrzymania  przepływu krwi. |  |  |
| 11 | Wyposażenie | Wielorazowy uchwyt elektrod z przełącznikami - 1 sztuka, komplet elektrod monopolarnych (10 sztuk), kabel elektrod neutralnych - 1 sztuka,  stalowa elektroda neutralna - 1 sztuka, sterownik nożny - 1 sztuka, elektroda nóż prosty 7 cm - 3 sztuki, elektroda igłowa prosta o długości 7 cm - 3 sztuki,  elektroda kulowa Ø 4 mm i długości 6 cm - 3 sztuki,  elektroda bierna gumowa dzielona jednorazowa - 3 sztuki, przewód bipolarny 3 m. |  |  |
| 12 | Programy | CUT (cięcie gładkie), BLEND (cięcie z koagulacją), FORCED COAG (koagulacja forsowna), SOFT COAG (koagulacja miękka), BIPOLAR (koagulacja bipolarna). |  |  |
| 13 |  | Aparat o mocy do 200 W włącznie. |  |  |
| 14 | Maksymalna moc wyjściowa CUT | 200 W → 250 Ω. |  |  |
| 15 | Maksymalna moc wyjściowa BLEND | 120 W → 200 Ω. |  |  |
| 16 | Maksymalna moc wyjściowa FORCED COAG | 150 W → 150 Ω. |  |  |
| 17 | Maksymalna moc wyjściowa SOFT COAG | 90 W → 100 Ω. |  |  |
| 18 | Maksymalna moc wyjściowa  BIPOLAR | 80 W → 100 Ω. |  |  |
| 19 | Częstotliwość pracy | 600 kHz. |  |  |
| 20 | Rodzaj elektrody | Bierna. |  |  |
| 21 | Moc do wyboru | 115230 Vac. |  |  |
| 22 | Częstotliwość sieci | 5060 Hz. |  |  |
| 23 | Maksymalny pobór mocy | 350 VA. |  |  |
| 24 | Waga | Do 6 kg włącznie. |  |  |

1. **Nazwa urządzenia:** Ligator hemoroidalny

**Lokalizacja dostawy i montażu:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 1

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Przeznaczenie | Ligator hemoroidalny używany do gumkowania hamoroidów metodą Barrona. |  |  |
| 5 | Rodzaj | Ssący z końcówką stożkową co najmniej 10 mm skierowaną do dołu. |  |  |
| 6 | Materiał wykonania | Medyczna stal nierdzewna. |  |  |
| 7 | Pozostałe | Regulacja nacisku. |  |  |

1. **Nazwa urządzenia:** Lampa bezcieniowa

**Lokalizacja dostawy i montażu:** Rejonowa Przychodnia Lekarska w Bochni, ul. Wojska Polskiego 7, 32-700 Bochnia

**Liczba sztuk:** 1

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Rodzaj | Lampa bezcieniowa zabiegowo diagnostyczna LED z zawiesiem ściennym. |  |  |
| 5 | Źródło światła | Minimum 5 projektorów LED (15 diod LED). |  |  |
| 6 | Średnica kopuły świetlnej | Minimum 215 mm. |  |  |
| 7 | Temperatura barwowa | 5000 K. |  |  |
| 8 | Natężenie światła | Dla odległości 0,5 m – min. 120 000 lux. Dla odległości 0,8 m – min. 80 000 lux. Dla odległości 1,0 m - min. 60 000 lux. |  |  |
| 9 | Wykonanie | Z lekkiego stopu aluminium. |  |  |
| 10 | Waga lampy | Do 8 kg włącznie. |  |  |
| 11 | Średnica plamy świetlnej | Dla 1,0 m - 17 cm (+/- 10%), w tym zakresie pełna iluminacja światła. |  |  |
| 12 | Żywotność pracy diod | Do 50 000 godz. |  |  |
| 13 | Pozostałe | Płynna, bezdotykowa regulacja natężenia światła w zakresie od 10% do 100%. |  |  |

1. **Nazwa urządzenia:** Detektor wykrywania żył

**Lokalizacja dostawy i montażu:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 1

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Rodzaj | Urządzenie wykrywające żyły za pomocą światła podczerwonego, a następnie wyświetlające  ten obraz na powierzchni skóry. |  |  |
| 5 | Zasilanie | Dedykowana ładowarka (z kablem sieciowym) lub stacja dokująca (z kablem sieciowym)  umożliwiająca naładowanie akumulatora skanera. |  |  |
| 6 | Praca urządzenia | Urządzenie przystosowane do pracy ciągłej. |  |  |
| 7 | Tryby uśpienia  urządzenia | Tryb uśpienia urządzenia, zapewniający wydłużoną żywotność projektora. |  |  |
| 8 | Projekcja obrazu | Na powierzchni skóry. |  |  |
| 9 | Rozdzielczość obrazu | Minimum 856 x 480 pikseli. |  |  |
| 10 | Rozmiary wyświetlanego obrazu | Minimum 3 do wyboru. |  |  |
| 11 | Możliwość regulowania jasności  wyświetlanego obrazu | Minimum 3 poziomy jasności. |  |  |
| 12 | Długość fali światła  podczerwonego | 850 nm +/- 5%. |  |  |
| 13 | Długość fali światła  widzialnego | 530 nm +/- 5%. |  |  |
| 14 | Stojak | Mobilny (statyw jezdny), kompatybilny z oferowanym skanerem żył, z wysięgnikiem typu „gęsia szyja” na min. 5 kołach z min. 2 hamulcami. |  |  |
| 15 | Zasilanie | Wbudowany akumulator. |  |  |
| 16 | Czas pracy na zasilaniu | Do 5 godzin. |  |  |
| 17 | Czas ładowania akumulatora | Do 4 godzin. |  |  |
| 18 | Masa urządzenia | Do 0,5 kg +/- 10%. |  |  |
| 19 | Wymiary | 60 x 60 240 mm +/- 5%. |  |  |
| 20 | Pozostałe | Tryb inwersji obrazu.  Urządzenie emitujące sygnały dźwiękowe.  Alarm niskiego poziomu naładowania baterii. |  |  |

# Wykaz zrealizowanych dostaw przez Oferenta

1. **Wykaz zrealizowanych dostaw przez oferenta**

| **Lp.** | **Przedmiot dostawy** | **Odbiorca (nazwa i adres)** | **Data wykonania (od - do)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Zakres wykonanych czynności** | **Dokument potwierdzający należyte wykonanie** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

Na potwierdzenie należytego wykonania zrealizowanych dostaw przez Oferenta dopuszcza się przedłożenie faktury wystawionej przez Oferenta oraz dokumentu potwierdzającego dokonanie zapłaty przez Zamawiającego (np. potwierdzenia przelewu, wyciągu bankowego lub innego równoważnego dokumentu) pod warunkiem, że wartość dostarczonego(ych) urządzenia(ń) rodzajowo tożsamego(ych) z przedmiotem niniejszego zamówienia, wynikająca z przedłożonej przez Oferenta faktury, wyniosła nie mniej niż 5 000,00 zł brutto.

1. **Oferowana wartość realizacji zamówienia publicznego**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe oferuję realizację zamówienia publicznego  
nr **CM5/117/25/ZP** dla części nr **11** za całkowitą kwotę:

**………… zł netto, ………… zł brutto**.

Ponadto udzielam gwarancji / rękojmi na wszystkie zakupione urządzenia na okres **………… miesięcy**.

1. **Wykaz załączników wymaganych i dodatkowych scalonych z ofertą**

* Skan(y) dokumentu(ów) potwierdzającego(ych) należyte wykonanie zamówień - jako środki dowodowe.
* Certyfikat(y) i/lub norma(y) - jako środki dowodowe.

1. **Sposób podpisania i złożenia oferty**

* Wykonawca składając ofertę, zobowiązany jest do podpisania wszystkich dokumentów wchodzących w skład oferty kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) oraz ustawy  
  z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej  
  (Dz.U.z 2023 r. poz. 1975 z późn. zm.).
* Dokumenty składające się na ofertę, w tym formularz ofertowy, wykazy, oświadczenia, referencje, pełnomocnictwa oraz inne wymagane załączniki, powinny zostać zapisane  
  w formacie PDF, a następnie połączone w jeden plik obejmujący całą ofertę.
* Oferta wraz ze wszystkimi załącznikami musi zostać scalona w jeden plik PDF oraz odpowiednio podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy.
* W przypadku złożenia pliku niescalonego, niepodpisanego lub podpisanego w sposób niezgodny z wymaganiami, Zamawiający zastrzega sobie prawo do odrzucenia takiej oferty na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 6 ustawy Prawo zamówień publicznych.
* Plik PDF zawierający ofertę i załączniki powinien być nazwany zgodnie ze schematem: „Oferta\_CzescX\_[nazwa\_wykonawcy].pdf”, gdzie „X” oznacza numer części zamówienia, na którą składana jest oferta, a „[nazwa\_wykonawcy]” to skrócona nazwa Wykonawcy.

1. **Sposób podpisania i złożenia oferty**
2. **Oferta\_CzescX\_[nazwa\_wykonawcy].pdf** **- co to oznacza?**

* **„Oferta”** - początek nazwy pliku, wskazujący na zawartość (oferta przetargowa).
* **„CzescX”** - numer części zamówienia, na którą składana jest oferta (np. Czesc1, Czesc2 itd.).
* **„[nazwa\_wykonawcy]”** - skrócona nazwa firmy wykonawcy, wpisana bez znaków specjalnych  
  (np. bez polskich znaków, spacji, kropek, znaków „&” itp.).
* **„.pdf”** - rozszerzenie pliku, wskazujące format (Portable Document Format).

**Przykład:**

*Oferta\_Czesc11\_ABC\_Sp\_z\_o\_o.pdf*

1. **Wymogi nazewnictwa plików w systemach operacyjnych**

Żeby plik działał prawidłowo w każdym systemie operacyjnym (Windows, macOS, Linux, systemy zamawiających), trzeba pamiętać:

**Co jest dozwolone i bezpieczne:**

* **litery (A-Z, a-z),**
* **cyfry (0-9),**
* **znak podkreślenia \_,**

**Uwaga**:

***Nie wolno*** używać:

* polskich znaków (ą, ć, ł, ń, ó, ś, ź, ż),
* spacji ( ),
* znaków specjalnych (/, , :, \*, ?, ", <, >, |, &, %, $, itp.),
* kropek w nazwie pliku (oprócz tej jednej przed „pdf”).

System Windows, a także platformy wykorzystywane przez Zamawiającego, **mogą odrzucić** lub źle odczytać pliki z błędami w nazwie!

1. **Jak zamienić nazwę wykonawcy?**

Jeżeli firma nazywa się np. „Zakład Usług Komunalnych Sp. z o.o.” to nazwa pliku powinna być uproszczona, np.:

*Oferta\_Czesc11\_ZUK\_Sp\_z\_o\_o.pdf*

lub w jeszcze bardziej czytelnej formie:

*Oferta\_Czesc11\_ZUK.pdf*

*Nie wpisuj „Sp. z o.o.” pełnymi polskimi znakami, żeby uniknąć błędów.*