*załącznik nr 2.1*

Nazwa firmy (wykonawcy): ................................................. ………..………… dnia …………....

Adres wykonawcy: ...............................................................

Województwo: ......................................................................

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

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

numer telefonu i faksu wykonawcy wraz z numerem kierunkowym

# OFERTA

# DLA PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ IM. ANGELUSA SILESIUSA

# W WAŁBRZYCHU NA

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym, dotyczącym zadania **„Dostawa wyposażenia pracowni umiejętności pielęgniarskich”** przedkładając niniejszą ofertę **na zadanie nr 1 – Łóżka** oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania oraz informujemy, że akceptujemy
w całości wszystkie warunki zawarte w dokumentacji przetargowej, jako wyłączną podstawę postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia opisanego w **Zadaniu nr 1 – Łóżka** za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L.P.** | **Nazwa** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Podatek****VAT%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Łóżeczko dziecięce rehabilitacyjne** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **2** | **Łóżko szpitalne rehabilitacyjne** |  | **4** |  | **..…%** |  |
| **3** | **Łóżko rehabilitacyjne** |  | **2** |  | **..…%** |  |
| **4** | **Szafka przyłóżkowa** |  | **6** |  | **…..%** |  |
| **5** | **Stolik do przewijania niemowląt** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **6** | **Łóżeczko szpitalne noworodkowe** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **Łączna wartość brutto** |  |

słownie złotych brutto: .......................................................................................................................................................

1. Oferujemy …………. miesięczny termin gwarancji na każdy z przedmiotów.
2. Zobowiązujemy się do wykonywania przedmiotu zamówienia w terminie do 60 dni kalendarzowych licząc od dnia następnego po podpisaniu umowy.
3. Oświadczamy, że następujący zakres przedmiotu zamówienia powierzymy podwykonawcom: ……………………………………………………………………………………………………….
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz zmianami treści SIWZ, pytaniami i odpowiedziami udzielonymi przez Zamawiającego o ile takie wystąpiły.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich brzmienia.
6. Oświadczam(-y), że nie zalegam(-y) z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.
7. Oświadczam(-y), że zdobyłem (-liśmy) wszelkie informacje, które były potrzebne do przygotowania oferty oraz, że wyceniłem wszystkie prace i elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy, są one zgodne z wymaganiami Zamawiającego.
8. Oświadczam(-y), że .................................................................................................nie jest w stanie likwidacji (nazwa Firmy)
9. Oświadczam(-y), że urzędujący członkowie władz firmy, nie byli prawomocnie skazani za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych oraz, że nie wszczęto wobec nich postępowania o popełnienie przestępstw, o których mowa powyżej.
10. Oświadczam(-y), że uważam(-y) się za związanego (-nych) ofertą przez 30 dni od terminu składania ofert, wyznaczonego przez Zamawiającego.
11. Oświadczam(-y), że w przypadku wygrania postępowania przetargowego zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
12. Oświadczam(-y), że jestem(-y) / nie jestem(-y) płatnikiem podatku od towaru i usług VAT. Nasz numer identyfikacyjny NIP ..........................................................

 **Załączniki do oferty** ( zgodnie z instrukcją dla wykonawcy):

1. ...........................................................................................................
2. ...........................................................................................................
3. ...........................................................................................................
4. ............................................................................................................

 ......................................, dnia .....................................2016 r.

 ………………………………………………

 podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

*załącznik nr 2.2*

Nazwa firmy (wykonawcy): ................................................. ………..………… dnia …………....

Adres wykonawcy: ...............................................................

Województwo: ......................................................................

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

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

numer telefonu i faksu wykonawcy wraz z numerem kierunkowym

# OFERTA

# DLA PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ IM. ANGELUSA SILESIUSA

# W WAŁBRZYCHU NA

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym, dotyczącym zadania **„Dostawa wyposażenia pracowni umiejętności pielęgniarskich”** przedkładając niniejszą ofertę **na zadanie nr 2 –Fantomy** oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania oraz informujemy, że akceptujemy
w całości wszystkie warunki zawarte w dokumentacji przetargowej, jako wyłączną podstawę postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia opisanego w **Zadaniu nr 2 –Fantomy** za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L.P. L.P.** | **Nazwa** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Podatek****VAT%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Manekin pielęgnacyjny dwupłciowy** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **2** | **Fantom do badań fizykalnych, tors** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **3** | **Fantom noworodka do pielęgnacji i podstawowej opieki medycznej – chłopiec** |  | **2** |  | **..…%** |  |
| **4** | **Fantom noworodka do pielęgnacji i podstawowej opieki medycznej - dziewczynka** |  | **2** |  | **…..%** |  |
| **5** | **Fantom niemowlęcia do podstawowej opieki medycznej - chłopiec** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **6** | **Fantom niemowlęcia do podstawowej opieki medycznej - dziewczynka** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **7** | **Fantom dziecka do resuscytacji** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **8** | **Fantom noworodka do resuscytacji** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **9** | **Model główki noworodka do kaniulacji naczyń żylnych** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **10** | **Fantom niemowlęcia z możliwością kaniulacji naczyń obwodowych** |  | **1** |  | **…..%** |  |
| **11** | **Ramię do nauki wstrzyknięć dożylnych** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **12** | **Symulator wstrzyknięć śródskórnych i domięśniowych** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **13** | **Fantom pośladków do nauki iniekcji domięśniowych** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **14** | **Model do cewnikowania pęcherza męski** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **15** | **Model do cewnikowania pęcherza żeński** |  | **1** |  | **…..%** |  |
| **16** | **Zestaw do pozoracji ran** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **17** | **Model piersi do samobadania** |  | **1** |  | **…..%** |  |
| **18** | **Model zmian odleżynowych** |  | **1** |  | **…..%** |  |
| **Łączna wartość brutto** |  |

słownie złotych brutto.........................................................................................................................................................

1. Oferujemy …………. miesięczny termin gwarancji na każdy z przedmiotów.
2. Zobowiązujemy się do wykonywania przedmiotu zamówienia w terminie do 60 dni kalendarzowych licząc od dnia następnego po podpisaniu umowy.
3. Oświadczamy, że następujący zakres przedmiotu zamówienia powierzymy podwykonawcom: ……………………………………………………………………………………………………….
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz zmianami treści SIWZ, pytaniami i odpowiedziami udzielonymi przez Zamawiającego o ile takie wystąpiły.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich brzmienia.
6. Oświadczam(-y), że nie zalegam(-y) z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.
7. Oświadczam(-y), że zdobyłem (-liśmy) wszelkie informacje, które były potrzebne do przygotowania oferty oraz, że wyceniłem wszystkie prace i elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy, są one zgodne z wymaganiami Zamawiającego.
8. Oświadczam(-y), że .................................................................................................nie jest w stanie likwidacji.

 (nazwa Firmy)

1. Oświadczam(-y), że urzędujący członkowie władz firmy, nie byli prawomocnie skazani za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych oraz, że nie wszczęto wobec nich postępowania o popełnienie przestępstw, o których mowa powyżej.
2. Oświadczam(-y), że uważam(-y) się za związanego (-nych) ofertą przez 30 dni od terminu składania ofert, wyznaczonego przez Zamawiającego.
3. Oświadczam(-y), że w przypadku wygrania postępowania przetargowego zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam(-y), że jestem(-y) / nie jestem(-y) płatnikiem podatku od towaru i usług VAT. Nasz numer identyfikacyjny NIP ..........................................................

 **Załączniki do oferty** ( zgodnie z instrukcją dla wykonawcy):

1. ...........................................................................................................
2. ...........................................................................................................
3. ...........................................................................................................
4. ............................................................................................................

 ......................................, dnia .....................................2016 r.

 ………………………………………………

 podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

*załącznik nr 2.3*

Nazwa firmy (wykonawcy): ................................................. ………..………… dnia …………....

Adres wykonawcy: ...............................................................

Województwo: ......................................................................

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

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

numer telefonu i faksu wykonawcy wraz z numerem kierunkowym

# OFERTA

# DLA PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ IM. ANGELUSA SILESIUSA

# W WAŁBRZYCHU NA

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym, dotyczącym zadania **„Dostawa wyposażenia pracowni umiejętności pielęgniarskich”** przedkładając niniejszą ofertę **na zadanie nr 3 –Sprzęt** oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania oraz informujemy, że akceptujemy
w całości wszystkie warunki zawarte w dokumentacji przetargowej, jako wyłączną podstawę postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia opisanego w **Zadaniu nr 3 –Sprzęt** za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L.P. L.P.** | **Nazwa** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Podatek****VAT%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Aparat EKG** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **2** | **Lampa solux** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **3** | **Lampa bakteriobójcza** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **4** | **Pulsoksymetr** |  | **1** |  | **…..%** |  |
| **5** | **Laryngoskop** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **6** | **Ciśnieniomierz** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **7** | **Glukometr** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **8** | **Termometr bezdotykowy** |  | **4** |  | **..…%** |  |
| **9** | **Wózek inwalidzki** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **10** | **Ssak elektryczny** |  | **1** |  | **…..%** |  |
| **11** | **Pompa infuzyjna** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **12** | **Inhalator** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **13** | **Waga lekarska** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **14** | **Waga noworodkowa** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **15** | **Strzykawka dwuczęściowa, op. 100szt. : 5 ml** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **16** | **Strzykawka dwuczęściowa, op. 100szt. : 10 ml** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **17** | **Cewnik urologiczny typu Nelaton CH-12** |  | **100** |  | **..…%** |  |
| **18** | **Wenflon biały G-17 1,5x45** |  | **100** |  | **..…%** |  |
| **19** | **Nożyczki chirurgiczne, proste O/O 14 cm** |  | **10** |  | **..…%** |  |
| **20** | **Nożyczki do zdejmowania szwów SPENCER 13 cm** |  | **10** |  | **..…%** |  |
| **21** | **Nożyczki do opatrunków 14 cm** |  | **10** |  | **..…%** |  |
| **22** | **Uchwyt do skalpela nr 4 10 cm** |  | **10** |  | **..…%** |  |
| **23** | **Ostrza chirurgiczne jałowe j.u. nr 24 op. 100 szt** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **24** | **Cewnik Foley** |  | **5** |  | **..…%** |  |
| **25** | **Podstawowy zestaw do cewnikowania** |  | **10** |  | **..…%** |  |
| **Łączna wartość brutto** |  |

słownie złotych brutto:........................................................................................................................................................

1. Oferujemy …………. miesięczny termin gwarancji na każdy z przedmiotów z wyłączeniem pozycji od 15 do 25.
2. Zobowiązujemy się do wykonywania przedmiotu zamówienia w terminie do 60 dni kalendarzowych licząc od dnia następnego po podpisaniu umowy.
3. Oświadczamy, że następujący zakres przedmiotu zamówienia powierzymy podwykonawcom: ……………………………………………………………………………………………………….
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz zmianami treści SIWZ, pytaniami i odpowiedziami udzielonymi przez Zamawiającego o ile takie wystąpiły.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich brzmienia.
6. Oświadczam(-y), że nie zalegam(-y) z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.
7. Oświadczam(-y), że zdobyłem (-liśmy) wszelkie informacje, które były potrzebne do przygotowania oferty oraz, że wyceniłem wszystkie prace i elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy, są one zgodne z wymaganiami Zamawiającego.
8. Oświadczam(-y), że .................................................................................................nie jest w stanie likwidacji.

 (nazwa Firmy)

1. Oświadczam(-y), że urzędujący członkowie władz firmy, nie byli prawomocnie skazani za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych oraz, że nie wszczęto wobec nich postępowania o popełnienie przestępstw, o których mowa powyżej.
2. Oświadczam(-y), że uważam(-y) się za związanego (-nych) ofertą przez 30 dni od terminu składania ofert, wyznaczonego przez Zamawiającego.
3. Oświadczam(-y), że w przypadku wygrania postępowania przetargowego zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam(-y), że jestem(-y) / nie jestem(-y) płatnikiem podatku od towaru i usług VAT. Nasz numer identyfikacyjny NIP ..........................................................

 **Załączniki do oferty** ( zgodnie z instrukcją dla wykonawcy):

1. ...........................................................................................................
2. ...........................................................................................................
3. ...........................................................................................................
4. ............................................................................................................

 ......................................, dnia .....................................2016 r.

 ………………………………………………

 podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

*załącznik nr 2.4*

Nazwa firmy (wykonawcy): ................................................. ………..………… dnia …………....

Adres wykonawcy: ...............................................................

Województwo: ......................................................................

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

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

numer telefonu i faksu wykonawcy wraz z numerem kierunkowym

# OFERTA

# DLA PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ IM. ANGELUSA SILESIUSA

# W WAŁBRZYCHU NA

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym, dotyczącym zadania **„Dostawa wyposażenia pracowni umiejętności pielęgniarskich”** przedkładając niniejszą ofertę **na zadanie nr 4 –Meble** oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania oraz informujemy, że akceptujemy
w całości wszystkie warunki zawarte w dokumentacji przetargowej, jako wyłączną podstawę postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia opisanego w **Zadaniu nr 4 –Meble** za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L.P. L.P.** | **Nazwa** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Podatek****VAT%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Szafa lekarska dwudrzwiowa z szufladami** |  | **3** |  | **..…%** |  |
| **2** | **Szafka lekarska** |  | **3** |  | **..…%** |  |
| **3** | **Szafka lekarska stojąca** |  | **7** |  | **..…%** |  |
| **4** | **Szafa stojąca** |  | **3** |  | **…..%** |  |
| **5** | **Szafka ze zlewozmywakiem** |  | **3** |  | **..…%** |  |
| **6** | **Parawan teleskopowy mobilny** |  | **1** |  | **..…%** |  |
| **7** | **Stojak kroplówki** |  | **2** |  | **..…%** |  |
| **Łączna wartość brutto** |  |

słownie złotych brutto:........................................................................................................................................................

1. Oferujemy …………. miesięczny termin gwarancji na każdy z przedmiotów.
2. Zobowiązujemy się do wykonywania przedmiotu zamówienia w terminie do 60 dni kalendarzowych licząc od dnia następnego po podpisaniu umowy.
3. Oświadczamy, że następujący zakres przedmiotu zamówienia powierzymy podwykonawcom: ……………………………………………………………………………………………………….
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz zmianami treści SIWZ, pytaniami i odpowiedziami udzielonymi przez Zamawiającego o ile takie wystąpiły.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich brzmienia.
6. Oświadczam(-y), że nie zalegam(-y) z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.
7. Oświadczam(-y), że zdobyłem (-liśmy) wszelkie informacje, które były potrzebne do przygotowania oferty oraz, że wyceniłem wszystkie prace i elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy, są one zgodne z wymaganiami Zamawiającego.
8. Oświadczam(-y), że .................................................................................................nie jest w stanie likwidacji.

 (nazwa Firmy)

1. Oświadczam(-y), że urzędujący członkowie władz firmy, nie byli prawomocnie skazani za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych oraz, że nie wszczęto wobec nich postępowania o popełnienie przestępstw, o których mowa powyżej.
2. Oświadczam(-y), że uważam(-y) się za związanego (-nych) ofertą przez 30 dni od terminu składania ofert, wyznaczonego przez Zamawiającego.
3. Oświadczam(-y), że w przypadku wygrania postępowania przetargowego zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam(-y), że jestem(-y) / nie jestem(-y) płatnikiem podatku od towaru i usług VAT. Nasz numer identyfikacyjny NIP ..........................................................

 **Załączniki do oferty** ( zgodnie z instrukcją dla wykonawcy):

1. ...........................................................................................................
2. ...........................................................................................................
3. ...........................................................................................................
4. ............................................................................................................

 ......................................, dnia .....................................2016 r.

 ………………………………………………

 podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

*załącznik nr 3.1A*

**ŁÓŻECZKO DZIECIĘCE REHABILITACYJNE**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
|  | Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym w kolorze RAL 9016 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
|  | Leże łóżka dwusegmentowe | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
|  | Segmenty wypełnione metalową siatką | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w opuszczane poręcze boczne z blokadami uniemożliwiającymi przypadkowe otwarcie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametryTAK \*/ NIE\* |
|  | Regulacja wysokości poręczy bocznych w zakresie 915-1315mm+/- 20 mm | Regulacja wysokości poręczy bocznych w zakresie …………………………………………………….. |
| 6. | Pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga | Oferowany produkt spełnia wymagane parametryTAK \*/ NIE\* |
| 7. | Regulacja leża systemem zaczepowym | Oferowany produkt spełnia wymagane parametryTAK \*/ NIE\* |
| 8. | Krążki odbojowe | Oferowany produkt spełnia wymagane parametryTAK \*/ NIE\* |
| 9. | Materac | Oferowany produkt spełnia wymagane parametryTAK \*/ NIE\* |
| 10. | Długość całkowita 1600mm +/- 10mm | Długość całkowita …………………….. |
| 11. | Szerokość całkowita 765mm +/- 10mm | Szerokość całkowita ………………………………….. |
| 12. | Wysokość leża od podłogi regulowana w zakresie 505-805mm +/-10mm | Wysokość leża od podłogi regulowana w zakresie………………………………………………… |
| 13. | Wysokość całkowita 1500mm +/- 10mmn | Wysokość całkowita …………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.1B*

**ŁÓŻKO SZPITALNE REHABILITACYJNE**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 4 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Leże łóżka czterosegmentowe z regulacją segmentów oraz wysokości przy pomocy siłowników elektrycznych sterowanych pilotem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Regulacja segmentu podudzia mechanizmem zapadkowym | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Elektryczna funkcja Trendelenburga i anty-Trendelenburga | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Blokada kół parami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Szczyty łóżka chromowane szybkoodejmowane w przypadku reanimacji pacjenta (bez użycia narzędzi) wypełnione płytą laminowaną w kolorze białym | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Autoregresja segmentu oparcia pleców | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Autokontur | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Tuleje do mocowania wysięgnika lub statywu kroplówki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry T AK \*/ NIE\* |
| 9. | Statyw kroplówki przy dwóch łóżkach Uchwyt ręki chromowany przy dwóch łóżkach | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry T AK \*/ NIE\* |
| 10. | Komplet barierek bocznych chromowanych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry T AK \*/ NIE\* |
| 11. | Krążki odbojowe | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Segmenty leża wypełnione metalową siatką montowaną na stałe | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Materac przeciwodleżynowy paroprzepuszczalny 3 segmentowy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Szerokość całkowita 1030mm +/- 10mm | Szerokość całkowita ………………………………….. |
| 15. | Długość całkowita 2110mm +/- 10mm | Długość całkowita ………………………….………….. |
| 16. | Regulacja wysokości w zakresie 410-810mm +/- 10mm | Regulacja wysokości w zakresie ……… …………………. |
| 17. | Regulacja segmentu pleców w zakresie 0-70o | Regulacja segmentu pleców w zakresie ………………… |
| 18. | Regulacja segmentu uda w zakresie 0-45o | Regulacja segmentu uda w zakresie ……………………. |
| 19. | Regulacja segmentu podudzia w zakresie 0-45o | Regulacja segmentu podudzia w zakresie …………….. |
| 20. | Kąt przechyłu Trendelenburga 0-12o anty-Trendelenburga 0-12o | Kąt przechyłu Trendelenburga …………………………..anty-Trendelenburga ……………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.1C*

**ŁÓŻKO REHABILITACYJNE**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 2 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Obudowa łóżka z drewna i płyty meblowej w komplecie z drewnianymi poręczami kolor buk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Łóżko pozbawione zewnętrznej ramy co ułatwia pacjentowi wchodzenie i schodzenie z łóżka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Leże łóżka czterosegmentowe | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Regulacja segmentów pleców i uda oraz regulacja wysokości elektryczna | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Regulacja segmentu podudzia za pomocą mechanizmu zapadkowego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Segmenty wypełnione metalową siatką | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Indywidualna blokada jazdy i obrotuczterech kół jezdnych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Tuleje do mocowania wysięgnika i statywu kroplówki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry T AK \*/ NIE\* |
| 9. | Statyw kroplówki przy jednym łóżku Uchwyt ręki chromowany przy jednym łóżku | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry T AK \*/ NIE |
| 10. | Materac przeciwodleżynowy paroprzepuszczalny 3 segmentowy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry T AK \*/ NIE\* |
| 11. | Obciążenie do 165kg lub więcej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry T AK \*/ NIE\* |
| 12. | Długość całkowita 2080mm +/- 10mm | Długość całkowita …………………………….………. |
| 13. | Szerokość całkowita 940mm +/- 10mm | Szerokość całkowita …………………..……………… |
| 14. | Kąt odchylenia oparcia pleców 0-70o | Kąt odchylenia oparcia pleców ……………………….. |
| 15. | -Kąt odchylenia segmentu uda 0-35o | -Kąt odchylenia segmentu uda ……………………….. |
| 16. | Regulacja wysokości 400-800mm +/- 10 mm | Regulacja wysokości …………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.1D*

**SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 6 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Konstrukcja szafki z blachy stalowej malowanej proszkowo na kolor RAL 9016 - biały | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Szafka wyposażona w szufladę na prowadnicach rolkowych, oraz drzwiczki zamykane zatrzaskiem magnetycznym | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Drzwi szafki i szuflada malowane na kolor RAL 7035 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Szafka wyposażona w cztery kółka niebrudzące powierzchni, z czego dwa z hamulcami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Powierzchnia odporna na działanie środków dezynfekcyjnych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Blat szafki z płyty meblowej kolor jasny popiel | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Szerokość 430mm +/- 10mm | Szerokość ……………………………….. |
| 8. | Głębokość 430mm +/- 10mm | Głębokość ……………………………… |
| 9. | Wysokość 800mm +/- 10mm | Wysokość ………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.1E*

**STOLIK DO PRZEWIJANIA NIEMOWLĄT**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych porytych białym lakierem proszkowym w kolorze RAL 9016 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Leże wykonane z płyty meblowej tapicerowane skajem z podwyższonymi boczkami w kolorze popiel | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Stolik wyposażony w stopki niebrudzące powierzchni bądź w stopki regulujące | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Wysokość 765mm+/- 10 mm | Wysokość ……………………………….. |
| 5. | Szerokość 1000mm+/- 10 mm | Szerokość ………………………………… |
| 6. | Głębokość 700mm+/- 10 mm | Głębokość ………………………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.1F*

**ŁÓŻECZKO SZPITALNE NOWORODKOWE**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Konstrukcja umożliwia najechanie nad łóżko matki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Konstrukcja z rurek ze stali kwasoodpornej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Kojec wykonany z przezroczystego tworzywa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Kojec wyposażony w miękki, tapicerowany materacyk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Specjalny uchwyt umożliwia ustawienie kojca w pozycji Trendelenburga | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Podstawa wyposażona w cztery kółka, w tym dwa z blokadą | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Wymiary zewnętrzne całkowite [mm]: 710 x 465 x 950 [dł x szer x wys] +/- 10 mm | Wymiary zewnętrzne całkowite [mm]: ……………………………………………………….. |
| 8. | Wymiary wewnętrzne kojca [mm]: 660 x 420 x 230 [dł x szer x wys] +/- 10 mm | Wymiary wewnętrzne kojca [mm]: …………………………………….………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2A*

**MANEKIN PIELĘGNACYJNY DWUPŁCIOWY**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Symulacja mycia włosów i twarzy (włosy w formie odlewu) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Mycie oczu i uszu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Pielęgnacja jamy ustnej i sztucznej szczęki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Intubacja dotchawicza | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Odsysanie śliny, | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Podawanie tlenu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Karmienie przez usta i nos | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Płukanie żołądka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Główne organy wewnątrz klatki piersiowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Wkłucia dożylne i pobieranie krwi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Wkłucia domięśniowe w mięsień naramienny, udo i pośladek | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Nakłucie klatki piersiowej, jamy brzusznej, wątroby, doszpikowe i lędźwiowe | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Lewatywa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet i mężczyzn | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 15. | Płukanie pęcherza moczowego u kobiet i mężczyzn | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 16. | Pielęgnacja stomii | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 17. | Główne organy jamy brzusznej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 18. | Realistyczny zakres ruchów kończyn | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 19. | Urazy do pielęgnacji i opatrywania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 20. | Kompleksowa opieka pielęgniarska: mycie ciała gąbką, przebieranie. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 21. | Wielkość zbliżona do wzrostu dorosłego człowieka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2B*

**FANTOM DO BADAŃ FIZYKALNYCH, TORS**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Pozwala na osłuchiwanie dźwięków serca oraz płuc przez stetoskop, w poprzek klatki piersiowej i pleców | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Posiada do wyboru 12 tonów serca do osłuchiwania w 4 miejscach oraz 10 szmerów oddechowych w 9 miejscach | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Posiada tors pokryty czujnikami ukrytymi pod skórą | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Posiada wirtualny stetoskop z różnymi dźwiękami serca i płuc. Poprzez zewnętrzny głośnik pozwala słyszeć innym co słyszy osoba ćwicząca. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2C*

**FANTOM NOWORODKA DO PIELĘGNACJI I PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
 – CHŁOPIEC**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 2 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Umożliwia on naukę ubierania, rozbierania, mycia i przewijania noworodka.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Model posiada ruchome stawy i lekko otwarte oczy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Waga 2 kg +/- 0,3kg | Waga ………………….. |
| 4. | Długość 50 cm +/- 2 cm | Długość ………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2D*

**FANTOM NOWORODKA DO PIELĘGNACJI I PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
 – DZIEWCZYNKA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 2 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Umożliwia on naukę ubierania, rozbierania, mycia i przewijania noworodka.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Model posiada ruchome stawy i lekko otwarte oczy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Waga 2 kg +/- 0,3kg | Waga ………………….. |
| 4. | Długość 50 cm +/- 2 cm | Długość ………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2E*

**FANTOM NIEMOWLĘCIA DO PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
 – CHŁOPIEC**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Model odpowiada rozmiarom 6 tygodniowego niemowlęcia | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Przystosowany do nauki kąpania w ciepłej wodzie  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Lalka posiada ruchome stawy rąk i nóg. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Waga 3 kg +/- 0,3 kg | Waga ………………….. |
| 5. | Wymiary: długość 56 cm +/- 2 cm.,  | Długość ………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2F*

**FANTOM NIEMOWLĘCIA DO PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
 – DZIEWCZYNKA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Model odpowiada rozmiarom 6 tygodniowego niemowlęcia | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Przystosowany do nauki kąpania w ciepłej wodzie  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Lalka posiada ruchome stawy rąk i nóg. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Waga 3 kg +/- 0,3 kg | Waga ………………….. |
| 5. | Wymiary: długość 56 cm +/- 2 cm.,  | Długość ………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2G*

**FANTOM DZIECKA DO RESUSCYTACJI**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Fantom do resuscytacji krążeniowo oddechowej wykonany z miękkiego tworzywa sztucznego o wyglądzie trzyletniego dziecka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Manekin, pofałdowany, wypełniony pianką bez części wewnętrznych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Anatomiczne punkty orientacyjne | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Łatwa do wymiany część nosowo-ustna | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Jednokierunkowe drogi oddechowe z zaworem zwrotnym | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Torba ochronna | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Części wymienne: maski twarzowe 10 szt. drogi oddechowe – 24 szt. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | wymiary 86 x 28 x 18 +/- 5 cm | Wymiary ……………………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2H*

**FANTOM NOWORODKA DO RESUSCYTACJI**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Model odpowiada dziecku do jednego roku życia.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Naturalny wydech przez usta i nos może być wyczuwalny i słyszalny | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Zgodna z anatomią budowa manekina pozwala ocenić prawidłowy punkt nacisku. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Drogi oddechowe są otwarte wyłącznie po prawidłowym odchyleniu głowy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Prawidłowe anatomicznie ruchy pozwalają na kontrolę podczas wentylacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Nieprawidłowa wentylacja powoduje unoszenie się żołądka. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Symulacja obecności ciał obcych i obstrukcji dróg oddechowych. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Głowa może być jednocześnie odchylana i obracana. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Puls symulowany na przedramieniu  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Zawartość: 5 części twarzowych, 100 worków na powietrze | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Torba transportowa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2I*

**MODEL GŁÓWKI NOWORODKA DO KANIULACJI NACZYŃ ŻYLNYCH**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Model służy do demonstracji i ćwiczenia infuzji i iniekcji do żyły skroniowej i szyjnej od noworodka do 12 miesięcznego niemowlęcia.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Szyja wykonana z miękkiej, elastycznej pianki zapewniającej realistyczne odczucie przy palpacji i nakłuciach. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Głowa (wyobrażenie 6 miesięcznego niemowlęcia) ze skórą i żyłami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Worek na płyny | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | 2 igły różnych rozmiarów do infuzji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Sztuczna krew | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Twarda walizka ochronna | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2J*

FANTOM NIEMOWLĘCIA Z MOŻLIWOŚCIĄ KANIULACJI NACZYŃ OBWODOWYCH

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Model bez lateksowy wyposażony w pępowinę ze specjalnym zaworkiem.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\*\* |
| 2. | Pod skórą na głowie, na prawym i lewym ramieniu oraz na prawej nodze wymienne niebieskie żyłki.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Żyły wykonane z niezawierającego lateksu materiału. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Fantom zawiera żyły: skroniową, zewnętrzną szyjną, uszną tylną, odłokciową, odpromieniową, odpiszczelową oraz podkolanową. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Podczas wkłucia, wyczuwalny moment przekłucia żyły oraz widoczny realistyczny wypływ sztucznej krwi potwierdzający prawidłowość umieszczenia igły. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Model umożliwia trening standardowych dostępów dożylnych oraz przez cewnik centralny wprowadzony z dostępu obwodowego (PICC), ich zabezpieczania, opatrywania i pielęgnacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Kikut pępowiny z zaworkiem z możliwością cewnikowania pępowiny. Wypływ sztucznej krwi jest potwierdzeniem prawidłowości umieszczenia cewnika w naczyniach pępkowych. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Otwory nosowe oraz ustne umożliwiają umieszczenie kaniuli nosowej, zgłębnika nosowo-żołądkowego do symulacji żywienia i odsysania treści oraz zabezpieczania i opatrywania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Możliwość zakładania rurek intubacyjnych i do karmienia | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Standardowe wkłucia dożylne w wielu miejscach w celu pobrania krwi lub podania leku, | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Torba na płyny z przewodami,  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Sztuczna krew, pielucha | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Walizka transportowa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Waga 1,8kg +/- 0,3 kg | Waga ……………………………… |
| 15. | Długość 40,6cm +/- 2 cm | Długość …………………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2K*

**RAMIĘ DO NAUKI WSRZYKNIĘĆ DOŻYLNYCH**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Model wykonany z materiału silikonowego do treningu: iniekcji dożylnych, zakładania wenflonów , prawidłowego nakłuwania żył obwodowych do pobierania krwi. Nakłucia można wykonać w żyłach: odłokciowej, odpromieniowej, żyle łokciowej pośrodkowej, sieci żylnej grzbietowej ręki. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| W skład zestawu wchodzą: |
| 2. | ramię do wstrzyknięć,  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | system przewodów gumowych z dwoma zatyczkami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | stojak z dwoma nastawnymi hakami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | butelki plastikowe z wieszaczkami do substytutów krwi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | proszek do sporządzania substytutów krwi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | zestaw infuzji z filtrem powietrza | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | igła zew. poboru krwi, strzykawka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | plastikowy pojemnik do opróżniania przewodów gumowych, talk. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Wymiary: 74 x 19 x 14 cm +/- 2 cm |  |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2L*

**SYMULATOR WSTRZYKNIĘĆ ŚRÓDSKÓRNYCH I DOMIĘŚNIOWYCH**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Symulator wyobrażający prawe ramię człowieka ze wszystkimi palpacyjnie wyczuwalnymi anatomicznymi punktami orientacyjnymi jak wyrostek barkowy łopatki czy kość ramieniowa do praktycznego i obrazowego treningu iniekcji domięśniowych i śródskórnych.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wyposażony w system audio-wizualny przekazujący dane do oceny i korekty takich parametrów zabiegu jak: właściwe lub niewłaściwe wkłucie, kontakt z kością czy niewłaściwe miejsce iniekcji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Skóra modelu realistycznie odtworzona, trwała i łatwo wymienna w przypadku zużycia. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Zapasowa skóra | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Strzykawka 5 ml i igła iniekcyjna. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Wymiary 32 x 14 x 12 cm +/- 2 cm | Wymiary …………………………. |
| 7. | Model zasilany bateriami  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2Ł*

**FANTOM POŚLADKÓW DO NAUKI INIEKCJI DOMIĘŚNIOWYCH**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Symulator przedstawia naturalnej wielkości prawy pośladek człowieka ze wszystkimi ważnymi anatomicznymi punktami orientacyjnymi, takimi jak grzebień biodrowy, kolec biodrowy przedni górny , krętarz większy.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Symulator można przymocować do czyjegoś pośladka lub do fantomu. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Symulator iniekcji domięśniowej wyposażony system audio-wizualny dostarczający na bieżąco informacje o przebiegu zabiegu i popełnianych błędach, np. właściwym lub niewłaściwym wkłuciu (za głębokim lub za płytkim), naruszeniu kości lub nerwu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Dzięki uzyskanym informacjom możliwa jest prawidłowa ocena i korekta zabiegu. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Strzykawka 5 ml, igła iniekcyjna | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Wymiary: 30 x 30x 12 cm +/- 2 cm | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2M*

**MODEL DO CEWNIKOWANIA PĘCHERZA - MĘSKI**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Symulator przedstawia pełne męskie podbrzusze z narządem płciowym do praktycznej nauki cewnikowania.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Prawidłowo anatomicznie odtworzone części drogi moczowej (fałd błony śluzowej, opuszka cewki, zwieracz cewki nerkowej i pęcherz) wymagające odpowiedniego nacisku i stawiające naturalny opór przy wprowadzaniu cewnika. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Po prawidłowym wprowadzeniu cewnika wypływa z niego woda. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Model wyposażony w: cewnik, środek smarujący i twardą walizkę transportową | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Waga 6 kg +/- 0,5 kg | Waga: …………………………. |
| 6. | Wymiary 43 x 25 x 30.5 cm +/- 3 cm | Wymiary: ………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2N*

**MODEL DO CEWNIKOWANIA PĘCHERZA - ŻEŃSKI**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Symulator przedstawia pełne żeńskie podbrzusze z narządem płciowym do praktycznej nauki cewnikowania. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Prawidłowo anatomicznie odtworzone części drogi moczowej (cewka nerkowa, pęcherz, warga sromowa, łechtaczka, otwór cewki moczowej i wejście do pochwy) wymagają odpowiedniego nacisku i stawiają naturalny opór przy wprowadzaniu cewnika | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Po prawidłowym wprowadzeniu cewnika wypływa z niego woda. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Model wyposażony w: cewnik, środek smarujący i twardą walizkę transportową | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Waga 11 kg +/- 0,5 kg | Waga: …………………………. |
| 6. | Wymiary 61 x 40 x 33 cm +/- 3 cm | Wymiary: ………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2O*

**ZESTAW DO POZORACJI RAN**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Za pomocą zestawu różnorodnych szminek oraz ran do naklejania i nakładania możliwe jest pozorowanie stanu wstrząsu, poparzeń i zranień, mocnego krwawienia oraz zanieczyszczonych ran. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | W celu pokazania strumienia płynącej krwi z krwawiącej rany w zestawie znajdują się pojemniki z tłoczkami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Skład zestawu:* krwawiące otwarte złamania kości barkowej, 2 szt.,
* krwawiące otwarte złamania piszczela 2 szt.
* 60 naklejanych niekrwawiących ran z zestawem do makijażu,
* 1 paleta do makijażu,
* nożyczki,
* lusterko,
* wosk,
* 2 butelki koncentratu sztucznej krwi,
* 3 paczki krwi w proszku, każda na 4,5 litra wody,
* 2 torebki połamanych kawałków pleksi do symulacji ran z udziałem szkła,
* 2 opakowania środka imitującego zabrudzenie,
* ponadto: farbki, olejki, kawałki lateksu i inne akcesoria do zwiększenia wiarygodności rany, całość w praktycznej walizeczce.
 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2P*

**MODEL PIERSI DO SAMOBADANIA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zawiera odwzorowaną lewą i prawą pierś kobiecą z obszarem pachowym przymocowane do części piersiowej korpusu manekina.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Lewa pierś zawiera 6 guzków o różnych rozmiarach. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Prawa pierś zawiera 4 guzki przedstawiające różne typy patologii | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Piersi mocowane są do korpusu za pomocom rzepów. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Miękka torba przenośna w zestawie. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Waga 9 kg +/- 0,5 kg | Waga: …………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.2R*

**MODEL ZMIAN ODLEŻYNOWYCH**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Model pośladków ze zmianami odleżynowymi I, II i III stopnia.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Model umożliwia praktyczny trening czynności oczyszczania, dezynfekcji i bandażowania zmian odleżynowych. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Wymiary 24 x 37 x 9 cm +/- 2 cm | Wymiary ……………………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3A*

**APARAT EKG**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wydruk w trybie 1 lub 3 przebiegów EKG | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Graficzne menu wyświetlane na ekranie umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Pamięć ostatniego badania automatycznego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Wykonanie do 60 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Moduł automatycznej analizy i interpretacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Detekcja stymulatora serca | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Automatyczna detekcja zespołów QRS | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Filtr zakłóceń sieciowych: 50 Hz, 60 Hz | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 15. | Filtr zakłóceń mięśniowych: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 16. | Filtr izolinii: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 17. | Detekcja odpięcia elektrody niezależna dla każdej elektrody | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 18. | Wybór dowolnego kanału do detekcji częstości akcji serca | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 19. | Grubość wydruku linii krzywych EKG do wyboru: normalna lub pogrubiona | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 20. | Prezentacja krzywych w układzie standardowym lub Cabrera | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 21. | Menu w języku polskim  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 22. | Badanie automatyczne z wydrukiem danych pacjenta i danych gabinetu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 23. | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 24. | Wymiary (D x S x W): 255 x 195 x 69 mm +/- 20 mm | Wymiary……………………………. |
| 25. | Waga: < 1,3 kg | Waga ………………………………. |
| 26. | Wyposażenie * kabel EKG KEKG 30
* elektrody przyssawkowe EPP , elektrody kończynowe klipsowe EKK
* żel EKG 250g
* papier EKG RB1 - 1 rolka
* walizka
 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3B*

**LAMPA SOLUX**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Promiennik IR-1 375 W | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Zasilanie 230 V, 50 Hz | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Chłodzenie – wymuszone | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Gęstość mocy promieniowania ≥0,3W/cm2 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Odległości naświetlań: bez filtrów 40-50cm, z filtrami 10-30cm  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Mocowanie: statyw z podstawą jezdną i hamulcem  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Okulary ochronne operatora | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Okulary ochronne pacjenta | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Filtr czerwony | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Filtr niebieski | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Siatka zabezpieczająca  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Certyfikat CE 1451 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 13. | wymiary: 155x42x16 cm +/- 5 cm | Wymiary …………………………….. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3C*

**LAMPA BAKTERIOBÓJCZA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Element emitujący | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Promieniowanie UV-C: TUV15W  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Natężenie promieniowania UV-C w odległości 1 m : 0,9 W / m2 | Natężenie promieniowania UV-C w odległości 1 m : ……………… W / m2 |
| 5. | Trwałość promiennika : 8000 h | Trwałość promiennika : ………………. h |
| 6. | Dezynfekowana powierzchnia: 6-8 m2 | Dezynfekowana powierzchnia: ………… m2 |
| 7. | Obrót lampy (możliwość ustawienia) kąta naświetlenia: 270 ° | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Klasa zabezpieczenia ppor.: I  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Typ obudowy : IP 20  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Rodzaj pracy: ciągła  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Wymiary kopuły: 465 x 85 x 135 mm +/- 2 cm | Wymiary kopuły ………………………… |
| 12. | Wysokość statywu: 1800 mm +/- 5 cm | Wysokość statywu: ……………………….. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3D*

**PULSOKSYMETR**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Pomiar saturacji tlenu i tętna u dorosłych i dzieci powyżej 5 roku życia.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Podświetlany wyświetlacz | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Obsługa jednym przyciskiem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Automatyczne wyłączenie po zakończeniu pomiaru | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Monitorowanie SpO2 (saturacji tlenu)  w zakresie 50-99% | Monitorowanie SpO2 (saturacji tlenu)  w zakresie …………………………% |
| 6. | Pomiar tętna w zakresie 30- 240 uderzeń | Pomiar tętna w zakresie ………………… |
| 7. | Wskaźnik perfuzji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Alarm dźwiękowy i wizualny | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Wskaźnik stopnia naładowania baterii | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Zasilany bateriami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3E*

**LARYNGOSKOP**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zestaw z oświetleniem standardowym 2,7V w twardym futerale.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | W zestawie 3 łyżki MacIntosh rozm. 2, 3, 4 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Rękojeść bateryjna typu C | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3F*

**CIŚNIENIOMIERZ**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zintegrowany ciśnieniomierz mechaniczny | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Manometr pokryty tworzywem odpornym na uderzenia  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Czytelna skala odczytu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Stetoskop zintegrowany z mankietem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Regulowany mankiet w zakresie 25-36 cm  | Regulowany mankiet w zakresie …………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3G*

**GLUKOMETR**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Czytelny wyświetlacz – dobrze widoczne wyniki pomiarów | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Automatyczne wykrywanie elektrod wkładanego paska i automatyczne uruchomienie glukometru | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Czas pomiaru - 15 sekund lub krócej | Czas pomiaru ……………….. |
| 4. | Funkcja ostrzeżenia ketonowego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Skalibrowany do osocza krwi: wyświetlane wyniki odpowiadają stężeniu glukozy w osoczu krwi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Zakres pomiaru stężenia glukozy: 20 -600 mg/dL | Zakres pomiaru stężenia glukozy: …………………… mg/dL |
| 7. | Pamięć 450 pomiarów z datą i godziną oraz wartości średnie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Możliwość transmisji danych do komputera | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | W zestawie:* urządzenie do pobierania próbek krwi (nakłuwacz – autolancet),
* 10 sterylnych ostrzy do nakłuwacza,
* płyny kontrolne
* etui
 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3H*

**TERMOMETR BEZDOTYKOWY**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 4 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Pomiar w 1 sekundę | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Dokładny pomiar z odległości do 10 cm | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Dwie skale pomiarowe °C/°F | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Podświetlany wyświetlacz LCD | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Automatyczne wyłączanie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Alarm gorączki (możliwość wyłączenia sygnału) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Przeznaczony do pomiarów temperatury ciała oraz temperatury otoczenia | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3I*

**WÓZEK INWALIDZKI**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wózek inwalidzki wykonany z aluminium | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Testowany dla obciążenia do 120kg | Testowany dla obciążenia do …………kg |
| 3. | Uchylne, miękkie podłokietniki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Składany, podwójny krzyżak | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Koła tylne pneumatyczne, szybkozłącze | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Koła przednie skrętne, pełne, PU | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Regulowane i uchylne podnóżki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Waga nie więcej niż 15 kg | Waga ……………………………….. |
| 9. | Szerokość 65 cm | Szerokość …………………………… |
| 10. | Średnica koła: 60 cm | Średnica koła ………………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3J*

**SSAK ELEKTRYCZNY**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Możliwość zasilania z: wewnętrznego akumulatora oraz z sieci ~230V  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Elektroniczny system zarządzania energią, który monitoruje stan naładowania akumulatora oraz ładuje go podczas pracy z sieci ~230V | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Sygnalizacja kiedy ssak korzysta z akumulatora oraz stan jego naładowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Butla min. 1 litr z zaworem przelewowym | Butla. ………. litr z zaworem przelewowym |
| 5. | Moc- 50VA | Moc ……………………………………. |
| 6. | Podciśnienie- -75 kPa | Podciśnienie …………………………… |
| 7. | Przepływ maksymalny- 16 l/min | Przepływ ………………………………. |
| 8. | Czas pracy z baterii- min 60 minut, | Czas pracy z baterii ……………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3K*

**POMPA INFUZYJNA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Pompa jednostrzykawkowa z systemem programowania  dawki z możliwością ustawiania: prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu lub objętości i czasu.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Praca ze strzykawkami 10-60 ml z automatycznym rozpoznawaniem rozmiaru strzykawki, tryb pracy „standard” umożliwiający programowanie w jednostkach objętościowych, tryb pracy „anaste” umożliwiający programowanie w jednostkach wagowych. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Pompa winna posiadać:·  funkcję bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS, ·  wielostopniowy pomiar okluzji z funkcją (ABS) ·  rozbudowany system alarmów ·  wbudowaną biblioteka leków ·  wbudowany system testów ·  komunikację RS232 ·  historię zdarzeń dostępną z pulpitu pompy i w postaci pliku XML ·  możliwość długotrwałej pracy z akumulatora  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Prędkość dozowania: nastawiana co 0,1 ml/h 0,1 ÷ 2000 ml/h dla strzykawki 50 ml0,1 ÷ 1200 ml/h dla strzykawki 30 ml0,1 ÷ 1000 ml/h dla strzykawki 20 ml0,1 ÷ 600 ml/h dla strzykawki 10 ml | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Objętość infuzji: 0,1 ÷ 1000 ml, ustawiana co 0,1 ml | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Maksymalna prędkość dozowania dawki uderzeniowej (bolus): nastawiana co 0,1 ml/hdo 2000 ml/h dla strzykawki 50 mldo 1200 ml/h dla strzykawki 30 mldo 1000 ml/h dla strzykawki 20 mldo 600 ml/h dla strzykawki 10 ml | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Jednostki programowania infuzji: ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Dawka początkowa: do objętości strzykawki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Koncentracja leku: 0,1 ÷  9999 µg/ml, mg/ml | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Waga pacjenta: do 300 kg | Waga pacjenta: do ……………………….. |
| 11. | Czas infuzji: maks. 99 godz. 59 min. 59 sek. | Czas infuzji: maks………………………… |
| 12. | Prędkość KVO: 0 ÷ 5 ml, programowana co 0,1 ml/h | Prędkość KVO: …÷ …… ml, programowana co ……… ml/h |
| 13. | Dokładność dozowania: ± 2% (wg wymagań normy PN-EN 60601-2-24) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Programowane ciśnienie okluzji - 9 poziomów: 40 ÷ 120 kPa co 10 kPa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 15. | Typy strzykawek: 10, 20, 30, 50/60 ml | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 16. | Zasilanie: 240 VAC, 50/60 Hz lub 12 - 15 VDC | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 17. | Pobór mocy: maks. 10 VA | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 18. | Akumulator wewnętrzny: NiMh 1300 mAh | Akumulator wewnętrzny: ……………mAh |
| 19. | Czas pracy z akumulatora: min 20 h przy prędkości 5 ml/h. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 20. | Czas ładowania akumulatora: nie dłużej niż 24 h | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 21. | Klasa ochronności: I, typ CF, IP42, odporność na defibrylację | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 22. | Wymiary (s x g x w):320 x 182 x 142 mm +/- 30 mm | Wymiary: ……………………………. |
| 23. | Warunki pracy urządzenia: od + 5 °C do + 40 °C | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 24. | Interfejs: RS 232 C 9600 Bd | Wymiary……………………………. |
| 25. | Gniazdo alarmu zewnętrznego: 24 V, 1 A | Waga ………………………………. |
| 26. | Wyświetlacz: LCD duży, czytelny, dwuwierszowy, 2 x 16 znaków | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

 *załącznik nr 3.3L*

**INHALATOR**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Maksymalne ciśnienie: 2,5 Bar | Maksymalne ciśnienie:……………………. |
| 2. | Regulacja ciśnienia pracy: od 1,3 Bar do 2,5 Bar | Regulacja ciśnienia pracy………………….. |
| 3. | Maksymalny przepływ: 16L/min | Maksymalny przepływ:……………………. |
| 4. | Przepływ roboczy: 5,2L/min | Przepływ roboczy:………………………… |
| 5. | Tryb pracy: praca ciągła | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Rozpylanie: 0,50 ml/min (0,9% NaCl) | Rozpylanie:………………………………… |
| 7. | Waga nie więcej niż 2,5kg | Waga ……………………………………… |
| 8. | Wymiary: 255x190x165 mm +/- 50 mm | Wymiary………………………………….. |
| 9. | Zasilanie: 230V/50Hz | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3Ł*

**WAGA LEKARSKA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Waga zalegalizowana do celów medycznych wg klasy III  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Możliwość przemieszczania wagi dzięki wbudowanym kółkom transportowym  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Wyświetlacz z możliwością obracania od strony pacjenta lub lekarza/pielęgniarki.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Wzrostomierz 75-200 cm | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Funkcja BMI do podstawowej oceny stanu odżywienia pacjenta  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Obciążenie maksymalne 200 kg | Obciążenie maksymalne………………..kg |
| 7. | Działka elementarna 100 g < 150 kg > 200 g  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Zakres TARA 200 kg  | Zakres TARA ……………………….. ...kg |
| 9. | Funkcje TARA, HOLD, BMI, automatyczne wyłączanie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Wymiary platformy (szer. x głęb.) 272 x 280 mm +/- 20 mm | Wymiary platformy ………………………. |
| 11. | Wysokość odczytu ok. 820 mm +/- 50 mm | Wysokość odczytu ………………………. |
| 12. | Masa własna nie więcej niż 8 kg  | Masa własna ………………………….. kg |
| 13. | Znak zgodności CE 0109  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Wyrób medyczny zgodnie z dyrektywą 93/42/EWG klasa I | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3M*

**WAGA NOWORODKOWA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Ściągana szalka do ważenia dzieci w pozycji stojącej lub leżącej. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Obciążenie maksymalne 20 kg | Obciążenie maksymalne…………………… |
| 3. | Działka elementarna 10 g < 10 kg > 20 g | Działka elementarna …………………..….. |
| 4. | Zakres TARA 20 kg | Zakres TARA ……………….. kg |
| 5. | Wymiary (szer. x wys. x głęb.) 552 x 156 x 332 mm | Wymiary……………………………. |
| 6. | Wyświetlacz LCD  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Masa własna ok. 2.5 kg | Masa własna …………………… |
| 8. | Zasilanie baterie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Kolor biały | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Znak zgodności CE 0109 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Wyrób medyczny zgodnie z dyrektywą 93/42/EWG klasa I | Wysokość odczytu ………………………. |
| 12. | Urządzenie medyczne zgodne z normami bezpieczeństwa (zielony przycisk na urządzeniu) IEC 60601-1 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Funkcje TARA, HOLD, BMIF | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Automatyczne wyłączanie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3N*

**STRZYKAWKA DWUCZĘŚCIOWA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 op.(100 szt.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Pojemność 5 ml | Pojemność ………….. ml |
| 2. | Korpus strzykawki - polipropylen | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Tłok strzykawki – polietylen | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Zbieżność stożka LUER 6:100 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Podwójna kryza ograniczająca wysuwanie się tłoka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Podziałka skali wycechowana w milimetrach | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3O*

**STRZYKAWKA DWUCZĘŚCIOWA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 op.(100 szt.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Pojemność 10 ml | Pojemność ………….. ml |
| 2. | Korpus strzykawki - polipropylen | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Tłok strzykawki – polietylen | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Zbieżność stożka LUER 6:100 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Podwójna kryza ograniczająca wysuwanie się tłoka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Podziałka skali wycechowana w milimetrach | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3P*

**CEWNIK UROLOGICZNY TYPU NELATON CH-12**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 100 szt..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Jednorazowego użytku, jałowy, niepirogenny, nietoksyczny. Wykonany z PVC. Sterylizowany tlenkiem etylenu. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Długość: 440mm | Długość ………………. mm |
| 3. | Końcówka łącznika – żeńska, oznaczony kolorem w zależności od rozmiaru | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Opakowanie - folia- papier zapewniające wysoki stopień ochrony przed utratą sterylności | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Końcówka zakończona owalnym kształtem w celu łatwego wprowadzania cewnika i polepszenia komfortu pacjenta | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Otwory boczne owalne(duże) rozmieszczone względem siebie naprzemianlegle | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3R*

**WENFLON**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 100 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wykonanie: z dodatkowym portem oraz skrzydełkami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Zastosowanie: wlewy dożylne | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Materiał igły: stal nierdzewna | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Materiał cewnika FEP | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Linia RTG TAK – 2 linie na całej długości cewnika | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Kolory oznaczenia kolorów zgodnie z ISO | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Nakładka zabezpieczająca: wykonana z polipropylenu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Metoda sterylizacji: tlenek etylenu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Okres przydatności do użycia: 5 lat | Okres przydatności do użycia: ………….. lat |
| 10. | Toksyczność: nie toksyczne, niepyrogenne | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Łącznik Luer Lock | Wysokość odczytu ………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3S*

**NOŻYCZKI CHIRURGICZNE PROSTE**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 10szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wykonany z wysokostopowej stali chirurgicznej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Rodzaj: ostro-ostre (O/O) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Kształt: proste | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Rozmiar: 14cm | Rozmiar: ………….cm |
| 5. | Użytkowanie: wielorazowego użytku, | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Produkt niejałowy (możliwość poddawania wielokrotnemu procesowi sterylizacji). | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Znak CE | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3T*

**NOŻYCZKI DO ZDEJMOWANIA SZWÓW**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 10 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wykonany z wysokostopowej stali chirurgiczne | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Typ: SPENCER (do zdejmowania szwów), | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Rozmiar: 13 cm, | Rozmiar: ………….cm  |
| 4. | Wielorazowego użytku, | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Produkt niejałowy (możliwość poddawania wielokrotnemu procesowi sterylizacji). | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Posiadają znak CE | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3U*

**NOŻYCZKI DO OPARTUNKÓW**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 10 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wykonany z wysokostopowej stali chirurgiczne | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Typ: LISTER (do opatrunków), | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Rozmiar: 14 cm, | Rozmiar: ………….cm  |
| 4. | Wielorazowego użytku, | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Produkt niejałowy (możliwość poddawania wielokrotnemu procesowi sterylizacji). | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Posiadają znak CE | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3W*

**UCHWYT DO SKALPELA NR 4**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 10 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wykonany z wysokostopowej stali chirurgicznej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Może być poddawany wielokrotnemu procesowi sterylizacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Uchwyt: rączka + trzonek | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\*  |
| 4. | Długość: 10 cm. | Rozmiar: ………….cm |
| 5. | Posiada znak CE | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3X*

**OSTRZE JAŁOWE CHIRURGICZNE**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 1 op. (100 szt.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Ostrze nr 24 | Ostrze nr …………. |
| 2. | Jałowe, jednorazowe. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Zaokrąglone i naostrzone wzdłuż głównej krawędzi.  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\*  |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3Y*

**CEWNIK FOLEY**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 5 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Cewnik wewnętrzny silikonowy 100% | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | 2-drożny z balonem, zaworem Luer | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Jałowy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\*  |
| 4. | Rozmiar: CH-1 | Rozmiar: …………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.3Z*

**PODSTAWOWY ZESTAW DO CEWNIKOWANIA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 10 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Tupfery (kule) 17-nitkowe, 20x20cm 6szt | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Serweta z laminatu foliowo-bibułowego, 50x60cm 1szt | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Serweta z laminatu foliowo-bibułowego z nacięciem i otworem o średnicy 5cm, 50x50cm, 1szt | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\*  |
| 4. | Rękawice lateksowe, niepudrowane M 2szt | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
|  | Pęseta plastikowa 1szt | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.4A*

**SZAFA LEKARSKA DWUDRZWIOWA Z SZUFLADAMI**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 3 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, lakierowany proszkowo na kolor RAL 9006 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanejkolor biały np. U8681 – struktura gładka - półpołysk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Nóżki wysokości 10 mm, z możliwością wypoziomowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | W części górnej drzwi przeszklone - szkło bezpieczne o grubości 4 mm, osadzone w ramie z anodowanego aluminium | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | W części dolnej cztery szuflady o wysokości 11,5 cm +/- 2 cm | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Uchwyty do szuflad i drzwi w kolorze stelaży | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Zamek do drzwi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Wymiary: 900 x 550 x 1950[dł x szer x wys]+/-20mm | Wymiary …………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.4B*

**SZAFA LEKARSKA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 3 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, lakierowany proszkowo na kolor RAL 9006 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanejkolor biały np. U8681 – struktura gładka - półpołysk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Nóżki wysokości 10 mm, z możliwością wypoziomowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | W części górnej drzwi przeszklone - szkło bezpieczne o grubości 4 mm, osadzone w ramie z anodowanego aluminium | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Uchwyty do szuflad i drzwi w kolorze stelaży | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Zamek do drzwi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Wymiary: 510 x 550 x 1950[dł x szer x wys]+/-20mm | Wymiary …………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.4C*

**SZAFA LEKARSKA STOJĄCA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 7 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Szafka przyścienna trzykomorowa. Dwie skrajne komory zamknięte drzwiami, w środku półka. Środkowa komora wyposażona w trzy szuflady. Blat wyposażony w listwę przyścienną. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL 9006 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej kolor biały np. U8681 – struktura gładka - półpołysk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Blat roboczy z płyty meblowej typu postforming o grubości minimum 28 mm, laminowanej wysokociśnieniowym HPL kolor jasny popiel (nawiązujący do koloru stelaży) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Nóżki o wysokości 10 mm z możliwością poziomowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Uchwyty do szuflad i drzwi w kolorze stelaży | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Wymiary : 1340 x 550 x 860(dł x szer x wys) +/- 20 mm | Wymiary: …………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.4D*

**SZAFA STOJĄCA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 3 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Szafa lekarska dwudrzwiowa dzielona na górę i dół z drzwiami pełnymi wyposażona w trzy półki w części górnej, jedną w części dolnej. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL 9006 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej kolor biały np. U8681 – struktura gładka - półpołysk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Nóżki wysokości 10 mm, z możliwością wypoziomowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Wymiary: 900 x 550 x 1950dł x szer x wys +/- 20 mm | Wymiary ………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.4E*

**SZAFKA ZE ZLEWOZMYWAKIEM**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 3 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Szafka stojąca przyścienna pod zlewozmywak. Wyposażona w zlewozmywak dwukomorowy z baterią łokciową i syfonem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL 9006 | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej kolor biały np. U8681 – struktura gładka - półpołysk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Nóżki wysokości 10 mm, z możliwością wypoziomowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Wymiary: 800 x 550 x 860dł x szer x wys +/- 20 mm | Wymiary ………………………………. |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.4F*

**PARAWAN TELESKOPOWY MOBILNY**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 2 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wysięgnik ze stali kwasoodpornej, składający się z dopasowanych do siebie, nierozłącznych i wysuwanych teleskopowo czterech elementów rurowych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Mocowanie wysięgnika na podstawie jezdnej wykonanej ze kwasoodpornej  | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Zasłonka płócienne w kolorzebiałym | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Regulacja wysokości w zakresie: 150-170 cm | Regulacja wysokości w zakresie:…………………………………. |
| 5. | Długość w stanie złożonym: 700 mm +/- 20 mm | Długość w stanie złożonym………………………………… |
| 6. | Długość w stanie rozłożonym: 2000 mm +/- 20 mm | Długość w stanie rozłożonym……………………………… |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 3.4G*

**STOJAK DO KROPLÓWKI**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:……………………………………...

ILOŚĆ: 2 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWYOPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Głowica i kolumna ze stali kwasoodpornej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Podstawa aluminiowa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Regulacja wysokości w zakresie: 1400-2000 mm | Regulacja wysokości w zakresie………………………………….. |
| 4. | Podstawa pięcioramienna na kołach w tym dwa z blokadą | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Głowica na 2 haczyki i 2 koszyki na butelki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Uchwyt do prowadzenia | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry TAK \*/ NIE\* |

\* - niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

………………………………………………………

podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez niego

 ......................................,dnia .....................................2016r

*załącznik nr 4*

**Oświadczenie**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

zgodnie z art. 22 ust. 1 z dnia 29 stycznia 2004r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164
z późn. zm.) przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na **„Dostawa wyposażenia pracowni umiejętności pielęgniarskich”** ja niżej podpisany reprezentujący firmę

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

(nazwa wykonawcy)

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

(adres wykonawcy)

jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanej przez mnie firmy oświadczam, że:

1. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadamy wiedzę i doświadczenie do wykonanie zamówienia;
3. dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym osobami oraz środkami umożliwiającymi wykonanie zamówienia;
4. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonaniezamówienia.

 …......................................, dnia …............2016r (miejscowość)

 …………………………………. podpis osoby upoważnionej

*załącznik nr 5*

**Oświadczenie**

**o braku podstaw do wykluczenia z postępowania**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na **„Dostawa wyposażenia pracowni umiejętności pielęgniarskich”** ja niżej podpisany reprezentujący firmę

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

(nazwa wykonawcy)

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

(adres wykonawcy)

jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanej przez mnie firmy **oświadczam, że w brak jest podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 Prawa zamówień publicznych.**

......................................, dnia …............2016 r (miejscowość)

 ………………………………….

podpis osoby upoważnionej

### *załącznik nr 6*

*Nazwa firmy (wykonawcy): …..................*

*Adres wykonawcy: …................................*

 Zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2015 poz. 2164 z póź. zm.) zawartymi w art. 26 ust. 2d:

1. Informuję, że nie należę do żadnej grupy kapitałowej.

2. W związku z przynależnością do grupy kapitałowej przedkładam w załączeniu listę podmiotów należących do tej grupy pod rygorem wykluczenia z postępowania na podstawie art.. 24 b ust. 3 ustawy.\*

 …......................................, dnia …..........2016 (miejscowość)

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

Podpisy osoby upoważnionej