***Załącznik Nr 2 do SWZ. Część 1***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
|  | | |
| 1 | Aparat RTG ramię C | 1 szt. |

1. Zamawiający wymaga dostarczenia w ramach zamówienia fabrycznie nowych urządzeń medycznych (rok produkcji zgodnie z rokiem dostawy). Nie dopuszcza się oferowania urządzeń używanych, rekondycjonowanych oraz demonstracyjnych. Urządzenia medyczne muszą być wolne od wszelkich wad fizycznych (konstrukcyjnych), prawnych oraz wszystkie jego najważniejsze podzespoły m. in. generator, lampa, detektor muszą pochodzić od jednego producenta i tego samego modelu oferowanego aparatu.
2. Zaoferowana aparatura medyczna musi posiadać wymagane świadectwa i certyfikaty oraz oznakowanie przewidziane zapisami Ustawy o Wyrobach Medycznych świadczące o wymaganym dopuszczeniu do stosowania i obrotu na terenie Polski tj. certyfikat CE i deklarację zgodności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych.
3. Zaoferowana aparatura medyczna musi być kompletna i gotowa do użytkowania bez dodatkowych zakupów.
4. Gwarancja – 60 miesięcy od daty protokolarnego odbioru końcowego bez uwag.
5. W okresie gwarancji Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązuje się do:

wykonywania okresowych przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Każdorazowy okresowy przegląd techniczny musi odbyć się w ściśle określonym terminie. Niewykonanie okresowego przeglądu technicznego w wyznaczonym czasie skutkuje wydłużeniem pełnego zakresu gwarancyjnego o jeden miesiąc za każdy dzień zwłoki oraz dodatkowo przysługiwać będzie jedna naprawa, której całkowity koszt będzie po stronie Wykonawcy.

przystąpienie do usunięcia awarii w terminie nie przekraczającym 24 godzin od zgłoszenia przez Zamawiającego. Za przystąpienie do usunięcia awarii Zamawiający uzna działanie Wykonawcy, które ma doprowadzić do usunięcia awarii lub rozpoczęcia diagnozy uszkodzenia w drodze telefonicznego wywiadu technicznego, serwisu zdalnego lub wizyty osobistej pracownika działu serwisu Wykonawcy. Czas usunięcia awarii przez Wykonawcę wynosi 48 godzin od jej zgłoszenia przez Zamawiającego. W przypadku gdy naprawa awarii wymaga sprowadzenia części spoza granic kraju, termin może ulec wydłużeniu, lecz nie dłużej niż do 5 dni roboczych. W przypadku niemożliwości dochowania terminu naprawy Wykonawca obowiązany jest do dostarczenia sprzętu zastępczego, o nie gorszych parametrach niż będący przedmiotem umowy na czas wykonania skutecznej naprawy.

dostarczenia fabrycznie nowego urządzenia w przypadku wystąpienia trzykrotnie tej samej awarii.

przekazania Zamawiającemu, po każdej planowej czynności serwisowej oraz każdej naprawie, raportu serwisowego zawierającego opis wykonanych czynności serwisowych lub opis wykonanej naprawy z określeniem zużytych do naprawy części oraz określeniem czasu trwania naprawy serwisowej lub czynności serwisowej.

1. Po zakończonym okresie gwarancyjny Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu wymaganą dokumentację serwisową wraz z kodami serwisowymi, umożliwiającą wykonanie okresowego przeglądu technicznego zgodnie z zaleceniami producenta.
2. Wszelkie czynności serwisowe muszą być realizowane przez podmiot upoważniony przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności, zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych. W związku z powyższym Wykonawca przy dostawie załączy wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności serwisowych.
3. Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w Taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.
4. Opis oferowanych urządzeń nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o Takich samych parametrach, jaki wymaga Zamawiający lub parametrach lepszych poprzez dokładne wskazanie zaoferowanych parametrów wg punktów wyszczególnionych przez Zamawiającego w zestawieniu wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych.
5. Zamawiający ma prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów techniczno – użytkowych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień do Wykonawcy.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część 1** | | | | | |
| **Aparat RTG ramię C**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………**  **kraj pochodzenia: ……………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
|  | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2024 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Istotne elementy oferowanego aparatu RTG, tj. generator, lampa rentgenowska, wyprodukowane przez tego samego wytwórcę | Tak, załączyć odpowiednie dokumenty |  |  | Bez punktacji |
|  | Spełnienie wymogów obowiązującego prawa, w tym ustawy o wyrobach medycznych oraz prawa atomowego i Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (dla aparatów RTG) | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Generator** | | | | | |
|  | Generator wysokiej częstotliwości o maksymalnej częstotliwości pracy: min. 40 kHz | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Moc generatora RTG: min. 12 [kW] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Fluoroskopia pulsacyjna w zakresie: min. 4p/s – 25p/s | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość w zakresie ≥ 4p/s – 30p/s – 15 pkt.** |
|  | Radiografia cyfrowa | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalne napięcie w trybie fluoroskopii/radiografii: min. 120 [kV] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 125 [kV] – 15 pkt.** |
|  | Maksymalne natężenie prądu dla fluoroskopii pulsacyjnej: min. 115 [mA] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalny prąd dla radiografii cyfrowej: min. 115 [mA] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny dobór parametrów fluoroskopii | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie 230V +/-10% / 50Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Lampa RTG** | | | | | |
|  | Lampa z wirującą anodą typu monoblok (nie dopuszcza się kabli wysokiego napięcia w konstrukcji ramienia C poza monoblokiem) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Lampa min. 2 – ogniskowa | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Szybkość wirowania anody: min.: 2800 [obr/min] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 10 000 [obr/min] – 10 pkt.** |
|  | Wielkość małego ogniska: max. 0,3 [mm] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Wielkość dużego ogniska: max. 0,6 [mm] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≤ 0,5 [mm] – 10 pkt.** |
|  | Całkowita filtracja: min. 5 [mm Al] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 6,9 [mm Al] – 10 pkt.** |
|  | Pojemność cieplna anody: min. 350 [kHU] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Szybkość chłodzenia anody: min. 75 [kHU/ min] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 90 [kHU/ min] – 20 pkt.** |
|  | Pojemność cieplna zespołu lampy/ kołpaka lampy: min. 2 500 [kHU] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Kolimator szczelinowy z rotacją | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Kolimator prostokątny | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Ustawienie kolimatorów z podglądem bez promieniowania | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Celownik laserowy po stronie lampy RTG | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Detektor i tor obrazowania** | | | | | |
|  | Wielkość detektora: min. 30 cm x 30 cm | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Obraz z detektora wyświetlany na monitorach jako prostokątny | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Detektor w technologii CMOS ze scyntylatorem CsI | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Liczba pól obrazowych: min 3 | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość (matryca detektora): min. 1900 pikseli x 1900 pikseli | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Dynamika obrazu z detektora: min. 16 bitów | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa, wyciągana bez użycia narzędzi | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Celownik laserowy po stronie detektora | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Ramię C** **– parametry techniczne** | | | | | |
|  | Głębokość ramienia C (odległość między osią wiązki a wewnętrzną powierzchnią ramienia C): min. 68 [cm] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 70 [cm] – 10 pkt.** |
|  | Odległość między detektorem a lampą RTG: min. 84 [cm] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Wzdłużny ruch ramienia C: min. 20 [cm] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Pionowy ruch ramienia C: min. 43 [cm] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 45 [cm] – 10 pkt.** |
|  | Orbitalny ruch ramienia C: min. 140 [°] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Ruch wokół osi poziomej ramienia C: min. ± 220 [°] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Ruch wokół osi pionowej ramienia C: min. ± 10 [°] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ ± 12 [°] – 10 pkt.** |
|  | Zmotoryzowany ruch ramienia C w pionie | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zabezpieczenie przed najeżdżaniem na leżące przewody | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Blokada kół | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Hamulce ruchów ramienia C: orbitalnego, rotacyjnego, wzdłużnego i obrotu wokół osi pionowej z odpowiadającymi im skalami, oznaczone różnymi kolorami w celu łatwiejszej komunikacji w sali operacyjnej | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Uchwyt przy detektorze do ręcznego manipulowania ramieniem C | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Panel dotykowy kolorowy o rozdzielczości min. 640x480 znajdujący się na wózku ramienia C oraz na wózku monitorowym | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 1200 x 800 – 10 pkt.** |
|  | Przycisk bezpieczeństwa wyłączający natychmiast aparat | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość wózka z ramieniem C: max. 85 [cm] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Waga zespołu ramienia C: max. 370 [kg] | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≤ 364 [cm] – 10 pkt.** |
| 1. **System cyfrowej obróbki obrazu i pamięć** | | | | | |
|  | Pamięć obrazów: min. 200 000 | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość ≥ 300 000 – 10 pkt.** |
|  | Funkcja „LAST IMAGE HOLD” | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie mozaiki obrazów: min. 16 | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Obraz lustrzany | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Obrót obrazu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wzmocnienie krawędzi i redukcja szumów w czasie rzeczywistym | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Pomiar odległości i kątów | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | System wpisywania danych pacjenta | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja nagrywania sekwencji fluoroskopowych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcjonalność pozwalająca użytkownikowi określić obszar zainteresowania, na którym w sposób automatyczny optymalizowane są parametry obrazowania i parametry przetwarzania końcowego, takie jak jasność i kontrast, aby uzyskać najlepszą prezentację wybranego obszaru anatomicznego | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcjonalność wskaźnika celu, która po włączeniu, wyświetla nakładkę z trajektorią pomagającą optymalnie pozycjonować np. druty Kirschnera | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
| 1. **Monitory** | | | | | |
|  | Monitory kolorowe typu TFT: min 2 szt. | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Przekątna ekranu: min. 19" | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalna luminacja monitorów: min. 650 [cd/m2] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Współczynnik kontrastu monitorów: min. 900:1 | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość elektrycznej regulacji wysokości monitorów. Obrót monitorów wokół osi pionowej względem podstawy wózka o min. 230 [°] | Tak, podać/Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Wskaźnik włączonego promieniowania na wózku z monitorami | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wprowadzania danych pacjentów poprzez panel dotykowy na wózku z monitorami i panel na ramieniu C | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie informacji na monitorze głównym o temperaturze lampy RTG oraz kołpaka. | Tak/Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
| 1. **Dokumentacja i archiwizacja** | | | | | |
|  | Interfejs sieciowy DICOM obsługujący funkcje min:   * DICOM Send, * DICOM Storage Commitment, * DICOM Worklist, * MPPS | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany port USB i nagrywarka CD/DVD | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Pojemność dysku twardego: min. 2 [TB] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne dogrywanie na dysk CD/ DVD oraz do pamięci USB przeglądarki DICOM | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Port USB do archiwizacji w formacie DICOM oraz w co najmniej jednym z:   * BMP, * JPG, * TIFF | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Pozostałe wymagania** | | | | | |
|  | Bezprzewodowy przycisk nożny do:   * wyzwalania fluoroskopii/akwizycji oraz * zapisu obrazu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dane charakterystyczne przycisku nożnego:   * zasilanie bateryjne, * wymiana baterii bez konieczności wzywania serwisu oraz bez użycia dodatkowych narzędzi, * brak konieczności parowania przycisku nożnego z systemem po uruchomieniu aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zintegrowany system monitorowania i wyświetlania dawki RTG | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Wyjście DVI do podłączenia zewnętrznego monitora | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zabezpieczenie danych poprzez możliwość szyfrowania dysku twardego, ochrona komputera przed możliwością zainstalowania niechcianego oprogramowania | Tak, podać/Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Zintegrowany lub zewnętrzny UPS podtrzymujący zasilanie komputera z danymi obrazowymi i danymi pacjenta | Tak, podać |  |  | **Zewnętrzny – 0 pkt.**  **Zintegrowany – 10 pkt.** |
|  | Aparat RTG wyposażony w interfejs DICOM, zintegrowany z systemem PACS obowiązującym u Zamawiającego. Zakup licencji po stronie Wykonawcy. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wykonanie testów odbiorczych oraz testów specjalistycznych wszystkich monitorów współpracujących z aparatem po instalacji urządzenia zgodnie z aktualnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (oddzielne protokoły dla testów odbiorczych i specjalistycznych).  Wykonanie testów akceptacyjnych po istotnych naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do wykonania:  - testów specjalistycznych, akceptacyjnych i bezpieczeństwa po instalacji  - pomiaru rozkładu mocy dawki zgodnie z wymogami Sanepidu  - wykonania projektu osłon stałych zgodnie z wymogami prawa w tym zakresie.  - uzyskanie zezwolenia na użytkowanie aparatu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość okresowych przeglądów technicznych | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi, oprogramowania oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie dożywotnich licencji na oprogramowanie/a zainstalowane w urządzeniu, wynikające z opisu przedmiotu zamówienia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenie (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Serwis gwarancyjny, lokalizacja:** | | | | | |
|  | **Pełna nazwa serwisu:** | | | | |
|  | **Adres:** | | | | |
|  | **Telefon:** | | | | |
|  | **e-mail:** | | | | |
|  | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa | *(podać)* | | | |
|  | Wykaz dostawców część zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru | *(podać)* | | | |
|  | Zgłoszenia awarii/ wad/ błędów/ usterek | *(podać)*  *Numer telefonu: ………………………………………………………..,*  *email: ………………………………………………………….…………* | | | |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy***

Wartości podane w rubrykach Parametr/Parametry wymagane stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych, gdzie Wykonawca może wpisać „NIE”, nie otrzymując tym samym punktów).

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*