**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**Zadanie nr 1 – Echo serca aparat przenośny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Echo serca aparat przenośny** |  |  |
| 1. | Masa całkowita aparatu z akumulatorami < 6 kg | Tak |  |
| 2. | W komplecie wózek na aparat wraz z wyposażeniem:- Printer cyfrowy czarno-biały- Uchwyty na min. 2 głowice i żel do usg- Wbudowany zasilacz aparatu- Złącza USB do przyłączenia peryferiów- Możliwość regulacji wysokości pulpitu z zamontowanym aparatem w zakresie min. 25 cm.- Możliwość pracy zestawu aparat + wózek bez zasilania sieciowego przez min. 180 minut w warunkach sali zabiegowej.- Wbudowany replikator portów umożliwiający przyłączenie min. 3 głowic i ich wybór z menu aparatu. | Tak |  |
| 3. | Zasilanie sieciowe 230 V ± 10% 50 Hz. | Tak |  |
| 4. | Monitor aparatu o przekątnej ponad 15” i rozdzielczości 1920x1080, w pełni dotykowy, z wyświetlanym interaktywnym menu umożliwiającym sterowanie funkcjami aparatu i wprowadzanie danych za pomocą dotyku, z obsługą gestów. | Tak |  |
| 5. | Panel operatora wyposażony w sterownik dotykowy (tzw. touchpad), oraz klawisze funkcyjne wyboru podstawowych trybów pracy aparatu. Możliwość dezynfekcji panelu i monitora aparatu za pomocą środków dezynfekcyjnych na bazie alkoholu. | Tak |  |
| 6. | Technologia całkowicie cyfrowa łącznie z układem formowania i przetwarzania wiązki ultradźwiękowej. | Tak |  |
| 7. | Ilość niezależnych kanałów przetwarzania powyżej 900 000. | Tak |  |
| 8. | Dynamika systemu powyżej 250 dB. | Tak |  |
| 9. | Zakres częstotliwości pracy aparatu (dla głowic USG możliwych do zastosowania w aparacie) nie mniejszy niż od 2 MHz do 12 MHz. | Tak |  |
| 10. | Zintegrowany dysk twardy aparatu, typu SSD o pojemności 500 GB. | Tak |  |
| 11. | Nagrywanie i odtwarzanie obrazów dynamicznych (tzw. Cine loop). | Tak |  |
| 12. | Liczba obrazów w „Cine loop” dla prezentacji 2D ≥ 100 000. | Tak |  |
| 13. | Pojemność pamięci dynamicznej – prezentacja doppler spektralny minimum 1000 sek. | Tak |  |
| 14. | Zintegrowany moduł EKG. | Tak |  |
| 15. | System archiwizacji cyfrowej, zintegrowany z aparatem USG, obejmujący m.in.:- Prowadzenie bazy danych pacjentów wraz z przechowywaniem obrazów na zintegrowanym dysku HDD- Możliwość archiwizacja obrazów na przenośnych nośnikach typu USB lub w folderach sieciowych.- Możliwość eksportu obrazów statycznych i pętli obrazowych na nośniki przenośne w formatach min. AVI, JPEG, MPEG, DICOM. | Tak |  |
| 16. | Możliwości przetwarzania obrazów zatrzymanych i zapisanych w archiwum:- Zmiana map B-Mode, M-Mode (koloryzacja)- Zmiana zakresu dynamiki B-Mode- Regulacja prędkości odtwarzania pętli- Regulacja wzmocnienia B-Mode, dopplera kolorowego i dopplera spektralnego- Wyłączenie trybu Dopplera kolorowego na obrazie B-Mode/Doppler Kolorowy- Ustawienie kąta korekcji przepływu dla Dopplera Pulsacyjnego i Ciągłego- Zmiana rozdzielczości czasowej zapisu M-Mode i Dopplera Spektralnego (skala czasu)- Przetworzenie zapisanych pętli B-Mode na zapis M-Mode i anatomiczny M-Mode- Wykonanie wszystkich pomiarów i obliczeń dla badań kardiologicznych w tym: PISA, Qp/Qs, EF. | Tak |  |
|  | **Tryby obrazowania i parametry pomiarowe** |  |  |
| 17. | Tryby obrazowania i prezentacji:- B-Mode (2D) z autooptymalizacją- Obrazowanie harmoniczne z kodowaniem wiązki i inwersją fazy- M-Mode, Color M-Mode, anatomiczny M-Mode- Color Doppler (CD)- Power Doppler (PD)- Doppler pulsacyjny (PWD) z autooptymalizacją spektrum- Doppler fali ciągłej (CWD) na głowicy sektorowej z autooptymalizacją spektrum- Doppler tkankowy spektralny i kolorowy (TVI, TDI)- Obrazowanie przepływów metodą niedopplerowską z możliwością kodowania kolorem- Tryby dupleks/tripleks | Tak |  |
| 18. | Zakres ustawiania głębokości penetracji w trybie B-Mode min. 4 – 30 cm. | Tak |  |
| 19. | Funkcja poszerzenia pola obrazowego przy styku głowicy z ciałem pacjenta przy pracy z głowicą sektorową w celu poprawy wizualizacji koniuszka serca. | Tak |  |
| 20. | Obrazowanie trapezoidalne na głowicach liniowych. | Tak |  |
| 21. | Możliwość powiększania obrazu B-Mode (zoom) min. 8x z możliwością zwiększenia rozdzielczości klatkowej (frame rate). | Tak |  |
| 22. | Prędkość odświeżania obrazu 2D (frame rate) do min. 2500 obrazów/sek. | Tak |  |
| 23. | Prędkość odświeżania obrazu w trybie Color Doppler do min. 500 obrazów /sek. | Tak |  |
| 24. | Prędkość odświeżania obrazu w trybie Dopplera tkankowego kolorowego do min. 700 obrazów /sek. | Tak |  |
| 25. | Maksymalna mierzona prędkość przepływu w trybie PWD min. 6 m/s, dla zerowego kąta korekcji. | Tak |  |
| 26. | Maksymalna mierzona prędkość przepływu w trybie CWD min. 12 m/s, dla zerowego kąta korekcji. | Tak |  |
| 27. | Możliwość obrazowania w trybie podwójnym 2D +2D/CD. | Tak |  |
| 28. | Tryb redukcji szumów i obrazowanie metodą skrzyżowanych ultradźwięków. | Tak |  |
| 29. | Oprogramowanie wraz z pakietem pomiarowo - obliczeniowym dla badań echo serca, naczyniowych, transkranialnych i pediatrycznych (ze wskaźnikami Z-score), z możliwością edycji menu pomiarowego i dodawania własnych formuł obliczeniowych. | Tak |  |
| 30. | Pakiet raportowy, umożliwiający wydruk kompleksowych raportów zawierających wyniki badania, z możliwością edycji szablonów raportów. | Tak |  |
|  | **Głowice** | Tak |  |
| 31. | Głowica sektorowa szerokopasmowa do badań kardiologicznych typu 3Sc-RS:- Ilość elementów: 64- Zakres częstotliwości pracy nie mniejszy niż 1,5 MHz do 4,0 MHz- Kąt pola skanowania do 120 stopni | Tak |  |
|  | **Możliwości rozbudowy** | Tak |  |
| 32. | Możliwość rozbudowy o głowicę sektorową o paśmie 5-12 MHz. | Tak |  |
| 33. | Możliwość rozbudowy o głowicę przezprzełykową pediatryczną o paśmie min. 4-10 MHz. | Tak |  |
| 34. | Możliwość rozbudowy o funkcję zautomatyzowanego wyznaczania frakcji wyrzutowej EF metodą śledzenia plamki. | Tak |  |
| 35. | Możliwość współpracy aparatu z zewnętrznym oprogramowaniem do analizy i przetwarzania obrazów w takim samym zakresie jak w aparacie, tj.:- Zmiana map B-Mode, M-Mode (koloryzacja)- Zmiana zakresu dynamiki B-Mode- Regulacja prędkości odtwarzania pętli- Regulacja wzmocnienia B-Mode, dopplera kolorowego i Dopplera spektralnego- Wyłączenie trybu Dopplera kolorowego na obrazie B-Mode/Doppler Kolorowy- Ustawienie kąta korekcji przepływu dla Dopplera Pulsacyjnego i Ciągłego- Zmiana rozdzielczości czasowej zapisu M-Mode i Dopplera Spektralnego (skala czasu)- Przetworzenie zapisanych pętli B-Mode na zapis M-Mode i anatomiczny M-Mode- Wykonanie wszystkich pomiarów i obliczeń dla badań kardiologicznych w tym: PISA, Qp/Qs, EF. | Tak |  |
|  | **Pozostałe** | Tak |  |
| 36. | Instrukcja obsługi aparatu w języku polskim (dostawa z aparatem) oraz instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej. | Tak |  |
| 37. | Okres gwarancji na cały system 24 miesiące. | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Echo serca aparat przenośny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 2 – Kozetka lekarska 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Kozetka lekarska** |  |  |
| 1. | Kozetka na kółkach przeznaczona do badań | Tak |  |
| 2. | Kozetka wyposażona w 4 kółka podgumowane, w tym co najmniej 2 wyposażone w hamulec | Tak |  |
| 3. | Konstrukcja z kształtowników stalowych, pokrytych farbą proszkową | Tak |  |
| 4. | Zagłówek kozetki z regulacją pochylenia | Tak |  |
| 5. | Leże oraz zagłówek pokryte materiałem skóropodobnym | Tak |  |
| 6. | Wysokość: 590mm (+/-20mm) | Tak |  |
| 7. | Długość: 1880mm (+/- 20mm)  | Tak |  |
| 8. | Szerokość: 550mm(=/- 20mm)  | Tak |  |
| 9. | Dopuszczalne obciążenie: 170kg (+/- 5kg)  | Tak |  |
| 10. | Uchwyt na rolkę prześcieradła | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Kozetka lekarska**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 3 – Laryngoskop 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Laryngoskop** |  |  |
| 1. | 1 rękojeść światłowodowa bateryjna F.O. 2,5V typu C | Tak |  |
| 2. | oświetlenie ksenonowe | Tak |  |
| 3. | specjalna kapsuła dla żarówki ksenonowej - zapewnia bezpieczeństwo żarówki przy wymianie baterii oraz maksymalną przepuszczalność światła | Tak |  |
| 4. | 3 łyżki Macintosh F.O. w rozmiarach 2, 3, 4 z matowej stali nierdzewnej, która zapobiega refleksom światła | Tak |  |
| 5. | gniazdo ze specjalnego trwałego polimeru | Tak |  |
| 6. | niewymienny światłowód Ø 3,0 mm, min. 3000 pojedynczych włókien | Tak |  |
| 7. | oświetlenie > 3.500 Lux /dla rękojeści 2,5 V | Tak |  |
| 8. | do sterylizacji w autoklawie do 134°C - ok. 4000 cykli | Tak |  |
| 9. | Zestaw umieszczony w pudełku | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Laryngoskop** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 4 – Resuscytator ręczny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Resuscytator ręczny** |  |  |
| 1. | Worek resuscytacyjny silikonowy, z maską nr 5 i rezerwuarem tlenu. | Tak |  |
| 2. | Do sterylizacji w autoklawie. | Tak |  |
|  | Zakres stosowania: |  |  |
| 3. | Pacjenci o wadze ciała >30 kg. | Tak |  |
| 4. | Częstotliwość wentylacji: dorośli: 12 - 15 razy/min. | Tak |  |
| 5. | Maksymalna ilość oddechów: 45/min. | Tak |  |
| 6. | Maksymalna częstość oddechu: zależy od wdmuchiwanej objętości powietrza. | Tak |  |
| 7. | Objętość martwa: 7ml dla resuscytatora=135ml dla maski nr 5. | Tak |  |
| 8. | Objętość worek resuscytatora/wdech: około 1500/1200ml dla dorosłych. | Tak |  |
| 9. | Objętość worka rezerwuaru tlenu: 2500ml. | Tak |  |
| 10. | Zawór ograniczający ciśnienie: 60 ± 10cm H2O. | Tak |  |
| 11. | Średnica zawór pacjenta/łącznik pacjenta: 22/15mm. | Tak |  |
| 12. | STĘŻENIA TLENU: (przy dostarczaniu tlenu z zewnętrznego źródła) 90 - 95%. | Tak |  |
| 13. | Temperatura pracy: od -18°C do 50°C. | Tak |  |
| 14. | Temperatura przechowywania: od -40°C do 50°C . | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Resuscytator ręczny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 5 – Stolik pod aparaturę medyczną 2 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Stolik pod aparaturę medyczną** |  |  |
| 1. | Stelaż z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na biało. Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę stolika w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów. | Tak |  |
| 2. | Podstawa, blat stalowe, lakierowane proszkowo na biało; podstawa wyposażona w koła o średnicy 50 mm, w tym dwa z blokadą; półki (blat) z podniesionym rantem z czterech stron; | Tak |  |
| 3. | Wymiary:Głębokość: 400 mm (+/- 5%)Szerokość: 735 mm (+/- 5%)Wysokość: 900 mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 4. | Wymiary blatu: 655 x 400 mm (+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Stolik pod aparaturę medyczną**  | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 6 – Stolik medyczny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Stolik medyczny** |  |  |
| 1. | 2 x uchwyt do prowadzenia z pręta o średnicy 8 mm | Tak |  |
| 2. | stelaż aluminiowo - stalowy lakierowany proszkowo na biało, z kanałami montażowymi po wewnętrznej stronie, umożliwiający dowolną regulację wysokości półek, przystosowany do montażu wyposażenia dodatkowego wyłącznie za pomocą elementów złącznych bez konieczności wykonywania otworów, wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy 75 mm, w tym dwa z blokadą | Tak |  |
| 3. | blat ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, montowany na stałe do stelaża, z podniesionym rantem | Tak |  |
| 4. | Wymiary całkowite: 770x430x880 mm(+/- 5%) [szerokośćxgłębokośćxwysokość] | Tak |  |
| 5. | wymiary blatu górnego: 705x415x20 mm (+/- 5%) [szerokośćxgłębokośćxwysokość] | Tak |  |
| 6. | wymiary blatu dolnego: 655x415x20 mm (+/- 5%) [szerokośćxgłębokośćxwysokość] | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Stolik medyczny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

 *(pieczęć i podpis Wykonawcy)*