DZP/381/30/EAT/2018 Katowice 19.07.2018r.

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT**

*(do niniejszego postępowania nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych, gdyż wartość szacunkowa zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro)*

**Zamawiający:** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35 zaprasza do składania ofert na **Dostawa aparatury i sprzętu rehabilitacyjnego.**

**Szczegóły zamówienia :**

1. Przedmiot zamówienia podzielony jest na części :

Część 1 Urządzenia do treningu kończyn dolnych i górnych

Część 2 Aparat do magnetoterapii

Część 3 Laser biostymulujący

Część 4 Urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu

Część 5 Urządzenie do drenażu limfatycznego

Część 6 Wirówka kończyn górnych

1. Parametry techniczno – użytkowe w/w urządzeń zostały wymienione w Załączniku nr 2.1- 2.6 do Zaproszenia
2. Każdy wykonawca może złożyć ofertę na dowolną ilość części.
3. Termin płatności w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury, z tym, że data jej wystawienia nie może być wcześniejsza od dnia zakończenia dostawy, instalacji i uruchomienia aparatury i sprzętu rehabilitacyjnego oraz przeszkolenia użytkowników.

**Termin realizacji zamówienia : do 4 tygodni od dnia zawarcia umowy**

Szczegółowe warunki realizacji zamówienia zawiera wzór umowy ( załącznik nr 3 )

**Oferta powinna zawierać:**

1. Wypełniony czytelnie, podpisany i opieczętowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy formularz ofertowy według druku stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia.
2. Wypełnione czytelnie podpisane i opieczętowane wymagane parametry techniczno – użytkowe oferowanego przedmiotu zamówienia- Załącznik nr 2.1 – 2.6 .

3. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do

ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzające dopuszczenie wykonawcy do

obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem , wystawione nie wcześniej niż

6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

4. Pełnomocnictwo osoby lub osób podpisujących ofertę, jeżeli nie wynika to

bezpośrednio z załączonych dokumentów.

5. Zaświadczenia niezależnego podmiotu uprawnionego do kontroli jakości potwierdzającego, że dostarczane produkty odpowiadają określonym normom lub specyfikacjom technicznym tj. w odniesieniu do przedmiotu zamówienia - **deklaracje zgodności** z wymaganiami zasadniczymi *(dotyczy wszystkich klas wyrobów medycznych)*, **certyfikaty** jednostki notyfikowanej, która brała udział w ocenie wyrobu medycznego (*dotyczy klasy wyrobu medycznego: I sterylne, I z funkcja pomiarową, IIa, IIb, III*) jeśli dotyczy

6. Opisu oferowanego przedmiotu zamówienia np. katalogi , ulotki lub inne materiały informacyjne producenta zawierające opis, parametry techniczne w celu potwierdzenia spełnienia wymogów stawianych przez Zamawiającego.

**Kryterium oceny ofert –** 100% cena ( dla każdej części osobno)

**Miejsce i termin składania ofert –** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35 40-514 Katowice, Sekretariat – pokój D021 – w terminie do dnia 26.07.2018 r. do godz. 12:00

**Ofertę należy złożyć w zamkniętej, opisanej według poniższego wzoru kopercie:**

|  |
| --- |
| **,, Nazwa, adres Wykonawcy**  **........................................**  **Uniwersyteckie Centrum Kliniczne**  **im. prof. K. Gibińskiego**  **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**  **ul. Ceglana 35 40-514 Katowice**  **„Dostawa aparatury i sprzętu rehabilitacyjnego – część …”**  **DZP/381/30/EAT/2018**  ***– Nie otwierać przed 26.07.2018, godz.12:00”*** |

Osoba uprawniona do porozumiewania się z wykonawcami:

Sylwia Oberska Dział Zamówień Publicznych pok. E056 tel. 32 3581-442

e-mail: [soberska@uck.katowice.pl](mailto:soberska@uck.katowice.pl) w godzinach pracy tj. od poniedziałku do piątku w godz. 7.25 – 15.00.

Zamawiający zastrzega sobie prawo:

- do nie dokonania wyboru Wykonawcy bez podania przyczyn

- wezwania wykonawcy do złożenia wyjaśnień dotyczących informacji zawartych w ofertach

- poprawienia oczywistych omyłek rachunkowych i pisarskich

- uzupełnienia brakujących dokumentów

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* + 1. administratorem uzyskanych w niniejszym postępowaniu danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35, Tel. 32 3581200 fax. 32 251-84-37 lub 32/358-14-32, adres strony www: https://[www.uck.katowice.pl](http://www.uck.katowice.pl)
    2. inspektorem ochrony danych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach jest Pan Patryk Rozumek tel. 32 3581 524,, iod@uck.katowice.pl
    3. uzyskane w niniejszym postępowaniu dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę aparatury i sprzętu rehabilitacyjnego DZP/381/30/EAT/2018
    4. odbiorcami uzyskanych w niniejszym postępowaniu danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”; oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r o dostępie do informacji publicznej (t. j. D.U. z 2016 r., poz. 1764).
    5. uzyskane w niniejszym postepowaniu dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia;
    6. obowiązek podania danych osobowych bezpośrednio dotyczących danej osoby jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
    7. w odniesieniu do uzyskanych w postępowaniu danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
    8. osoba, której dane osobowe dotyczą posiada:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych jej dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania danych osobowych jej dotyczących (**Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników**)**;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (**Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania,w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego);
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba, której dane osobowe dotyczą uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO;
  + 1. nie przysługuje osobie, której dane osobowe dotyczą:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania tych danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
   1. – 2.6 Formularz asortymentowo-cenowy
2. Wzór umowy

Z upoważnienia D Y R E K T O R A

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K.Gibińskiego   
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

mgr Andrzej Rechowicz

Kierownik Działu Zamówień Publicznych

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNE**

**W KATOWICACH**

Nazwa Wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

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

Ubiegając się o zamówienie publiczne na

**ę aparatury i sprzętu rehabilitacyjnego** oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia za:

Część nr 1 **Urządzenia do treningu kończyn dolnych i górnych**

cena netto ...................... zł

podatek VAT ........% tj. .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................. zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

Część nr 2 **Aparat do magnetoterapii**

cena netto ...................... zł

podatek VAT ........% tj. .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................. zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

Część nr 3 **Laser biostymulujący**

cena netto ...................... zł

podatek VAT ........% tj. .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................. zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

Część nr 4 **Urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu**

cena netto ...................... zł

podatek VAT ........% tj. .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................. zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

Część nr 5 **Urządzenie do drenażu limfatycznego**

cena netto ...................... zł

podatek VAT ........% tj. .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................. zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

Część nr 6 **Wirówka kończyn górnych**

cena netto ...................... zł

podatek VAT ........% tj. .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................. zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

**Termin realizacji:** Termin realizacji zamówienia do 4 tygodni od daty zawarcia umowy.

**Termin płatności:** w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury, z tym, że data jej wystawienia nie może być wcześniejsza od dnia zakończenia dostawy, instalacji i uruchomienia aparatury i sprzętu rehabilitacyjnego oraz przeszkolenia użytkowników.

**Termin gwarancji:** 24 miesiące gwarancji.

- Oświadczamy , że następującą część zamówienia .............................................................. zamierzam powierzyć podwykonawcom

-wskazuję następujących podwykonawców ……………nazwa (firma) ………………

Nr. konta bankowego ………………………………….( wskazanego do umieszczenia w zapisach umowy §3 ust.2)

- oświadczamy że przed przystąpieniem do realizacji zapoznamy się z  procedurą Zamawiającego PB – 4.4.6-02 „Organizowanie prac związanych z zagrożeniami przez wykonawców”, jej dokumentacją oraz z wymaganiami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy i ochrony przeciwpożarowej.

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy (ew. podwykonawcy) przebywający na terenie Szpitala będą posiadali wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz aktualne badania lekarskie i specjalistyczne wg. potrzeb

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy (ew. podwykonawcy) przebywający na terenie Szpitala będą posiadali widoczne oznakowanie z logo firmy (np. identyfikatory i/lub ubranie robocze z widocznym napisem nazwy firmy).

- Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (dalej w treści RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

(\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnego*,* oświadczamy, że dane zawartew ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 2.1

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Część 1 Urządzenie do treningu kończyn dolnych i górnych**

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  
OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Producent: ................................. Nazwa i typ: ...............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **I** | **Funkcje treningowe** |  |  |
|  | Pasywne poruszanie kończy dolnych lub górnych z pomocą silnika | TAK |  |
|  | Trening aktywny z pomocą silnika i możliwością ustawiania oporu | TAK |  |
| **II** | **Oprogramowanie** |  |  |
| 1. | Obsługa przy pomocy przycisków | TAK |  |
| 2. | Program do rozluźnienia spastyki wg terapeutycznej zasady automatycznej zmiany kierunku pedałowania | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie nawet najmniejszej spastyki | TAK |  |
|  | Elektroniczna pomoc przy wsiadaniu i wysiadaniu z wyłącznikiem bezpieczeństwa | TAK |  |
|  | Trening symetryczny: jednoczesne wyświetlanie danych o wysiłku, oddzielnie lewej i prawej nogi | TAK |  |
|  | Mierzenie napięcia (początkowego, końcowego oraz średniego) | TAK |  |
|  | Analiza treningu: widoczne dane o treningu oraz uzyskany postęp; podczas treningu, ewentualnie po jego zakończeniu, na monitorze pokazują się wymiennie: prędkość (obroty na min.), czas treningu (min), stopień trudności (napięcie mięśniowe), przebyty odcinek (km), zużyta energia (Joule/kcal), osiągnięcia prawej i lewej strony (symetria), opór hamulców (bieg/stopień obciążenia), dane o osiągnięciach (Watt) | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy (programów treningowych, pojemności karty pamięci, funkcji ze stymulacją mięśni FES itd.) | TAK |  |
| **III** | **Parametry techniczne** |  |  |
|  | wytrzymała i stabilna konstrukcja metalowa, rozciągana podstawa | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia obrotów od 0 do 60 na min. | TAK |  |
|  | Duży ekran min. 85 x 115 mm | TAK |  |
|  | Stacjonarna jednostka obsługi z dużymi przyciskami i automatyczną instrukcją obsługi | TAK |  |
|  | Specjalny przycisk "wpomaganie pedałowania" wyczuwalne i widoczne przejście z treningu biernego na pasywny; samodzielna aktywność zostaje natychmiast rozpoznana: na ekranie pokazuje się symbol przedstawiający rower; od momentu, w którym pacjent przestaje pedałować, prędkość zostaje automatycznie zredukowana | TAK |  |
|  | Wyściełane obejmy na stopy z rzepem mocującym | TAK |  |
|  | zmiana wielkości zamachu pedałów, dwustopniowa (70 i 125 mm) | TAK |  |
|  | Uchwyt dla zwiększonego bezpieczeństwa treningu; wysokość i odległość uchwytu można łatwo przestawić bez użycia narzędzi | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** | | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)- 2 szt. | TAK |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe – rok produkcji 2018 | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |

\*Uwaga *Wykonawca wypełnia czytelnie 4 kolumnę*

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 2.2

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Część 2 Aparat do magnetoterapii**

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  
OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Producent: ................................... Nazwa i typ: .............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Aparat mobilny do zabiegów leczniczych polem magnetycznym o niskiej częstotliwości | TAK |  |
|  | Tryb pracy : programowy  manualny | TAK |  |
|  | Duży, czytelny wyświetlacz graficzny | TAK |  |
|  | Wbudowane programy zabiegowe mininum 50 | TAK |  |
|  | Programy do ustawienia dla użytkowników – minimum 10 | TAK |  |
|  | Dwa uniwersalne gniazda aplikatorów | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie typu aplikatora | TAK |  |
|  | Kształt pola magnetycznego :sinus, trójkąt, prostokąt, półsinus, półtrójkąt, półprostokąt | TAK |  |
|  | Emisja ciągła i impulsowa | TAK |  |
|  | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie | TAK |  |
|  | Autotest – kontrola sprawności aparatu i aplikatora | TAK |  |
|  | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora | TAK |  |
|  | Aplikator płaski podwójny CP wraz ze statywem | TAK |  |
|  | Tryb impulsowy: 1s/przerwa 0,5 – 8 s | TAK |  |
| 15. | Zakres częstotliwości 2-120 Hz | TAK |  |
| 16. | Zegar zabiegowy 1 -30 min. | TAK |  |
| 17. | Okulary ochronne dla pacjenta – 1 szt. | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** | | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)- 2 szt. | TAK |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe – rok produkcji 2018 | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |

\*Uwaga *Wykonawca wypełnia czytelnie 4 kolumnę*

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 2.3

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Część 3 Laser biostymulujący**

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  
OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Producent: ................................... Nazwa i typ: ...............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Aparat do laseroterapii w zakresie widzialnym ( długość fali 660nm) i niewidzialnym ( długość fali 808 nm) | TAK |  |
|  | Trzy niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |
| 3. | Kolorowy wyświetlacz min. 7” z panelem dotykowym | TAK |  |
| 4. | Baza wbudowanych programów zabiegowych min. 130 | TAK |  |
|  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |
|  | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | TAK |  |
|  | Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK |  |
|  | Zegar czasu rzeczywistego | TAK |  |
|  | Emisja promieniowania w trybie impulsowym i ciągłym | TAK |  |
|  | Regulacja mocy promieniowania laserowego | TAK |  |
| 11. | Automatyczny test mocy promieniowania | TAK |  |
| 12. | Sonda punktowa IR 808nm/400mW z uchwytem | TAK |  |
| 13. | Końcówki światłowodowe do laseropunktury i zastosowań specjalnych | TAK |  |
| 14. | Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego | TAK |  |
| 15. | Automatycznie przeliczanie czasu wzgl. dawki, mocy, wypełnienie pola zabiegowego | TAK |  |
| 16. | W wyposażeniu sonda punktowa IR 808nm/400 mW  z uchwytem | TAK |  |
| 17. | Wyposażenie standardowe niezbędne do wykonywania zabiegów i m.in. okulary ochronne 2 szt. | TAK |  |
| 18. | Klasa urządzenia laserowego - 3B | TAK |  |
| 19. | Akumulator Li-Lon o pojemności min. 2250mAh | TAK |  |
| 20. | Pobór mocy max. 75 W |  |  |
| **Gwarancja i serwis** | | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)- 2 szt. | TAK |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe – rok produkcji 2018 | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |

\*Uwaga *Wykonawca wypełnia czytelnie 4 kolumnę*

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 2.4

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Część 4 Urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu**

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  
OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Producent: ................................... Nazwa i typ: ...............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu zastępujące UGUL | TAK |  |
|  | Konstrukcja wolnostojąca | TAK |  |
|  | Rama główna - 1 szt. | TAK |  |
|  | Urządzenie sling therapy z linkami 5 m – 4 szt. | TAK |  |
|  | Linka 5m z 2 bloczkami – 1 szt. | TAK |  |
|  | Linka 60 cm – 4 szt. | TAK |  |
|  | Linka 30 cm – 2 szt. | TAK |  |
|  | Linka elastyczna( słaby opór) 60 cm – 2 szt. | TAK |  |
|  | Linka elastyczna( mocny opór) 60 cm- 2 szt. | TAK |  |
|  | Regulator długości linki – 8 szt. | TAK |  |
|  | Podwieszka pod miednicą – 1 szt. | TAK |  |
|  | Podwieszka pod głowę – 1 szt. | TAK |  |
|  | Podwieszka udowa – 4 szt. | TAK |  |
|  | Podwieszka- pętla – 2 szt. | TAK |  |
| 15. | Podest regulowany – 1 szt. | TAK |  |
| 16. | Drążek metalowy – 1 szt. | TAK |  |
| 17. | Wieszak na podwieszki i linki – 1 szt. | TAK |  |
| 18. | Zestaw ćwiczeń – 1 szt. | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** | | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Specjalistyczne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)- 2 szt. | TAK |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe – rok produkcji 2018 | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |

\*Uwaga *Wykonawca wypełnia czytelnie 4 kolumnę*

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 2.5

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Część 5 Urządzenie do drenażu limfatycznego**

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  
OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Producent: ................................... Nazwa i typ: ...............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Urządzenie do sekwencyjnego masażu limfatycznego minimum 10 komorowe | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia różnych wartości spadku ciśnienia w każdej komorze | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar ciśnienia w aktualnie pompowanej komorze mankietu | TAK |  |
|  | Regulowane ciśnienie w komorach mankietu w zakresie min. 20 do 140 mmHg | TAK |  |
|  | Regulacja ilości cykli masażu | TAK |  |
|  | Standardowy czas dopompowania komory ok. 3 sek. | TAK |  |
|  | Awaryjne odsysanie ze wszystkich komór mankietu jednocześnie w przypadku wystąpienia objawów bólowych u pacjenta | TAK |  |
|  | Wydajność pompy minimum 23 l/min. | TAK |  |
|  | Wyposażenie: minimum 2 mankiety na kończyny górne i 1 mankiet na kończynę dolną ( mankiety minimum 5 komorowe) | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** | | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)- 2 szt. | TAK |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe – rok produkcji 2018 | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |

\*Uwaga *Wykonawca wypełnia czytelnie 4 kolumnę*

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 2.6

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Część 6 Wirówka kończyn górnych**

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  
OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Producent: ................................... Nazwa i typ: ...............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Wirówkaprzeznaczona do masażu kończyn górnych | TAK |  |
|  | Wykonanie z tworzywa sztucznego TWS wzmocnionego włóknem szklanym. Konstrukcja zapewnia łatwy dostęp pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich. | TAK |  |
|  | System dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia wody minimum 10 dysz | TAK |  |
|  | Automatyczny system napełniania | TAK |  |
|  | Prysznic ręczny | TAK |  |
|  | Czujnik temperatury | TAK |  |
|  | Czujnik poziomu wody | TAK |  |
|  | Sterowanie za pomocą panelu dotykowego | TAK |  |
|  | Automatyczne wyłączanie urządzenia po upływie zadanego czasu | TAK |  |
|  | Pojemność zabiegowa 33 l +/- 3 l | TAK |  |
|  | Taboret dla pacjenta | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** | | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)- 2 szt. | TAK |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe – rok produkcji 2018 | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |

\*Uwaga *Wykonawca wypełnia czytelnie 4 kolumnę*

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/30/EAT/2018

Załącznik nr 3

**UMOWA – wzór**

*(do niniejszego postępowania nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych, gdyż wartość szacunkowa zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro)*

zawarta w dniu ................................ w Katowicach pomiędzy:

**Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

z siedzibą: 40 – 514 Katowice, ul. Ceglana 35

wpisanym do KRS pod nr 0000049660

NIP 954-22-74-017

REGON 001325767

zwanym w treści umowy Zamawiającym,

reprezentowanym przez:

Ireneusza Ryszkiel - Dyrektora

a

……………………………….

wpisanym do ................................. pod nr …………………..

NIP

REGON

zwanym w treści umowy Wykonawcą

reprezentowanym przez:

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

**§ 1.**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Na podstawie oferty wybranej w w/w postępowaniu Zamawiający zamawia**,** a Wykonawca przyjmuje do wykonania sprzedaż, dostarczenie, instalację, uruchomienie, przeszkolenie wskazanych pracowników Zamawiającego z zakresu obsługi i prawidłowej eksploatacji oraz obsługę serwisową w okresie gwarancji aparatury i sprzętu rehabilitacyjnego zwanego dalej ,,Urządzeniem”**,** którego parametry techniczno-użytkowe określone zostały w załączniku nr 1.1- 1.6 do niniejszej umowy (wymagane parametry techniczno-użytkowe).
2. Wykonawca oświadcza, że Urządzenie jest produktem firmy : ………………………….

Nazwa i typ - ...........................

1. Wykonawca oświadcza i gwarantuje, że Urządzenie :
2. jest fabrycznie nowe, kompletne (bez konieczności zakupu dodatkowego oprzyrządowania, wyposażenia), zdatne oraz dopuszczone do obrotu i używania
3. posiada wszystkie wymagane prawem certyfikaty lub dokumenty równoważne
4. jest wolne od wad
5. nie jest obciążone prawami osób trzecich oraz należnościami na rzecz Skarbu Państwa

z tytułu sprowadzenia na polski obszar celny.

**§ 2.**

**WARUNKI REALIZACJI UMOWY**

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć, zainstalować i uruchomić oraz przeszkolić wskazanych pracowników Zamawiającego w terminie do 4 tygodni od dnia zawarcia umowy, co zostanie potwierdzone dokumentem z odbioru podpisanym i opieczętowanym przez obie Strony.
2. Wykonawca zobowiązany jest zawiadomić Zamawiającego (tel.32 789-40-42) o terminie dostarczenia Urządzenia najpóźniej na trzy dni robocze przed dostawą.
3. Wykonawca ponosi koszty transportu i ubezpieczenia Urządzenia do miejsca odbioru - lokalizacja Katowice ul. Ceglana 35 i Medyków 14 ( do uzgodnienia)
4. Wykonawca dostarczy Zamawiającemu razem z Urządzeniem:

- dokument informujący o zalecanej przez producenta częstości wykonywania przeglądów technicznych lub innych okresowo powtarzanych czynności serwisowych zalecanych przez producenta

- wykaz dostawców części zamiennych, zużywalnych i materiałów eksploatacyjnych

* + wykaz podmiotów upoważnionych do wykonywania czynności serwisowych
  + instrukcję obsługi w wersji papierowej i elektronicznej – 2 szt.

1. Wszystkie dokumenty wymienione w ust. 4 zostaną dostarczone Zamawiającemu w języku polskim.
2. Dostarczone Urządzenie może być rozpakowane wyłącznie w obecności pracownika Zamawiającego przez przedstawiciela Wykonawcy, który odpowiada za braki ilościowe i jakościowe.
3. Wykonawca przeszkoli wskazanych pracowników Zamawiającego w zakresie obsługi technicznej Urządzenia (potwierdzone imiennym certyfikatem) oraz pracowników Działu Aparatury Medycznej w zakresie obsługi technicznej urządzeń ( potwierdzone imiennym certyfikatem)

**§ 3.**

**WYNAGRODZENIE I WARUNKI PŁATNOŚCI**

1. Za należyte wykonanie całej umowy Wykonawca otrzyma wynagrodzenie wynikające z przedstawionej oferty w kwocie: (dla każdej części zamówienia osobno)

**brutto**:……zł (słownie:....................... /100)

netto: .......zł należny podatek VAT ………… zł

1. Zamawiający zapłaci Wykonawcy wynagrodzenie przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy ( nr. rachunku) …………………….............................., o którym mowa w ust. 1 w ciągu 30 dni od otrzymania faktury VAT wystawionej po podpisaniu bez zastrzeżeń dokumentu z odbioruUrządzenia . W przypadku, gdyby Wykonawca zamieścił na fakturze inny termin płatności niż określony w niniejszej umowie obowiązuje termin płatności określony w umowie.
2. Wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty, jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji umowy, a w szczególności wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
3. W przypadku, gdyby Wykonawca zamieścił na fakturze inny termin płatności niż określony w niniejszej umowie obowiązuje termin płatności określony w umowie .
4. Za datę dokonania zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**§ 4.**

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

1. Wykonawca udziela 24 miesięcznej gwarancji jakości , która rozpoczyna się od dnia podpisania przez Zamawiającego bez zastrzeżeń dokumentu z odbioru.
2. Odpowiedzialność z tytułu gwarancji obejmuje wszelkie wady Urządzenia nie wynikające z winy Zamawiającego.
3. W okresie gwarancji, Wykonawca jest zobowiązany dokonać nieodpłatnej (obejmującej dojazd, koszt robocizny, materiałów i części zamiennych) naprawy albo wymiany Urządzenia lub poszczególnych części (podzespołów) także w przypadku, gdy konieczność naprawy lub wymiany jest wynikiem eksploatacyjnego zużycia Urządzenia lub jego części (podzespołów), z wyjątkiem napraw uszkodzeń powstałych z winy Zamawiającego.
4. Obsługa serwisowa gwarancyjna będzie prowadzona przez autoryzowany serwis techniczny ............................ z siedzibą .......................... O zmianie podmiotu świadczącego usługi serwisowe Wykonawca niezwłocznie powiadomi Zamawiającego na piśmie.
5. Zamawiający upoważnia do zgłaszania awarii pracowników Działu Aparatury Medycznej. Zgłaszanie awarii odbywać się będzie drogą e-mailową lub faksem na adres/numer Wykonawcy (e-mail :…………………., fax. ……………….)
6. Czas reakcji na zgłoszenie awarii tj. do momentu podjęcia próby naprawy urządzenia w okresie gwarancji max. 48 godz. ( dotyczy dni roboczych)
7. Wymagany termin wykonania naprawy gwarancyjnej – maksymalnie do 5 dni roboczych od daty zgłoszenia złożonego przez Dział Aparatury Medycznej . W przypadku przedłużającej się naprawy, Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia na własny koszt Zamawiającemu Urządzenia zastępczego o identycznym zastosowaniu i parametrach technicznych.
8. W przypadku, gdy liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu danego Urządzenia przekroczy 3 (z wyjątkiem napraw uszkodzeń powstałych z winy Zamawiającego) Wykonawca zobowiązuje się do nieodpłatnej wymiany Urządzenia na nowy.
9. Okres gwarancji ulega przedłużeniu o pełen okres niesprawności Urządzenia.
10. Przeglądy techniczne w okresie gwarancji będą w ramach wynagrodzenia określonego w niniejszej umowie realizowane przez autoryzowany serwis, o którym mowa w ust. 4 w ilości zalecanej przez producenta, z tym zastrzeżeniem, że co najmniej jeden w ostatnim miesiącu gwarancji.
11. Wykonawca gwarantuje wykonanie przeglądu technicznego Urządzenia w terminie 10 dni roboczych od chwili zgłoszenia.
12. Wszystkie czynności serwisowe (przegląd, naprawy) będą potwierdzane pisemnym protokołem (karta pracy) podpisanym i opieczętowanym przez pracownika serwisu Wykonawcy oraz pracownika Zamawiającego ( Dział Aparatury Medycznej)
13. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody związane z nieprawidłowym wykonaniem naprawy lub przeglądu technicznego.
14. Wykonawca zagwarantuje dostępność części zamiennych w okresie minimum 10 lat.
15. W razie nieprzystąpienia Wykonawcy do naprawy gwarancyjnej albo niewykonania obowiązków wynikających z ust. 6 lub 7 niniejszego paragrafu Zamawiający uprawniony będzie do powierzenia usunięcia wady autoryzowanemu serwisowi na koszt i ryzyko Wykonawcy.

**§ 5.**

**KARY UMOWNE**

* + 1. Wykonawcazapłaci Zamawiającemu kary umowne:
       - 1. za opóźnienie w zrealizowaniu któregokolwiek z obowiązków, względem terminu określonego w § 2 ust. 1 umowy - w wysokości 0,5% kwoty wynagrodzenia brutto (za każdą część) określonego w § 3 ust. 1 niniejszej umowy za każdy dzień opóźnienia;
         2. za opóźnienie w wykonaniu naprawy gwarancyjnej względem terminu, o którym mowa w § 4 ust. 6 – w wysokości 0,5% kwoty wynagrodzenia brutto ( za każdą część) określonego w § 3 ust. 1 niniejszej umowy za każdy dzień opóźnienia o ile nie zostanie dostarczone tożsame urządzenie na czas przedłużającej się naprawy zgodnie z § 4 ust. 7 umowy ;
         3. za opóźnienie w wykonaniu przeglądu technicznego względem terminu, o którym mowa w § 4 ust. 10 – w wysokości 0,5% kwoty wynagrodzenia brutto ( za każdą część ) określonego w § 3 ust. 1 niniejszej umowy za każdy dzień opóźnienia;
         4. w wysokości 10% kwoty wynagrodzenia brutto ( za każdą część ) określonego w § 3 ust. 1 niniejszej umowy – w przypadku odstąpienia od umowy lub rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn, za które odpowiada Wykonawca.

Zamawiający ma prawo dochodzić kar umownych poprzez potrącenie ich na podstawie księgowej noty obciążeniowej z jakimikolwiek należnościami Wykonawcy, aż do całkowitego zaspokojenia roszczeń. W przypadku braku możliwości zaspokojenia roszczeń z tytułu kar umownych na zasadach określonych powyżej księgowa nota obciążeniowa płatna będzie do 14 dni od daty jej wystawienia przez Zamawiającego.

W przypadku, gdy wysokość wyrządzonej szkody przewyższa naliczoną karę umowną Zamawiający ma prawo żądać odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

**§ 6.**

**ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

1. Oprócz przypadków określonych w Kodeksie cywilnym Zamawiający może odstąpić od umowy w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej , że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym , czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwa publicznemu, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.
2. Zamawiający może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy opóźnienie w zrealizowaniu dostawyUrządzenia przekroczy 10 dni kalendarzowych.
3. Oświadczenie Zamawiającego o odstąpieniu od umowy lub o rozwiązaniu umowy zostanie wysłane listem poleconym na adres Wykonawcy podany w umowie.
4. Odstąpienie od umowy lub rozwiązanie umowy na podstawie ust. 2 niniejszego paragrafu nie zwalnia Wykonawcy od obowiązku zapłaty kar umownych i odszkodowań.

**§ 7**

**ORGANIZACJA PRAC ZWIĄZANYCH Z ZAGROŻENIAMI**

1. Przed przystąpieniem do prac na terenie Zamawiającego, Wykonawca zostanie zapoznany z treścią procedury Zamawiającego PB – 4.4.6-02 „Organizowanie prac związanych z zagrożeniami przez wykonawców”, oraz z wymaganiami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy i ochrony przeciwpożarowej.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1 Wykonawca jest zobowiązany przekazać podwykonawcom oraz osobom wykonującym prace na terenie Zamawiającego.
3. Nieprzestrzeganie przez pracowników Wykonawcy lub jego podwykonawcy zasad określonych w procedurze PB – 4.4.6-02 może skutkować wstrzymaniem prac przez Zamawiającego, a w przypadku nieosiągnięcia zadowalającego poziomu przeciwdziałania zagrożeniom – rozwiązaniem umowy z winy Wykonawcy.
4. Wykonawca oświadcza, że jego pracownicy posiadają wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami aktualne badania lekarskie i specjalistyczne oraz odbyli szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
5. Wykonawca oświadcza, że jego pracownicy, przebywający na terenie Zamawiającego będą wyposażeni w identyfikatory lub ubrania robocze z widoczną nazwą firmy.

**§ 8.**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Strony dopuszczają zmiany danych stron w umowie (np. zmiana siedziby, adresu, nazwy), które wymagają dla swej skuteczności pisemnego powiadomienia drugiej strony.
3. Strony dopuszczają zmiany danych stron w umowie:
4. zmiana siedziby, adresu, nazwy, które wymagają dla swej skuteczności pisemnego powiadomienia drugiej strony;
5. zmiany numeru rachunku bankowego wykonawcy wskazanego w § 3 ust. 2 niniejszej umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności
6. Wykonawca nie może bez uzyskania wcześniejszej pisemnej zgody Zamawiającego, przelać jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela Zamawiającego może nastąpić po uprzednim wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący Zamawiającego.
7. W sprawach związanych z realizacją niniejszej umowy Wykonawca powołuje koordynatora w osobie:........................................................... a Zamawiający koordynatora w osobie: Kierownik Działu Aparatury Medycznej.
8. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.
9. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym dwa egzemplarze dla Zamawiającego, jeden egzemplarz dla Wykonawcy.

Załączniki do umowy:

1.1 – 1.6 Wymagane parametry techniczno-użytkowe

**Wykonawca Zamawiający**