



ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004  
PN-N 18001:2004  
ISO 27001:2005

**SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY**  
**85-168 BYDGOSZCZ, UL. UJEJSKIEGO 75 tel. 52/36-55-799 fax. 52/370-05-31**

KONTO: Bank Zachodni WBK Bydgoszcz 10 1500 1360 1213 6001 9348 0000

NIP: 9532582266 REGON: 340517145

.....  
Miejscowość, data

**FORMULARZ OFERT**

**I. Wykonawca**

**1. Nazwa i adres**

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

- a) NIP.....  
b) REGON.....  
c) Telefon.....  
d) Fax.....  
e) www.....  
f) E-mail.....  
g) nr KRS lub innego dokumentu .....

**2. Firmy zagraniczne podają informację, czy mają siedzibę w Polsce, czy poza granicami:**

.....

**3. Stanowisko oraz imię i nazwisko osób upoważnionych do zawarcia umowy:**

.....

**4. Oświadczam, że:**

- a) *Posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności będącej przedmiotem zamówienia,*  
b) *posiadamy wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i uprawnionym zasobem kadrowym niezbędnym do wykonania zamówienia,*  
c) *znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,*  
d) *uważamy się za związanych z ofertą przez okres 45 dni od upływu terminu składania ofert.*

**Cena za dzierżawę miesięczną [PLN]:**

**SŁOWNIE:**

<b>Całkowita wartość netto umowy – 12 MIESIĘCZNA DZIERŻAWA[PLN]</b>	<b>Całkowita wartość brutto umowy [PLN]</b>	<b>Podatek VAT</b>

Wpisać

Wpisać

Wpisać

**PARAMETRY WYMAGANE**

	<b>Parametry</b>	<b>Wymóg</b>	<b>Parametr oferowany (podać)</b>
1.	3- kanałowy bezwkładowy wstrzykiwacz kontrastu do posiadanego przez Szpital tomografu komputerowego Light Speed GE VCT SELECT (nr ser: 15814YC7).	Tak	
2.	Zasilanie elektryczne 230VAC, 50 Hz.	Tak	



**SZPITAL  
AKREDYTOWANY**

PRZESZKOLENIA I DOŚWIADCZENIE DO ZDROWIA CHOROBY



ISO 9001:2008  
ISO 14001:2004  
PN-N 18001:2004  
ISO 27001:2005

**SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY**  
**85-168 BYDGOSZCZ, UL. UJEJSKIEGO 75 tel. 52/36-55-799 fax. 52/370-05-31**

KONTO: Bank Zachodni WBK Bydgoszcz 10 1500 1360 1213 6001 9348 0000

NIP: 9532582266 REGON: 340517145

3.	Strzykawka umieszczona na statywie jeżdżym.	Tak	
4.	Możliwość nastawienia 24 faz.	Tak	
5.	Możliwość tworzenia i zapamiętywania dedykowanych programów podawania kontrastu i roztworu NaCl.	Tak	
6.	Minimalne natężenie przepływu nie większe niż - 0,5 ml/s.	Tak	
7.	Maksymalne natężenie przepływu nie mniejsze niż 9,9 ml/s.	Tak	
8.	Maksymalne ciśnienie w systemie podczas dozowania płynów nie mniejsze niż 9,1 bar.	Tak	
9.	Automatyczne wypełnianie wężyka pacjenta w końcowej fazie iniekcji roztworem NaCl.	Tak	
10.	System wykrywania pęcherzyka powietrza.	Tak	
11.	System utrzymujący temperaturę kontrastu.	Tak	
12.	Pobieranie środka kontrastowego bezpośrednio z oryginalnych butelek (zakres pojemności nie gorszy niż 50- 100 ml) różnych producentów (bez konieczności przelewania do specjalistycznych wkładów).	Tak	
13.	Możliwość stosowania opakowań wszystkich dostępnych jodowych środków kontrastowych.	Tak	

**PARAMETRY OCENIANE (technologia)**

	Parametry	Punktacja	Parametr oferowany (podać)
1.	Dwa identyczne panele sterujące wstrzykiwaczem: jeden przy wstrzykiwaczu oraz jeden w pomieszczeniu obsługi wyświetlające parametry i funkcje strzykawki z możliwością dokonywania zmian i ustawień.	Tak- 5 pkt Nie- 0 pkt	
2.	Interface z funkcją pomocy głosowej oraz video w języku polskim	Tak- 5 pkt Nie- 0 pkt	
3.	Izolatory butelek utrzymujące temperaturę wstępnie podgrzanego środka kontrastowego.	Tak- 5 pkt Nie- 0 pkt	
4.	Wybór z menu rozmiaru wkłucia indywidualnie dla każdego pacjenta w celu zminimalizowania ryzyka potencjalnego wynaczynienia w trakcie podania kontrastu.	Tak- 5 pkt Nie- 0 pkt	

(wypełnić)

.....  
Podpis osoby uprawnionej



SZPITAL  
AKREDYTOWANY

PRZEZ WIEDZĘ I DOŚWIADCZENIE DO ZDROWIA CHOREGO