

..... dnia .....

.....  
[pieczęćka firmowa]

## OFERTA

### I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa .....
2. Przedstawiciel producenta\* .....
3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]  
.....
4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]  
.....
5. REGON .....
6. Telefon [z numerem kierunkowym] .....
7. Faks [z numerem kierunkowym] .....
8. E-mail .....

### II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:  
**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa**  
reprezentujący na podstawie udzielonego pełnomocnictwa  
**Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach**

znak: **ZZP-151/17**, na:

**DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ APARATURY MEDYCZNEJ:**  
**AKCELERATOR LINIOWY NISKOENERGETYCZNY**

Postępowanie w ramach realizacji zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych pn.  
„Doposażanie zakładów radioterapii w Polsce” w 2017r.

## III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ APARATURY MEDYCZNEJ:  
AKCELERATOR LINIOWY NISKOENERGETYCZNY W LICZBIE 1 SZTUKA1. Cena oferty

Wartość łączna wpisana w kolumnie 4 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert  
(waga w ocenie ofert 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	ILOŚĆ	% VAT	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3	4
PRZYSPIESZACZ LINIOWY NISKOENERGETYCZNY	1		-zł
PRODUCENT			
TYP			
ROK PRODUKCJI			
WYKONANIE PRAC ADAPTACYJNYCH			-zł
PRZESZKOLENIE PERSONELU ZAMAMWIAJĄCEGO			-zł
INSTALACJA SPRZĘTU, POZOSTAŁE KOSZTY			-zł
Łącznie:			-zł

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 4 (wiersz łącznie) – wynosi słownie:

.....

2. Parametry techniczne oceniane przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert 30 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Wartość punktowa w kryterium nr 2 parametry techniczne oceniane przedmiotu zamówienia dokonana będzie na podstawie zadeklarowanych wartości w formularzu stanowiącym zał. nr 2.2 do formularza oferty.

**3. Okres i warunki gwarancji**

Oświadczam, że udzielam gwarancji dla przedmiotu zamówienia na okres:

- ..... m-cy (min. 24 miesięcy) - **kryterium nr 3** – dla urządzenia, licząc od daty podpisania bez zastrzeżeń „Protokołu Uruchomienia i Przekazania do eksploatacji”
- ..... m-cy (min. 36 miesięcy) - na roboty budowlane licząc od daty odbioru końcowego robót, na podstawie „Protokołu uruchomienia i przekazania do eksploatacji”.

Niniejszym potwierdzam warunki gwarancji określone w rozdz. V pkt 3 SIWZ.

**IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY**

**1. Terminy, wielkość i warunki dostawy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 1 i 3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy, wielkości i warunki dostaw określone w rozdz. V pkt 1 i 3 SIWZ.

**2. Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące świadectwa i certyfikaty** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]:

- Nazwa dokumentu .....  
..... zał. nr .....
- Nazwa dokumentu .....  
..... zał. nr .....
- Nazwa dokumentu .....  
..... zał. nr .....

**3. Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 5 SIWZ.

**4. Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 6 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 6 SIWZ.

**5. Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 7 SIWZ]:

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 7 SIWZ.

**V. WPLATA WADIUM**

[ Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

**1. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

..... zał. nr .....

**2. Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:**

.....

*( wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu )*

**VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW**

**VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY**

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW**

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 8 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić

**IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZCIWEJ KONKURENCJI**

[Patrz rozdział I pkt 23 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

i określenie czego dotyczy :

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :

**X. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI**

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Ponadto oświadczamy, że:

- dostarczony przedmiot zamówienia będzie spełniał wszystkie wymagania zawarte w SIWZ, oraz będzie gotowy do eksploatacji bez żadnych dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego,
- jesteśmy związani ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Parametry techniczne graniczne i oceniane	
3.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające spełnienie parametrów ocenianych ( <i>jeżeli nie występują w postaci FMI</i> )	

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęćka imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

**ZAŁĄCZNIK NR 2.1 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZP- 152/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:  
DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ  
APARATURY MEDYCZNEJ: AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: \_\_\_\_\_

**oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu  
ubiegania się o zamówienie publiczne.**

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*

**oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach  
lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.**

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*

**oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:**

- **nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne\***
- **wydano wyrok lub decyzję\***

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

*\*niepotrzebne skreślić*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*

## ZAŁĄCZNIK NR 2.2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZP- 152/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
 ZAKŁAD ZAMÓWIENI PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :  
 DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ  
 APARATURY MEDYCZNEJ: AKCELERATOR LINIOWY NISKOENERGETYCZNY

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

PRZYSPIESZACZ LINIOWY NISKOENERGETYCZNY \_\_\_\_\_

## PARAMETRY TECHNICZNE GRANICZNE I OCENIANE

**Przedmiot zamówienia: akcelerator liniowy niskoenergetyczny  
 dla Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie Oddziału w Gliwicach**

Lp.	Parametry urządzenia	Wymóg	Parametry oceniane Punktacja	Odpowiedź Wykonawcy TAK / NIE oraz oferowane wartości (wypełnia Wykonawca)
<b>I.</b>	<b>Parametry ogólne urządzenia</b>			
1	Aparat umożliwiający napromienianie metodą OMSCMRT (obrazowo monitorowanej stereotaktycznej i cybernetycznej mikroradioterapii)	TAK		
2	Producent / Kraj	TAK, podać		
3	Model / Typ	podać		
4	Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2017	TAK		
<b>II.</b>	<b>Źródło promieniowania i jego kolimacji</b>			
1.	Liniowy akcelerator elektronów generujący promieniowanie X (fotony)	TAK		
2.	Energia fotonów	$\geq 6\text{MeV}$		
3.	Maksymalna moc dawki (zdefiniowana w warunkach standardowych)	$\geq 8\text{ Gy/min}$	wartość graniczna 0 pkt, wartość największa 50 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
4.	Zestaw kolimatorów kołowych stałych o zakresie wielkości pól od 5 mm do co najmniej 50 mm dla odległości źródło-cel 80 cm	TAK		
5.	Liczba oferowanych kolimatorów stałych	$\geq 10$	wartość graniczna 0 pkt, wartość największa 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
6.	Kolimator zmiennootworowy	TAK		

**FORMULARZ OFERTY ZAŁ. NR 2 DO SIWZ O NR POSTĘPOWANIA ZNAK.: ZZP- 151/17**

7.	Zakres wielkości pól kolimatora o zmiennej wielkości otworu od 5 mm do co najmniej 50 mm dla odległości źródło-„target” 80 cm	TAK	wartość graniczna 0 pkt, wartość największa 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
8.	Kolimator wielolistkowy MLC	TAK		
9.	Liczba listków	podać		
10.	Maksymalna transmisja promieniowania przez listki MLC	≤0.5%		
11.	Maksymalne pole kolimatora	podać		
<b>III.</b>	<b>Mechanika systemu</b>			
1.	System umożliwiający napromienianie w dowolnej płaszczyźnie bez konieczności przemieszczania pacjenta, zachowując niezmienną pozycję stołu terapeutycznego	TAK		
2.	System umożliwiający terapię nieizocentryczną i niekoplanarną wraz z możliwością napromieniania wielu ognisk w pojedynczej sesji terapeutycznej	TAK		
3.	System umożliwiający dostarczanie wiązek niekoplanarnych i nieizocentrycznych niezależnie od sposobu kolimacji wiązki bez konieczności poruszania stołem.	TAK		
4.	Liczba stopni swobody systemu zmiany położenia akceleratora	≥ 5	wartość graniczna 0 pkt, wartość największa 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
5.	Całkowity błąd określenia położenia guza niepodlegającego ruchom oddechowym, uwzględniający system obrazowy kontroli położenia guza wraz z oprogramowaniem do korekty, stół terapeutyczny oraz położenie akceleratora	≤ 1 mm	wartość graniczna 0 pkt, wartość najmniejsza 100 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
6.	Całkowity błąd określenia położenia guza podlegającego ruchom oddechowym, uwzględniający system obrazowy kontroli położenia guza wraz z oprogramowaniem do korekty, stół terapeutyczny, położenie akceleratora oraz system kontroli ruchów oddechowych	≤ 2 mm	wartość graniczna 0 pkt, wartość najmniejsza 100 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
7.	System antykolizyjny uniemożliwiający zetknięcie się ciała pacjenta z elementami ruchomymi systemu.	TAK		
8.	System umożliwiający automatyczną synchronizację ruchu akceleratora z ruchem oddechowym napromienianego obszaru.	TAK		
<b>IV.</b>	<b>Stół terapeutyczny</b>			
1.	Stół zintegrowany z oferowanym urządzeniem do napromieniania; Integracja umożliwia korektę umiejscowienia pacjenta względem	TAK		



FORMULARZ OFERTY ZAŁ. NR 2 DO SIWZ O NR POSTĘPOWANIA ZNAK.: ZZP- 151/17

	źródła promieniowania, ustaloną w oparciu o wykonaną kontrolę ułożenia			
2.	Automatyczne ustawienie pacjenta w położeniu właściwym do prowadzenia terapii	TAK		
3.	Automatyczne ruchy stołem wykonywane bez konieczności wejścia operatora do pomieszczenia terapeutycznego	TAK		
4.	Możliwości ruchu płyty – pionowy, poprzeczny, podłużny, obroty - wokół osi długiej stołu, wokół osi prostopadłej do osi długiej stołu oraz jego skręcenie	TAK		
5.	Maksymalne obciążenie stołu zapewniające możliwość wszystkich ruchów z zachowaniem precyzji	$\geq 150$ kg	wartość graniczna 0 pkt, wartość największa 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
6.	Minimalna wysokość stołu	$\leq 65$ cm	wartość graniczna 0 pkt, wartość najmniejsza 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
7.	Dokładność ruchów translacyjnych	$\leq 0,5$ mm	wartość graniczna 0 pkt, wartość najmniejsza 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
	Dokładność ruchów obrotowych	$\leq 0,5^\circ$	wartość graniczna 0 pkt, wartość najmniejsza 10 pkt, pozostałe proporcjonalnie	
<b>V.</b>	<b>System śledzenia i korekcji położenia napromienianej zmiany</b>			
1.	Obrazowy system kontroli ułożenia pacjenta umożliwiający uzyskanie informacji przestrzennej	TAK, opisać		
2.	Możliwość obrazowania w trakcie procedury napromieniania bez konieczności jej przerywania	TAK, opisać		
3.	Możliwość wyboru częstotliwości wykonywania obrazów kontrolujących położenie guza	TAK		
4.	System kontroli ułożenia zintegrowany z urządzeniem terapeutycznym w sensie możliwości automatycznej zmiany położenia pacjenta lub zmiany położenia akceleratora w trakcie procedury napromieniania w przypadku stwierdzenia zmiany położenia guza nowotworowego	TAK, opisać		
5.	System do kontroli ruchów guza wywołanych ruchami oddechowymi	TAK, opisać		
6.	System do kontroli położenia guzów wewnątrzczaszkowych niewymagający stosowania znaczników	TAK, opisać		
7.	System do kontroli położenia guzów kręgosłupa niewymagający stosowania znaczników	TAK, opisać		
8.	System do kontroli położenia guzów płuc położonych obwodowo	TAK, opisać		

	niewymagający stosowania znaczników			
9.	System umożliwiający napromienianie guzów niepodlegających ruchom oddechowym - wewnątrzczaszkowych, kręgosłupa itp. z błędem mniejszym od 1 mm	TAK, opisać		
10.	System umożliwiający napromienianie guzów podlegających ruchom oddechowym - płuc, jamy brzusznej itp. z błędem mniejszym od 1 mm	TAK, opisać		
11.	System umożliwiający napromienianie guzów prostaty, uwzględniający korektę jej ruchów w trakcie procedury napromieniania	TAK, opisać		
<b>VI.</b>	<b>System planowania leczenia (SPL)</b>			
1.	Dedykowany do radiochirurgii i możliwości oferowanego urządzenia system planowania leczenia zawierający następujące elementy: - fuzję obrazów z różnych urządzeń obrazowych (CT / NMR/PET w formacie DICOM ver 3.0 i DICOM RT) - planowanie rozkładów dawek - 3D, z uwzględnieniem niejednorodnej gęstości; - konturowanie struktur anatomicznych i obszarów do leczenia; - obliczanie i optymalizację rozkładu dawki; - przeglądanie i edycja planów leczenia (rozkłady dawek, DVH)	TAK		
2.	Pełna integracja systemu planowania leczenia z oferowanym urządzeniem do napromieniania	TAK		
3.	Możliwość konturowania na przekrojach poprzecznych, czołowych, strzałkowych i skośnych	TAK		
4.	Możliwość kopiowania konturów z jednego zestawu obrazów na drugi	TAK		
5.	Możliwość obliczania rozkładów dawki metodą Monte Carlo	TAK		
6.	Co najmniej dwie różne metody optymalizacji w tym jedna, w której funkcja celu zawiera optymalizację sumarycznej liczby jednostek monitorowych	TAK		
7.	Możliwość wizualizacji na jednej stacji roboczej min. 3 planów bez konieczności ich otwierania i zamykania	TAK		
8.	Dwie stacje planowania leczenia, wspólna baza danych (komputery stacjonarne spełniające wymagania SPL)	TAK		

9.	Kolorowa drukarka laserowa, do wydruków planów leczenia	TAK		
10.	Możliwość zaimportowania rozkładu dawki z poprzedniego leczenia pacjenta i wykorzystanie tej informacji w planowaniu leczenia	TAK		
11.	Drugi, niezależny komputerowy system planowania leczenia z możliwością tworzenia planów dla oferowanego urządzenia oraz akceleratorów standardowych	TAK		
12.	Możliwość przeliczania planów zapasowych na inne aparaty w przypadku awarii urządzenia	TAK		
<b>VII.</b>	<b>System zarządzania danymi</b>			
1.	Zintegrowany system archiwizacji (baza danych planów leczenia)	TAK		
2.	Wdrożone mechanizmy autoryzacji i audytu planów leczenia oraz historii leczenia	TAK		
3.	Wdrożony mechanizm zmian dokonywanych w planie leczenia	TAK		
4.	Interfejs sieciowy w formacie DICOM 3.0 z następującymi funkcjami: - Dicom Print - Dicom Send/Receive - Dicom Storage - Dicom Query/Retrieve SCP - Dicom Query/Retrieve SCU - DICOM RT	TAK		
<b>VIII.</b>	<b>Wyposażenie dodatkowe</b>			
1.	Kompletny zestaw dozymetryczny do kontroli parametrów oferowanego aparatu oraz kontroli jakości planów leczenia	TAK, opisać		
<b>IX.</b>	<b>Dokumentacja dot. urządzenia</b>			
1.	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE lub dokumentu potwierdzającego rejestrację w Rejestrze Wyrobów Medycznych zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107 poz. 679 z 2010 r. z późn. zm.)	TAK		
2.	Instrukcja obsługi oferowanego urządzenia w języku polskim – należy dostarczyć nie później niż przed podpisaniem „Protokołu uruchomienia i przekazania do eksploatacji”	TAK		
<b>X.</b>	<b>Gwarancje i dostępność części zamiennych dla urządzenia</b>			
1.	Warunki gwarancji dla urządzenia: min. 24 miesiące od daty podpisania	TAK (podać)		

**FORMULARZ OFERTY ZAŁ. NR 2 DO SIWZ O NR POSTĘPOWANIA ZNAK.: ZZP- 151/17**

	bez zastrzeżeń „Protokołu Uruchomienia i Przekazania do Eksploatacji”, w tym min. 3 bezpłatne przeglądy serwisowe w roku – zgodnie z zał. nr 6.1 do SIWZ, tj. „Oświadczenie o udzielonej gwarancji”			
2.	Dostępność części zamiennych do urządzenia oraz serwis pogwarancyjny min. 10 lat po upływie okresu gwarancji	TAK		
<b>XI.</b>	<b>Prace adaptacyjne</b>			
1.	Wykonanie prac adaptacyjnych Pracowni, koniecznych do zainstalowania oferowanego akceleratora i jego prawidłowej pracy wg załącznika nr 4 do wzoru umowy tj. „opis techniczny adaptacji pracowni”	TAK		
<b>XII.</b>	<b>Szkolenia</b>			
1.	Szkolenie podstawowe w zakresie obsługi Sprzętu dla personelu obsługującego wykonane przed podpisaniem „Protokołu Uruchomienia i przekazania do eksploatacji”	TAK		
2.	Szkolenie techniczne w zakresie konserwacji i obsługi Sprzętu dla pracowników Działu Aparatury Medycznej wykonane przed podpisaniem „Protokołu Uruchomienia i przekazania do eksploatacji”	TAK		
3.	Szkolenie aplikacyjne dla personelu obsługującego Termin szkolenie do ustalenia podczas instalacji sprzętu	TAK		

**Oświadczam**, że przekazany przedmiot zamówienia będzie posiadał wymienione powyżej parametry oraz będzie gotowe do eksploatacji bez dodatkowych zakupów.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*