



SAMODZIELNY PUBLICZNY  
SZPITAL KLINICZNY NR 1  
IM. PROF. STANISŁAWA SZYSZKO  
Śląskiego Uniwersytetu  
Medycznego w Katowicach

Dyrektor  
dr n. med.  
Dariusz Budziński

ul. 3-go Maja 13-15  
41-800 Zabrze

SEKRETARIAT  
Tel: (32) 370-43-07  
Fax: (32) 370 45 22  
sekretariat@szpital.zabrze.pl

[www.szpital.zabrze.pl](http://www.szpital.zabrze.pl)

Znak sprawy: **ZP/22/TP2/2024**

Zabrze, dnia **04.04.2024 r.**

## MODYFIKACJA SWZ NR 2

### WYKONAWCY ZAINTERESOWANI POSTĘPOWANIEM

Dot.: Modyfikacji SWZ nr 2 w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym z możliwością negocjacji pn.: „**DOSTAWA SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ**”

Zamawiający informuje, iż na podstawie art. 284 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2023r., poz. 1605) **modyfikuje treść SWZ w zakresie:**

- a) **pkt 14, 16.2.1., 17.1.**
- b) **załącznik nr 4 SWZ – dla zadania nr 2**



Zamawiający  
z up. **DYREKTORA**  
Kierownik Działu Zamówień Publicznych  
**Adam Strzyżewski**

Załącznik:

- 1. Punkt 14, 16.2.1, 17.1 SWZ po modyfikacji.
- 2. Załącznik nr 4 SWZ w zakresie zadania nr 2 - po modyfikacji

**14. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca jest związany złożoną ofertą **do dnia 8.05.2024 r.**

Pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert.

**16.2 TERMIN SKŁADANIA OFERT**

**16.2.1** Oferta musi być złożona najpóźniej **do dnia 9.04.2024 r. do godz. 08:00.**

**17. TERMIN OTWARCIA OFERT**

**17.1.** Otwarcie ofert nastąpi **w dniu 9.04.2024 r. o godz. 09:00.**

**Otwarcie nie jest jawne.**

ZADANIE NR 2

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1  
im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego  
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**  
ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze

**Wykonawca:**

.....  
(pełna nazwa/firma, adres,  
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,  
KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....  
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)

**POTWIERDZENIE WYKONAWCY W PRZEDMIOCIE SPEŁNIENIA PRZEZ OFEROWANE DOSTAWY  
WYMAGAŃ WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

**Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu do kriolezji**

INFORMACJE PODSTAWOWE	
Pełna nazwa urządzenia, typ lub model	
Producent, podać pełną nazwę i adres	
Kraj i rok produkcji	
Urządzenie fabrycznie nowe	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Warunek graniczny	Wykonawca winien uzupełnić: 1. parametr oferowany; 2. wskazać nr strony, na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru; Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien <b>wyraźnie wskazać nr liczby</b> porządkowej parametru wymaganego z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, <b>Wykonawca winien udokumentować</b> i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego;
-----	----------------------------	-------------------	--

<b>Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu do kriolezji</b>			
1	Wymiary aparatu mieszczące się w zakresie: 390-400 (Sz.) x 420-430 (Gł.) x 190-200 (Wy.) mm	TAK	
2	Ciężar: maks. 12 kg	TAK	
3	Dotykowy ekran LCD min. 7"	TAK	
4	Miernik ciśnienia gazu w sondzie (na ekranie LCD)	TAK	
5	Miernik przepływu gazu przez sondę (na ekranie LCD)	TAK	

Modyfikacja nr 2 SWZ  
DOSTAWA SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ  
znak: **ZP/22/TP2/2024**

6	Pokrętło uniwersalne do regulacji przepływu gazu oraz prądu stymulacji	TAK	
7	Pedał sterujący dwuprzyciskowy	TAK	
8	Aparat z funkcją czyszczenia sond (krioaplikatorów) w przypadku ich niedrożności, umożliwiającą czyszczenie ich, bez konieczności odłączania przewodów od sondy ani od aparatu.	TAK	
9	Aparat dedykowany do: leczenie bólu, neurochirurgii, ortopedii, urologii, anestezjologii.	TAK	
10	Urządzenie wyposażone w system RFID (elektroniczna komunikacja urządzenia z sondą), Aparat automatycznie dostosowuje parametry do charakterystyki sondy.	TAK	
11	Urządzenie wyposażone w system wstępnego czyszczenia sondy, który sprawdza przepływ na niskim ciśnieniu, przepływu podczas wstępnego mrożenia i automatycznie wykonuje czyszczenie, jeśli jest taka potrzeba.	TAK	
12	Aparat z możliwością wyposażenia w sondy o różnych kształtach i wielkościach, przeznaczone dla wielu specjalności medycznych. Dostępne są kriosondy jednorazowe lub wielorazowego użytku.	TAK	
13	Menu aparatu z możliwością wyboru sekwencji mrożenia, która zapewnia zaprogramowanie czasu i wykonanie pełnego cyklu mrożenie - rozmrażanie - mrożenie.	TAK	
14	Urządzenie wyposażone w kolorowy wyświetlacz, na którym przedstawiający dokonane ustawienia i parametry oraz wydający informacyjne komunikaty głosowe.	TAK	
15	Aparat z możliwością przeprowadzania neurostymulacji czuciowej i ruchowej.	TAK	
16	Amplituda prądu neurostymulacji w min. zakresie zakresie 0 - 5 mA.	TAK	
17	Częstotliwość neurostymulacji: - dla stymulacji ruchowej: 1 Hz, 2 Hz, - dla stymulacji czuciowa: 50 Hz, 100, 150 and 200 Hz.	TAK	
18	Szerokość impulsu neurostymulacji: 0.1, 0.2, 0.5, 1.0 oraz 2.0 ms.	TAK	
19	Uruchomienie neurostymulacji sygnalizowane jest przez sygnał dźwiękowy o częstotliwości stymulacji.	TAK	
20	Zasilanie elektryczne: 100 ÷ 240V (50 / 60 Hz) AC Klasa bezpieczeństwa elektrycznego: I, Stopień: B Maksymalny pobór mocy: 150 VA Bezpieczniki: 2 sztuki 1,25A / 250V, Ø5x20 zwłoczne Klasa IP obudowy: IP 21	TAK	
21	Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O), lub dwutlenek węgla (CO2) w stalowych butlach ciśnieniowych Ciśnienie robocze: 50 ÷ 65 bar (CO2) / 38 ÷ 53 bar	TAK	

Modyfikacja nr 2 SWZ  
DOSTAWA SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ  
znak: **ZP/22/TP2/2024**

	(N2O) Ciśnienie maksymalne: 70 bar (CO2) / 55 bar (N2O)		
22	Tryby pracy: AUTO, RĘCZNY	TAK	
23	Minimalna temperatura końcówki roboczej: do -88°C	TAK	
<b>Sonda kriochirurgiczna do aparatu</b>			
24	Sonda kriochirurgiczna jednorazowego użytku, sterylna, kompatybilna z aparatem. Sonda Min. długość 25 cm, max. długość 40 cm. Długość odcinka mrożącego: min. 1cm/ max. 2cm Kształt odcinka mrożącego: część robocza (mrożąca) musi być wygięta pod kątem umożliwiającym swobodne umieszczenie części roboczej na nerwie. Część robocza wykonana ze stali chirurgicznej musi być pokryta warstwą złota. Sonda sztywna bez możliwości jej wyginania - <a href="#">30 sztuk</a>	TAK	
25	Adapter do sond jednorazowych – 1 sztuka	TAK	
<b>GWARANCJA</b>			
26	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	