



WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI
im. J. STRUSIA
z ZAKŁADEM OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM. SP ZOZ
z SIEDZIBĄ przy ul. SZWAJCARSKIEJ 3 61-285 POZNAŃ

NIP: 778-13-50-016 REGON: 000306331 KRS: 0000002025

Dział Zamówień Publicznych

☎ Dyrektor 61 877 95 33 ☎ Fax. Szwajcarska 61 874 02 07
☎ Centr. Szwajcarska 61 873 90 00 ☎ ZOL. ul. Mogileńska 61 858 57 69
42 61 858 57 90
www.szpital-strusia.poznan.pl e-mail: dyrekcja@szpital-strusia.poznan.pl



WSM/DZP/381-13454/2025

Poznań, dnia 02 grudnia 2025r.

Zmiana treści Specyfikacji Warunków Zamówienia
na dostawę defibrylatorów na potrzeby Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.
Józefa Strusia w Poznaniu

Działając na podstawie art. 137 Prawa zamówień publicznych, Zamawiający wprowadza następujące zmiany w treści SWZ:

Zmienia się Załącznik nr 1 do SWZ, tj. Formularz asortymentowo cenowy w zakresie Części III Oferta cenowa. Zamawiający zmienia zamawianą ilość defibrylatorów z 8 szt. na 5 szt. W załączeniu obowiązujący Formularz asortymentowo cenowy.

Jednocześnie Zamawiający modyfikuje treść ogłoszenia o zamówieniu nr 2025/BZP 00565474 z dnia 01.12.2025r. w Sekcji IV – przedmiot zamówienia

- pkt. 4.1.5) Wartość zamówienia:

Jest: 259.259,00 PLN

Winno być: 162.036,88 PLN

- pkt. 4.2.2) Krótki opis przedmiotu zamówienia:

Jest: Przedmiotem zamówienia jest dostawa 8 szt. defibrylatorów.

Winno być: Przedmiotem zamówienia jest dostawa 5 szt. defibrylatorów.

Pozostałe warunki i zapisy pozostają bez zmian,

Dokonane zmiany zostaną zamieszczone na stronie internetowej prowadzonego postępowania, tj. <https://ezamowienia.gov.pl>

Zmiany wprowadzone do treści ogłoszenia o zamówieniu i SWZ są wiążące dla wykonawców.

Zamawiający nie przedłuża terminu składania i otwarcia ofert – termin ten wyznaczony na 09.12.2025r. pozostaje bez zmian.

Z poważaniem
Z-ca DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Z-ca Dyrektora
Ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
mgr Jan Sawicz

.....
(pieczęć wykonawcy)

data sporządzenia oferty
Załącznik nr
do umowy nr
z dnia

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY
na zakup defibrylatorów na potrzeby
Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia
przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu

WYKONAWCA:
(nazwa wykonawcy/firmy składającej ofertę)

ADRES:
(dokładny adres wykonawcy/firmy)

ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli jest inny niż powyżej):

TEL./FAX.
(dokładny adres dla korespondencji jeżeli jest inny niż powyżej)

.....
(dokładne numery telefonu oraz numer faxu do wykonawcy/firmy dla korespondencji dot. niniejszego postępowania)

adres e-mail wykonawcy:
(dla korespondencji dotyczącej niniejszego postępowania)

KRS lub nr i data wpisu do ewidencji działalności gospodarczej oraz organ prowadzący

NIP: **REGON:**

Dane dotyczące rachunku bankowego:
(podać nazwę banku) (podać numer konta, na który będzie przelewane wynagrodzenie z tyt. wykonywania umowy)

Część I: DANE TECHNICZNE I UŻYTKOWE

OPIS WYMAGANYCH, PARAMETRÓW TECHNICZNYCH, WŁASNOŚCI UŻYTKOWYCH I INNYCH	WYMAGANE*	Parametry oferowane - należy potwierdzić spełnienie warunków wymaganych oraz podać zakresy oferowane i opisać**
	TAK/NIE lub warunki brzegowe	

I.	Defibrylatory – 5 szt. Aparaty fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2025r., nieużywane, nie rekondycjonowane, nie demonstracyjne, przenośne z wbudowanym uchwytem transportowym w najnowszej wersji sprzętowej i oprogramowania na dzień składania oferty	TAK podać nazwę/model/producenta	
PARAMETRY OGÓLNE			
1	Urządzenie do monitorowania i defibrylacji (tryb manualny oraz AED)	Tak, podać	
2	Masa defibrylatora wyposażonego w łyżki do defibrylacji zewnętrznej, akumulator, rejestrator – max. 6 kg	Tak, podać	
3	Aparat odporny na zalanie wodą - min. klasa IP55	Tak, podać	
4	Defibrylator odporny na upadek z wysokości min. 70cm	Tak, podać	
5	Temperatura pracy: min od 0 do +40°C	Tak, podać	
6	Uchwyty na ramę łóżka	Tak, podać	
7	Menu, komunikaty głosowe, instrukcja obsługi w języku polskim.	Tak, podać	
ZASILANIE I SYSTEM AUTOTESTÓW			
8	Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie poniżej 4 godzin	Tak, podać	
9	Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci	Tak, podać	
10	Wbudowany akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi, ze wskaźnikiem stopnia jego naładowania.	Tak, podać	
11	Czas pracy na akumulatorze min. 300 minut monitorowania	Tak, podać	
12	Możliwość wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach	Tak, podać	

13	Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230V (zintegrowany zasilacz)	Tak, podać	
14	Programowanie automatycznie, codziennie wykonywanego testu bez włączenia defibrylatora, przy zamontowanym akumulatorze, łyżkach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test) oraz bez podłączenia do sieci elektrycznej. Możliwość ustawienia pełnej godziny wykonania testu w zakresie 1:00 – 24:00. Zapis wyniku testu w archiwum.	Tak, podać	
15	Wydruk testu potwierdzającego jego wykonanie. Na wydruku: data/godzina, numer seryjny aparatu, wynik testu. Dostępne archiwum przeprowadzonych testów z możliwością ponownego wydruku.	Tak, podać	
INNE			
16	Łączność przewodowa (LAN) z centralą CMS. Obsługa: - standardu HL7 - protokołu FTP - adresowania IP: dynamicznie i statycznie - serwerów DNS - ochrony danych	Tak, podać	
17	Przesyłane dane do CMS: - Informacje o pacjencie - Informacje o urządzeniu - Informacje o konfiguracji - Krzywe - Dane trendów - Wartości monitorowanych parametrów - Alarmy - Raporty autotestów - Raporty testów użytkownika	Tak, podać	
18	Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową Możliwość zarządzania danymi oraz ich przesyłania poprzez obsługę sieci bezprzewodowych WLAN min: 802.11 a/b/g/n (2,4 i 5 GB)	Tak, podać	

19	Możliwość rozbudowy o czujnik RKO – czujnik monitorowania uciśnięć z wyświetlaniem parametrów jakości RKO, w tym krzywej głębokości uciśnięć na ekranie urządzenia	Tak, podać	
WYŚWIELANIE, REJESTRACJA, ARCHIWIZACJA DANYCH			
20	Ekran kolorowy LCD typu TFT o przekątnej min. 8" zabezpieczony hartowanym/wzmocnionym szkłem	Tak, podać	
21	Wysoka rozdzielczość ekranu min. 1024x768 pikseli	Tak, podać	
22	Ekran dotykowy	Tak, podać	
23	Możliwość wyświetlania na ekranie 5 krzywych dynamicznych.	Tak, podać	
24	Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej	Tak, podać	
25	Wbudowana drukarka/rejestrator termiczny	Tak, podać	
26	Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm	Tak, podać	
27	Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych	Tak, podać	
28	Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 1000 zdarzeń, min. 150 godzin trendów (rozdzielczość 1 min.), 120 godz. ciągłego zapisu EKG, raport autotestu urządzenia	Tak, podać	
29	Eksport zarchiwizowanych danych za pomocą pamięci typu Pendrive	Tak, podać	
DEFIBRYLACJA			
31	Dwufazowa fala defibrylacji	Tak, podać	
32	Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja)	Tak, podać	
33	Możliwość wykonania kardiowersji. Synchronizacja z zapisem EKG z żyłek, elektrod, kabla EKG, znacznik synchronizacji widoczny nad załamkiem R elektrokardiogramu	Tak, podać	
34	Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J	Tak, podać	
35	Możliwość wyboru jednego spośród min. 23 poziomów energii defibrylacji	Tak, podać	

36	Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej. Dostępne min. 3 rozmiary łyżek: dla pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków.	Tak, podać	
37	Możliwość wykonania defibrylacji tylko przy zasilaniu z sieci elektrycznej (np. przy uszkodzonym akumulatorze).	Tak, podać	
38	Czas ładowania do energii 200J max. 3 sekund	Tak, podać	
39	Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodnie z aktualnymi wytycznymi PRC/ERC/AHA z min. 2020/21 roku	Tak, podać	
40	Możliwość aktualizacji protokołu AED	Tak, podać	
41	Energia defibrylacji w trybie AED dla dorosłych w zakresie min. od 100 do 360J	Tak, podać	
42	Energia defibrylacji w trybie AED dla dzieci w zakresie min. od 10 do 200J	Tak, podać	
43	W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J	Tak, podać	
44	Metronom uciśnięć klatki piersiowej w trybie defibrylacji ręcznej oraz AED.	Tak, podać	
45	Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych. W zestawie komplet elektrod radiotransparentnych dla dorosłych (o wadze min. 25 kg).	Tak, podać	
46	Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej	Tak, podać	
47	Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych	Tak, podać	
48	Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta dostępny na łyżkach i na ekranie defibrylatora.	Tak, podać	
EKG			
49	Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń	Tak, podać	

50	Analiza arytmii – wykrywane min. 23 kategorie zaburzeń rytmu w tym VF, ASYS, BRADY, TACHY, AF	Tak, podać	
51	Analiza odcinka ST – jednoczesny pomiar odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach w zakresie co najmniej od -2,0 do +2,0 mV	Tak, podać	
52	Analiza zmian odcinka QT oraz obliczanie wartości QTc	Tak, podać	
53	Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-300 B/min.	Tak, podać	
54	Wzmocnienie sygnału na min. 6 poziomach: x0,125; x0,25; x0,5; x1; x2; x4; auto	Tak, podać	
55	Wybór odprowadzeń z: elektrod ekg, łyżek defibrylacyjnych, jednorazowych elektrod do defibrylacji/stymulacji	Tak, podać	
56	Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora - CF	Tak, podać	
57	Złącze - wejście synchronizujące sygnał ekg z zewnętrznego kardiomonitora dowolnego producenta	Tak, podać	
58	Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej i wstępną ocenę rytmu serca bez przerywania ucisknięć.	Tak, podać	
RESPIRACJA IMPEDANCYJNA			
59	Pomiar respiracji metodą impedancyjną	Tak, podać	
60	Zakres pomiaru od min. 0-200 odd./min. z rozdzielczością 1 odd./min.	Tak, podać	
61	Czas alarmu bezdechu od min. 10-40 sek.	Tak, podać	
62	Wyświetlana krzywa respiracji na ekranie defibrylatora z możliwością wyłączenia	Tak, podać	
NIEINWAZYJNA STYMULACJA ZEWNĘTRZNA			
63	Tryby stymulacji: sztywny oraz na żądanie	Tak, podać	
64	Nateżenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA	Tak, podać	
65	Zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp./min	Tak, podać	

66	Możliwość ustawienia czasu impulsu stymulacyjnego, do wyboru: 20 ms lub 40 ms.	Tak, podać	
SPO2			
67	Zakres pomiaru saturacji min. 1-100 % z rozdzielczością 1%	Tak, podać	
68	Zakres pomiaru pulsu min 20-300 uderz./min z rozdzielczością 1 uderz./min	Tak, podać	
69	Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie urządzenia	Tak, podać	
70	Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych	Tak, podać	
NIBP			
71	Pomiar nieinwazyjny ciśnienia krwi (NIBP) metodą oscylometryczną.	Tak, podać	
72	Wyświetlane wartości ciśnień: skurczowe, rozkurczowe oraz średnie	Tak, podać	
73	Tryby pracy: ręczny, auto, ciągły (STAT)	Tak, podać	
74	Zakres pomiaru od 10-290 mmHg, pomiar ręczny i automatyczny z rozdzielczością 1 mmHg	Tak, podać	
75	Pomiar w trybie auto w zakresie od min. 1 do 480 min.	Tak, podać	
EtCO2			
76	Pomiar CO2 w zakresie od min. 0-150 mmHg z rozdzielczością 1 mmHg	Tak, podać	
77	Zakres pomiaru awRR od min. 0-150 odd./min. z rozdzielczością 1 odd./min.	Tak, podać	
INNE			
78	Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów mierzonych	Tak, podać	
INNE			
1	Instrukcja obsługi przedmiotu oferty w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej (dostarczyć wraz z urządzeniami)	TAK	
2	Oświadczamy, że przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do pracy zgodnie z instrukcją obsługi.	TAK	

3	Zainstalowanie oraz oddanie do użytkowania (uruchowienie)	TAK	
4	Przeprowadzenie szkoleń personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzeń w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego w jego siedzibie bez względu na ilość personelu. Szkolenia powinny się zakończyć certyfikatem potwierdzającym odbycie szkolenia.	TAK	
5	Tabliczka znamionowa	TAK	
6	Wraz z urządzeniami Wykonawca dostarczy paszport techniczny	TAK	
GWARANCJA			
1	Gwarancja wymagana min. 24 miesiące - należy podać okres udzielonej gwarancji; Gwarancja biegnie od daty obustronnego podpisania protokołu odbioru.		
2	Autoryzowany serwis (załączyć dokument na dystrybucję i serwis urządzeń) - możliwość niezwłocznego kontaktu z serwisem, w przypadku awarii Wykonawca przystąpi do naprawy w ciągu 24 godzin (w dni robocze) od zgłoszenia; - czas usunięcia awarii nie powinien przekroczyć 7 dni roboczych bez konieczności importu części zamiennych, czas wykonania napraw w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych.		
3			
4	Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia		
5	- nazwa serwisanta oraz nr tel./fax pod który będą zgłaszane usterki, godziny pracy		
5	Wykonawca zobowiązuje się do wymiany przedmiotu umowy na nowy, w okresie gwarancji, w przypadku wystąpienia trzech istotnych awarii tego samego elementu lub w przypadku niemożności dokonania naprawy. Wykonawca dokona wymiany, o jakiej mowa w zdaniu pierwszym w terminie przez strony uzgodnionym, jednak nie dłuższym niż 7 dni.		

6	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów przez minimum 10 lat od dostawy aparatu	
7	Zalecenia producenta dotyczące częstotści wykonywania okresowych przeglądów technicznych w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym	
8	Gwarancja aktualizacji oprogramowania do najnowszej dostępnej wersji na rynku przez 24 miesiące od daty odbioru, podczas każdego wykonywanego przeglądu.	

* - w przypadku, gdy w rubryce „WYMAGANIE” wymagana jest odpowiedź TAK lub podana wartość graniczna, to oferent jest zobowiązany do potwierdzenia jej w rubryce „PARAMETRY OFEROWANE”.

Każda inna odpowiedź zostanie uznana za niespełnienie warunku granicznego i spowoduje odrzucenie oferty;

** - w rubryce „Parametry oferowane: należy potwierdzić spełnienie warunków wymaganych oraz je opisać, podać zakresy oferowane i wskazać dokument i stronę załączonych dokumentów, na której znajdują się informacje potwierdzające udzielone odpowiedzi.

Część II: TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA: w terminie do 23 grudnia 2025r.

Część III: OFERTA CENOWA

Lp.	Zamawiany sprzęt o cechach określonych w części I	Zamawiana ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość zamówienia netto (bez VAT)	Stawka % VAT	Wartość zamówienia brutto (z VAT)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Defibrylator	5 szt.			%	
OGÓŁEM:							
Słownie, wartość brutto z kol. 8							

UWAGA! W przypadku mieszanych stawek podatku VAT, należy podać poszczególne wartości netto i brutto odpowiadającej danej stawce podatku VAT, wówczas wykonawca powinien dokonać rozbitcia pozycji 1 na mniejsze i przyporządkować stawki VAT do zakresu rzeczowego

OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z warunkami specyfikacji warunków zamówienia oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że podana cena obejmuje wszystkie koszty realizacji zamówienia, w tym przepisane prawem podatki, akcyzę, opłaty celne i graniczne, koszty dostarczenia przedmiotu oferty zamawiającemu (transportu i ubezpieczenia), jego zainstalowanie i uruchomienia oraz koszty szkolenia personelu zamawiającego.
3. Termin płatności faktury akceptuję na 30 dni (licząc od daty jej doręczenia zamawiającemu).
4. Rodzaj wykonawcy:

☐ mikroprzedsiębiorstwo,

- ☐ małe przedsiębiorstwo,
- ☐ średnie przedsiębiorstwo,
- ☐ jednoosobowa działalność gospodarcza,
- ☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,
- ☐ inny rodzaj.

5. oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)]".

.....

Podpis osoby upoważnionej