**Załącznik nr 1**

**do zapytania ofertowego Zestaw do trudnych intubacji**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Wykonawca:**

**Składam ofertę samodzielnie\***:

Nazwa

Siedziba

Województwo ………………………………………..……….

REGON ………………………………………. NIP ………………………..…….…… KRS/CEIDG……………………..…..………

Reprezentowany przez:……………………………………………………………………………………………….………………………

(imię, nazwisko)

…………………………….………………………………………………………….………………………………………………………………… (podstawa do reprezentacji)

**Dane, na które Zamawiający będzie się kontaktował z Wykonawcą:**

**e-mail** ………………………………………… **nr telefonu** …………………………………………

Ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia jest*\*\**:

imię i nazwisko ……………………………………….………

tel. kontaktowy ……………………………… e-mail ………..…..………………………

*(Pełnomocnictwo w załączeniu)*

*\*/\*\*usunąć jeśli nie dotyczy*

1. W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu pn.:

**1** **zestaw do trudnych intubacji wraz niezbędnym wyposażeniem**

oferuję(emy) wykonanie przedmiotowego zamówienia na następujących warunkach:

1. **Cena ofertowa** za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi **(Kryterium oceny oferty):**

**brutto** ………………………….……………………………………..……………. zł

w tym podatek w………………………… % kwota netto ………………………………………………………….………… zł

w tym podatek w………………………… % kwota netto ………………………………………………………….………… zł

*(wartości poszczególnych składowych zestawu ze wskazaniem stawek podatku VAT przedstawimy na fakturze)*

1. **Okres gwarancji i rękojmi** na przedmiot zamówienia (zaoferowane urządzenia): ……………………….………. **miesięcy.**
2. Uwaga! Wymagany minimalny okres gwarancji i rękojmi wynosi **24** miesiące.
3. **Okres gwarancji** na produkcję części zamiennych do wyrobów medycznych przedmiot zamówienia (zaoferowane urządzenia): ……………………….………. **miesięcy. (Kryterium oceny oferty)**
4. Deklarujemy maksymalny termin wykonania przedmiotu zamówienia - w wymiarze: ……………………… **dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy.**
5. **Zestaw do trudnych intubacji – 1 zestaw**

**NAZWA PRODUKTU: ……………………..**

**TYP:…………………………………………..**

**NR KATALOGOWE GŁÓWNYCH SKŁADOWYCH:……………………….**

**NAZWA PRODUCENTA:………………….**

**KRAJ POCHODZENIA PRODUKTU:………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - DANE TECHNICZNE** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY-nazwa/ model/typ/nr katalogowy/parametr***lub inne oznaczenia identyfikacyjne, które pozwolą w sposób jednoznaczny zidentyfikować dany produkt* |
| **I** | **JEDNOSTKA CENTRALNA** | TAK |  |
|  | Kompaktowy tor wizyjny złożony z monitora, źródła światła i procesora kamery - wszystkie elementy zintegrowane w jednym urządzeniu. | TAK |  |
|  | Tor wizyjny kompatybilny z:- z dedykowanymi giętkimi wideoendoskopami opisanymi w punkcie II, III. | TAK |  |
|  | Zintegrowany monitor o przekątnej min. 18,5", rozdzielczość min. FULL HD 1920 x 1080, z ekranem dotykowym | TAK, podać |  |
|  | Zintegrowane źródło światła LED z przyłączem do światłowodów  | TAK |  |
|  | Wyjście wideo typu DVI-D lub HDMI do podłączenia zewnętrznego monitora  | TAK, podać |  |
|  | Min. 5 gniazd USB do podłączenia opcjonalnych akcesoriów, takich jak pamięć USB, dedykowana drukarka  | TAK, podać |  |
|  | Gniazdo sieciowe do połączenia z siecią informatyczną  | TAK |  |
|  | Pamięć wewnętrzna min. 45 GB | TAK, podać |  |
|  | Obsługa funkcji urządzenia bezpośrednio poprzez ekran dotykowy monitora | TAK |  |
|  | Funkcja wprowadzania danych pacjenta poprzez klawiaturę ekranową wyświetlaną na monitorze | TAK |  |
|  | Funkcja zapisu zdjęć w formacie min. JPEG i wideo w formacie min. MPEG-4 w pamięci wewnętrznej, pamięci USB lub w lokalizacji FTP na serwerze sieciowym | TAK, podać |  |
|  | Ustawienie bezpiecznego dostępu do urządzenia poprzez konta użytkowników zabezpieczone indywidualnymi hasłami | TAK |  |
|  | Funkcja regulacji jasności | TAK |  |
|  | Funkcja zatrzymania (zamrożenia) obrazu  | TAK |  |
|  | Funkcja cyfrowego powiększenia obrazu  | TAK |  |
|  | Funkcja zmiany orientacji obrazu: obrót o 180 st., odbicie lustrzane | TAK |  |
|  | Tor wizyjny wyposażony w mocowanie VESA | TAK |  |
|  | Waga urządzenie nie większa niż 10 kg | TAK, podać |  |
|  | Kompatybilny stojak na kółkach – min. 2 koła z blokadą | TAK, podać |  |
| **II** | **GIĘTKI WIDEOENDOSKOP INTUBACYJNY – 1 KOMPLET** | TAK |  |
|  | Przetwornik wideo CMOS zintegrowany w końcu dystalnym wideoendoskopu z układem optycznym zapewniającym pełnoekranowe wyświetlanie obrazu na monitorze | TAK |  |
|  | Zintegrowane źródło światła LED | TAK |  |
|  | Adapter umożliwiający zamocowanie oraz bezproblemowe odłączenie rurki intubacyjnej | TAK |  |
|  | Średnica końcówki dystalnej max. 3,0 mm | TAK, podać |  |
| 1.
 | Kąt wygięcia końcówki dystalnej góra/dół min. 135° / 135° | TAK, podać |  |
|  | Kierunek patrzenia 0° | TAK |  |
|  | Pole widzenia min. 95° | TAK, podać |  |
|  | Długość robocza max. 55 cm | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita max. 75 cm | TAK, podać |  |
|  | Stopień ochrony IPX8 | TAK |  |
|  | Waga nie większa niż 340 g | TAK, podać |  |
|  | Możliwość szybkiego odłączenia i podłączenia do monitora | TAK |  |
|  | Sterylizacja typu: tlenek etylenu lub Sterrad  | TAK, podać |  |
|  | Dedykowany kontener do sterylizacji i przechowywania giętkiego wideoendoskopu | TAK |  |
| **III** | **GIĘTKI WIDEOENDOSKOP INTUBACYJNY - 2 KOMPLETY** | TAK |  |
|  | Przetwornik wideo CMOS zintegrowany w końcu dystalnym wideoendoskopu z układem optycznym zapewniającym pełnoekranowe wyświetlanie obrazu na monitorze | TAK |  |
|  | Zintegrowane źródło światła LED | TAK |  |
|  | Adapter umożliwiający zamocowanie oraz bezproblemowe odłączenie rurki intubacyjnej | TAK |  |
|  | Gniazdo zamocowania zdejmowanego zaworu ssącego | TAK |  |
|  | Średnica końcówki dystalnej min 4,0 max 4,2 mm, | TAK, podać |  |
|  | Kąt wygięcia końcówki dystalnej góra/dół min. 135° / 135° | TAK, podać |  |
|  | Kąt patrzenia 0° | TAK |  |
|  | Długość robocza max. 68 cm | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita max. 95 cm | TAK, podać |  |
|  | Średnica kanału roboczego max. 1,7 mm, | TAK, podać |  |
|  | Stopień ochrony IPX8 | TAK |  |
|  | Waga nie większa niż 390 g | TAK, podać |  |
|  | Możliwość szybkiego odłączenia i podłączenia do monitora | TAK |  |
|  | Sterylizacja typu: tlenek etylenu lub Sterrad | TAK, podać |  |
|  | W zestawie tester szczelności, zawór ssący (min. 20 szt.), adapter do podłączenia do myjni, szczoteczka czyszcząca do kanału roboczego, walizka | TAK, podać |  |
|  | Pojemnik do sterylizacji i przechowywania giętkiego wideoendoskopu 2 szt. | TAK |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***WARUNKI DOSTAWY* I *SERWISU GWARANCYJNEGO*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1. | Rok produkcji oferowanych urządzeń – nie starszy niż 2023 | TAK – podać |  |
| 2. | Oświadczam, że oferowane produkty są fabrycznie nowe, kompletne i będą po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi). | Potwierdzić |  |
| 3.  | Okres gwarancji jakości ( gwarancja) min. 24 max. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru. | TAK, podać okres gwarancji |  |
| 4. | Dostawa montaż i instalacja urządzeń / sprzętów przez upoważnionego pracownika Wykonawcy w miejsce wskazanym przez Zamawiającego . | TAK – potwierdzić |  |
| 5. | W okresie gwarancji obowiązkowo dokonać nieodpłatnie przeglądy techniczne (nie mniej niż wynika z zaleceń i wskazań producenta, ostatni przegląd na koniec okresu gwarancyjnego); przeglądy każdorazowo potwierdzone raportem serwisowym określającym szczegółowy zakres wykonanych czynności.  | TAK, podać ilość i częstotliwość przeglądów |  |
| 6. | Szczegółowy zakres przeglądów urządzeń medycznych  | podać |  |
| 7. | W okresie gwarancji, po wykonaniu max. 3 napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu / urządzenia wymaga się wymiany tego podzespołu / urządzenia na nowe. | TAK – potwierdzić |  |
| 8. | Czas naprawy urządzenia wynosi max. 5 dni od zgłoszenia emailem, faxem bądź tel. Na wskazany numer (dotyczy dni roboczych). Termin może ulec wydłużeniu o czas niezbędny do sprowadzenia uszkodzonego elementu, jednak nie dłużej łącznie niż do 10 dni roboczych – Wykonawca ma obowiązek dostarczenia urządzenia zastępczego najpóźniej w 5 dniu roboczym od zgłoszenia. | TAK – potwierdzić |  |
| 9. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie UE | TAK,Podać dane adresowe |  |
| 10. | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wymagane dokumenty: 1. Instrukcja obsługi w języku polskim (lub przetłumaczona na język polski) w formie wydrukowanej i w wersji elektronicznej na nośniku danych (płyta CD/DVD lub pamięć USB).
2. Deklaracje zgodności dla wyrobu medycznego
 | TAK – potwierdzić |  |
| 11. | Wypełnione karty gwarancyjne oraz paszporty techniczne na każde urządzenie, które tego wymaga. | TAK – potwierdzić |  |
| 12. | Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 5 lat od dostawy. | TAK – potwierdzić |  |
| 13.  | Instruktaż obsługowy, szkolenie dla personelu medycznego (minimum 4 osoby) w miejscu użytkowania sprzętu zakończone protokołem. | TAK podać |  |
| 14. | Oświadczam, że oferowany wyrób medyczny: został zgłoszony Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub został wpisany do rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu, lub że dokonano powiadomienia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wyrobie w trybie art. 138 ustawy o wyrobach medycznych oraz oświadczam, że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego **(nie dotyczy poz. I.19)** | Podać właściwe  |  |
| 15. | Oświadczam, że oferowane w zestawie wyroby medyczne posiadają deklaracje zgodności oraz że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego. **(nie dotyczy poz. I.19)** | TAK -potwierdzić |  |
| 16 | Miejsce realizacji uprawnień gwarancyjnych: siedziba Zamawiającego  | TAK – potwierdzić |  |
| 17. | Wypełnione karty gwarancyjne oraz paszporty techniczne na każde urządzenie, które tego wymaga. | TAK - potwierdzić |  |

1. Oświadczenia
2. Oświadczam(y), że wypełniłem/liśmy 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 i w związku z realizacją umowy w sprawie przedmiotowego zamówienia. Dodatkowo zobowiązujemy się do wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskam(my) w przypadku zmian zakresu lub celu pozyskanych danych osobowych oraz zapoznałem się z Klauzula informacyjna stanowiąca załącznik nr 4.
3. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszym zapytaniu.
4. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do sporządzenia oferty i właściwego wykonania zamówienia.
5. Oświadczam(y), że jestem(śmy) związany(ni) niniejszą ofertą na czas 30 dni.
6. Oświadczam(y), że w razie wybrania mojej(naszej) oferty zobowiązuję(emy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy dołączonym do zapytania w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
7. Wyrażam(y) zgodę na otrzymanie zapłaty w ciągu 30 dni od daty doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, zgodnie z postanowieniami wzoru umowy.

**………………………………………………**

data podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(nych)

do reprezentacji wykonawcy

**Załącznik nr 2
do zapytania ofertowego Zestaw do trudnych intubacji**

**Wykonawca:**

Nazwa

Siedziba

Reprezentowany przez: …………………………………………………………………..……………………………

 (imię, nazwisko)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na dostawę Zestawu do trudnych intubacji z niezbędnym wyposażeniem**,** oświadczam(y), co następuje:

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania z uwagi na powiązania osobowe lub kapitałowe z zamawiającym.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Oświadczam(y), że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………, dn. ……………. …………………………………………….....

podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(nych)

do reprezentacji wykonawcy

**Załącznik nr 3
do zapytania ofertowego Zestaw do trudnych intubacji**

**Wykonawca:**

Nazwa

Siedziba

Reprezentowany przez: …………………………………………………………………..……………………………

 (imię, nazwisko)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na dostawę Zestawu do trudnych intubacji z niezbędnym wyposażeniem oświadczam(y), co następuje:

Oświadczam, **że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego** (Dz.U. z 2022 r., poz. 835). Zgodnie z poniższym, oświadczam, iż:

* + - 1. **Nie jestem wymieniony** w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006
			i rozporządzeniu 269/2014 albo **nie zostałem** wpisany na listę na podstawie decyzji
			w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka w postaci wykluczenia
			z postępowania;
			2. **Nie jestem w żaden sposób powiązany**  z beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) ,która jest osobą wymienioną w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będącą takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka w postaci wykluczenia z postępowania;
			3. **Nie jestem w żaden sposób powiązany** z jednostką dominującą, która w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiotem wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanym na listę lub będącym taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji
			w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, w postaci wykluczenia
			z postępowania.

Oświadczam(y), że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………, dn. ……………. …………………………………………….....

podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(nych)

do reprezentacji wykonawcy

**Załącznik nr 4
do zapytania ofertowego Zestaw do trudnych intubacji**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Poniżej znajdziesz niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem 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, – zwanym dalej RODO – w związku zamówieniami Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie („PUM”), do których nie znajdują zastosowania przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r.

|  |  |
| --- | --- |
| Tożsamość administratora danych | Administratorem Twoich danych osobowych jest Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin. |
| Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych | We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez nas Twoich danych osobowych możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email iod@pum.edu.pllub pod numerem telefonu 914800790. |
| Cele przetwarzania i podstawy prawne | **Cel przetwarzania** | **Podstawa prawna** |
| Przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Pomorskim Uniwersytecie w zakresie usług, dostaw lub robót budowlanych, do którego nie znajdują zastosowanie przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r. | art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.  |
| Realizacja ustawowych zadań uczelni  | art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 11 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r.  |
| Ustalenie i dochodzenie odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy oraz obrona przed ewentualnymi roszczeniami w tym zakresie | art. 6 ust. 1 lit. f) RODO w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora |
| Wewnętrzne cele administracyjne, analityczne i statystyczne | art. 6 ust. 1 lit. f) RODO w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora |
| Odbiorcy danych | Twoje dane osobowe mogą być udostępnione następującym kategoriom odbiorców:1. podmiotom, którym muszą zostać udostępnione na podstawie przepisów prawa, w tym właściwym organom do załatwienia konkretnej sprawy
2. podmiotom, z którymi współpracujemy w celu osiągnięcia powyższych celów przetwarzania w związku z przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w tym instytucjom finansowym oraz bankom, firmom świadczącym usługi informatyczne oraz pocztowo-kurierskie
 |
| Okres przechowywania danych | Dane osobowe będą przechowywane przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy. W okresie późniejszym, w zakresie w jakim wymagane jest to przez inne przepisy ustawowe. |
| Prawa osób, których dane dotyczą | W związku z przetwarzaniem przez nas Twoich danych osobowych możesz skorzystać z następujących praw dostępu do swoich danych, sprostowania (poprawiania) danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania.Przysługuje Tobie także prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.Niezależnie od powyższych praw możesz wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych dokonywanego w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora lub interesu publicznego. Twoje dane osobowe przestaną być przetwarzane w tych celach, chyba że zostanie wykazane, że w stosunku do Twoich danych istnieją ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Twoich interesów, praw i wolności lub Twoje dane będą niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.Aby mieć pewność, że jesteś uprawniony do skorzystania z praw możemy prosić Ciebie o podanie dodatkowych informacji pozwalających na dokonanie identyfikacji. |
| Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych | Podanie danych osobowych jest dobrowolne, zaś ich niepodanie skutkować będzie niemożnością wzięcia udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w Pomorskim Uniwersytecie w zakresie usług, dostaw lub robót budowlanych, do którego nie znajdują zastosowanie przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11 września 2019 r. |
| Dodatkowe informacje | Nie będziemy przekazywać Twoich danych poza EOG. Nie podejmujemy decyzji w sposób zautomatyzowany, czyli na podstawie automatycznej analizy danych. |