Ogłoszenie o zamówieniu nr 10/SORFM/2024

FORMULARZ OFERTOWY CZĘŚĆ 5.

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ....................................................................................................

Siedziba: .................................................................................................

Numer NIP: ............................................................................................

Numer REGON: .....................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ..................................................................

Numer telefonu: ......................................................................................

1. Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące dostawy sprzętu medycznego oraz mebli do obszaru resuscytacyjno - zabiegowego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Specjalistycznego Artmedik Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oferuję:

 Łączną kwotę za wykonanie przedmiotu zamówienia określonego jako Część 5
 w zapytaniu ofertowym:

 .……………………………….….. brutto

 Słownie:

 ……………………………………………………………………………………………………………. brutto

**Podgrzewacz przepływowy do krwi i płynów infuzyjnych – 4 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Podgrzewacz przepływowy do krwi i płynów infuzyjnych** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania minimalne** | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | Suchy przepływowy podgrzewacz do krwi i płynów infuzyjnych  | TAK |  |  |  |
| 2. | Możliwość bezpiecznego stosowania do krwi i płynów infuzyjnych | TAK |  |  |  |
| 3. | Możliwość stosowania standardowych przyrządów do przetoczeń krwi lub płynów infuzyjnych | TAK, opisać |  |  |  |
| 4. | Wymiennik ciepła w postaci dwóch niezależnie sterowanych, elastycznych profili grzewczych, o dł. 140 cm każdy, w których umieszcza się dreny infuzyjne | TAK, opisać |  |  |  |
| 5. | Wymiennik ciepła dostosowany do drenów infuzyjnych o średnicy 3,5 – 5,0 mm | TAK |  |  |  |
| 6. | Możliwość regulacji temperatury w zakresie od 33˚C do 41˚C (co 0,1˚) niezależnie dla każdego kanału grzewczego | TAK, podać |  |  |  |
| 7. | Dokładność: ±1°C | TAK |  |  |  |
| 8. | Duży i czytelny wyświetlacz temperatury dla każdego z kanałów grzewczych | TAK |  |  |  |
| 9. | Wizualny i dźwiękowy alarm wysokiej temperatury | TAK |  |  |  |
| 10. | Wizualny i dźwiękowy sygnał niskiej temperatury przy 32 ±1°C | TAK |  |  |  |
| 11. | Wizualne i dźwiękowe ostrzeżenie o awarii czujnika | TAK |  |  |  |
| 12. | Podwójne zabezpieczenie przed przegrzaniem – automatyczny wyłącznik w przypadku przekroczenia temperatury 42±1˚C/43 ±2˚C | TAK, podać |  |  |  |
| 13. | Sterowanie mikroprocesorowe – system autokontroli  | TAK |  |  |  |
| 14. | Szybki czas nagrzewania: mniej niż 2 min od 20˚C do 36˚C | TAK, podać |  |  |  |
| 15. | Wydajność ogrzewania: min. 25 ml/min dla każdego kanału i min. 75 ml/min. w przypadku wykorzystania obu kanałów do podgrzania jednej infuzji | TAK, podać |  |  |  |
| 16. | Waga do 2300 g | TAK, podać |  |  |  |
| 17. | Możliwość zamocowania na stojakach do kroplówek o różnych średnicach za pomocą klamry montażowej | TAK |  |  |  |
| 18. | Wyświetlacz typu LED zawierający wskaźniki temperatury ustawionej, temperatury aktualnej, czasu nagrzewania, indykator ogrzewania, indykatory alarmów i sygnałów ostrzegawczych | TAK |  |  |  |
| 19. | Obsługa za pomocą przycisków membranowych – co najmniej przyciski regulacji temperatury góra/dół, przycisk aktywacji ogrzewania | TAK |  |  |  |
| 20. | Nie dopuszcza się sterowania za pomocą dotykowych wyświetlaczy LCD/OLED, ze względu na utrudnioną obsługę w rękawiczkach oraz ryzyko uszkodzenia mechanicznego | TAK |  |  |  |
| 21. | Możliwość pracy ciągłej | TAK |  |  |  |
| 22. | 100-240 VAC / 50-60 Hz | TAK |  |  |  |
| 23. | Pobór mocy max 180VA | TAK, podać |  |  |  |
| 24. | Maksymalne wymiary urządzenia: 200 x 130 x 250 mm | TAK, podać |  |  |  |
| 25. | Klasa zabezpieczenia elektrycznego I BF | TAK, podać |  |  |  |
| 26. | Klasa ochrony min IPX2 | TAK, podać |  |  |  |
| 27. | Wbudowane złącze wyrównania potencjałów | TAK, opisać |  |  |  |
| 28. | Wyrób medyczny klasy IIb  | TAK, podać |  |  |  |
| 29. | Gwarancja min.24 miesiące  | TAK, podać  |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz jego załącznikami, udostępnioną przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że nie wnoszę do nich uwag oraz, że akceptuję istotne postanowienia zapytania ofertowego oraz treść umowy.
3. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie wskazanym w Zapytaniu ofertowym.
4. Oświadczam, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, rok produkcji 2023, lub nowszy, posiada Deklaracje zgodności CE i zgłoszenie/wpis do rejestru wyrobów medycznych.
5. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2023 poz. 129).

 ………………………………….

 /Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej/