**Załącznik nr 1 do Zaproszenia**

**FORMULARZ-OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | Wymagane minimalne parametry **Eklektrokardiograf szt.1** | **Opis oferowanych parametrów**  **-** opisać w każdym wierszu |
| 1 | 2 | 4 |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Nazwa i typ | Wpisać |
|  | Kraj pochodzenia | Wpisać kraj pochodzenia |
|  | Wymagane minimalne parametry: W kolumnie nr 3 wpisać **TAK** jeżeli spełnia lub **NIE** jeżeli nie spełnia, w kolumnie nr 4 opisać parametry | **Opis oferowanych parametrów**  **-** opisać w każdym wierszu |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż w 2022 r. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Zasilanie: z akumulatora oraz z sieci 230V bez użycia zasilacza. Czas pracy z akumulatora zainstalowanego w aparacie – min. 50 badań automatycznych | Wpisać czas pracy – ilość badań |
|  | Wyświetlacz /ekran LCD graficzny o średnicy min. 3” do max 4” cali | Wpisać przekątną ekranu - ile cali |
|  | Rejestracja i analiza 12 odprowadzeń EKG | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Wyświetlacz winien przedstawiać jednocześnie : min. 3 krzywe EKG z oznaczeniem odprowadzenia, wybraną prędkość i czułość zapisu, włączone filtry, wartość HR lub inop, stan naładowania akumulatora | Opisać |
|  | Wydruk na papierze termoczułym o szerokości min. 5 cm max 6 cm | Podać szerokość papieru |
|  | Wydruk winien obrazować: krzywe w grupach po 3 odprowadzenia w układzie standardowym, datę i godz. badania, ustawienie filtrów | Opisać |
|  | Klawiatura funkcyjna 1- membranowa z przyciskami opisującymi funkcje, dopuszcza się klawiaturę alfanumeryczną | Opisać jaka klawiatura |
|  | Menu w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylacyjnym | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Waga aparatu max. do 2,5 kg | Wpisać wagę aparatu |
|  | **Wyposażenie:** |  |
|  | Kabel pacjenta  Elektrody kończynowe ( 4 szt. ) , elektrody przedsercowe 6 szt. pas gumowy o szerokości min. 80 mm utrzymujący elektrody | Opisać |
|  | Torba na zestaw | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Certyfikat CE potwierdzający zgodność  z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Folder z opisem parametrów urządzenia | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Gwarancja min 24 miesięczna, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty | Wpisać okres gwarancji |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny w Polsce – załączyć autoryzacje i wykaz punktów serwisowych – do dostawy | Wpisać TAK lub NIE – załączyć autoryzację i wykaz |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii do 72 godz. W okresie gwarancji | Podać czas reakcji |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia awarii do jej usunięcia w okresie gwarancji do 7 dni roboczych, | Podać oferowany czas |

Wykonawca oświadcza, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie   
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………….

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY (strona 2 )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry**: nożyczki ratownicze** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Służące do cięcia materiałów opatrunkowych, ubrań, pasów zabezpieczających itp. |  |
| 2 | Ostrze wykonane ze stali nierdzewnej o dużej wytrzymałości na zginanie. Na końcu dolnego ostrza zabezpieczenie w postaci „kulki” chroniące przez skaleczeniem |  |
| 3 | Rękojeść pokryta materiałem izolacyjnym np. polipropylenem w taki sposób by w trakcie cięcia palce ręki nie miały styczności ze stalą. |  |
| 4 | Dolny uchwyt mieści co najmniej dwa palce |  |
| 5 | Długość powierzchni tnącej min. 4,5 – 6 cm |  |
| 6 | Długość min. 16 cm d 20 cm |  |
| 7 | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim- dołączona do dostawy |  |
| 8 | Folder z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 9 | Okres gwarancji min. 12 miesięcy. Karta gwarancyjna- dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry  **ciśnieniomierza elektronicznego** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 202204-19220162016 |  |
| 1 | Automatyczny, elektroniczny pomiar na ramieniu |  |
| 2 | Mankiet wykonany z materiału , który można prać i dezynfekować, o szerokości 13-15 cm |  |
| 3 | Podświetlany wyświetlacz LCD, prezentujący datę, godz. oraz ciśnienie i tętno |  |
| 4 | Zakres pomiarowy ciśnienia: min.30 - 280 mmHg |  |
| 5 | Zakres pomiarowy tętna: 40 - 199 uderzeń/minutę |  |
| 6 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG – dołączona do oferty |  |
| 7 | Folder z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 8 | Okres gwarancji min. 12 miesięcy .Karta gwarancyjna- dołączona do dostawy |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim- dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane parametry  **koc bakteriostatyczny** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. | Wykonana z materiału o właściwościach bakteriostatycznych |  |
| 2 | Materiał zgrzewany, koc o wymiarach min. 140x200cm |  |
| 3. | Wentylowany -  oddychający, utrzymujący ciepło |  |
| 4. | Wodoodporny – nie przepuszczający płynów i cieczy |  |
| 5. | Mający właściwości niepalne |  |
| 6.. | Możliwość prania ręcznego w temp. do 90 o C oraz dezynfekcji ogólnodostępnymi płynami z użyciem gąbki |  |
| 7. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim- dołączona do dostawy |  |
| 8.. | Folder aparatu z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 9. | Okres gwarancji min 12 miesięcy. Karta gwarancyjna - dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt – torby spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry  **nożyczki opatrunkowe LISNER** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Służące do cięcia materiałów opatrunkowych |  |
| 2 | Wykonane ze stali nierdzewnej |  |
| 3 | Wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji |  |
| 4 | Długość min. 16-20 cm |  |
| 5 | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim- dołączona do dostawy |  |
| 6 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG |  |
| 7 | Folder z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 8 | Okres gwarancji min 12 miesięcy. Karta gwarancyjna- dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry **termometr lekarski** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Pomiar bezdotykowy na podczerwień – pomiar w odległości 3-5 cm od czoła. |  |
| 2 | Bezrtęciowa technologia pomiaru |  |
| 3 | Zakres pomiaru nim od 32-43o C, sygnał dźwiękowy końca pomiaru |  |
| 4 | Wyświetlacz LCD |  |
| 5 | Zasilany z baterii, baterie w komplecie z termometrem |  |
| 6 | Informacja dźwiękowa o zakończeniu pomiaru |  |
| 7 | Automatyczne wyłączenie po max. 10 sekundach |  |
| 8 | Instrukcja obsługi w języku polskim- dołączona do dostawy |  |
| 9 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG |  |
| 10 | Folder z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 11 | Okres gwarancji min. 12 miesięcy. Karta gwarancyjna- dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ - OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P | Wymagane minimalne parametry –  **Zestawu triage** | **Wpisać dane i parametry oferowane** |  |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Zestaw nowy , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Zestaw składający się z: |  |
| a) | Kamizelek odblaskowych w kolorze żółtym:   1. Kamizelka oznaczona napisem „ Kierujący akcją medyczną – 1 szt. 2. Kamizelka oznaczona napisem „ Transport” – 1 szt 3. Kamizelka oznaczona napisem „Triage” – 1 szt. |  |
| b) | Świateł chemiczne w kolorach: zielony – 1 szt, czerwony -1 szt, żółty – 1 szt. |  |
| c) | Opasek odblaskowych w kolorach: czerwonym, zielonym, żółtym i  czarnym (biała opaska z czarną szachownicą) – po 10 szt. |  |
| d) | Kart do segregacji wykonanych z wodoodpornego i nierozrywalnego papieru umieszczone w koszulce ochronnej, z możliwością zawieszenia – 50 szt. |  |
| e) | Ołówka odpornego na łamanie – 1 szt. |  |
| f) | Markera- 1 szt. |  |
| g) | Długopisu -1 szt. |  |
| 2. | Torebki na zestaw |  |
| 3. | Folder – dołączony do oferty |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry  **rękojeści do laryngoskopów dla dorosłych** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Wykonana ze stali nierdzewnej |  |
|  | Uchwyt- rękojeść z oświetleniem w technologii diodowej **LED** lub z żarówką ksenonowo-halogenową |  |
| 2 | Kompatybilna ze wszystkimi łyżkami laryngoskopowymi w standardzie ISO 7376-3/EN 1819 (zielony standard). |  |
| 3 | Zasilanie - 2 baterie alkaliczne R14 |  |
| 4 | Możliwość dezynfekcji. |  |
| 5 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG |  |
| 6 | Folder z opisem parametrów |  |
| 7 | Gwarancja min 24 miesiące. Karta gwarancyjna |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry  **rękojeść do laryngoskopów dla dzieci** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Wykonana ze stali nierdzewnej |  |
|  | Uchwyt- rękojeść z oświetleniem w technologii diodowej **LED** lub z żarówką ksenonowo-halogenową |  |
| 2 | Kompatybilna ze wszystkimi łyżkami laryngoskopowymi w standardzie ISO 7376-3/EN 1819 (zielony standard). |  |
| 3 | Zasilanie - 2 baterie alkaliczne AA ( R6) |  |
| 4 | Możliwość dezynfekcji. |  |
| 5 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG |  |
| 6 | Folder z opisem parametrów |  |
| 7 | Gwarancja min. 24 miesiące. Karta gwarancyjna |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry:  **ciśnieniomierz ze stetoskopem dla dzieci** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Manometr zegarowy w zakresie 0-300mmHg |  |
| 2 | Mankiety zawijane ( nie na rzepy) wykonane z materiału , który można prac i dezynfekować – 3 szt. w różnych rozmiarach |  |
| 3 | Wkład gumowy mankietu z dwoma wężykami + pompka |  |
| 4 | Stetoskop z płaską główką |  |
| 5 | Waga całego zestawu gotowego do użycia – z jednym mankietem) do 300 g |  |
| 6 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG |  |
| 7 | Folder z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 8 | Okres gwarancji min. 12 miesięcy .Karta gwarancyjna- dołączona do dostawy |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim- dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry **pojemnik reimplantacyjny** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Pojemnik izotermiczny o pojemności 4l,  pojemność użytkowa 1,5 L |  |
| 2 | Utrzymuje temperaturę wewnątrz pojemnika 4 +- 2C przez okres min. 2 godz. |  |
| 3 | Pakiety chłodzące min 2 szt. |  |
| 4 | Waga wraz z pakietami chłodzącymi: max. 2kg |  |
| 5 | Wykonany z materiału zmywalnego warstwa wewnętrzna i zewnętrzna |  |
| 6 | Folder z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 7 | Okres gwarancji min. 12 miesięcy .Karta gwarancyjna- dołączona do dostawy |  |
| 8 | Instrukcja obsługi w języku polskim- dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane parametry:  **plecak medyczny** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. | Wykonany z cordury w kolorze czerwonym |  |
| 2. | Wymiary : wysokość 60-70cm, szerokość 50-60 cm, głębokość 25-30cm |  |
| 3. | Posiadający regulowane uchwyty( szelki) do noszenia pionowo, poziomo i na plecach |  |
| 5. | Spód wzmocniony materiałem wodoodpornym, odpornym na ścieranie |  |
| 6. | Wyposażony w ampularium na 160-180 ampułek – 1 szt. oraz w ampularium na 15 – 20 ampułek – 1 szt. oraz w saszetki- torebki segregacyjne – 5 szt. |  |
| 7. | Posiadający 5 zewnętrznych kieszeni |  |
| 8. | Wszystkie saszetki, ampularia i klapy, kieszenie zamykane na zamek błyskawiczny |  |
| 9. | Oznakowany elementami odblaskowymi |  |
| 10. | Możliwość prania ręcznego lub w pralce automatycznej |  |
| 11. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 12. | Folder z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 13. | Okres gwarancji min 12 miesięcy. Karta gwarancyjna - **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt –plecaki spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane parametry :  **torba medyczna** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. | Wykonana z cordury w kolorze czerwonym  Każda ściana torby jest zabezpieczona grubą pianką poliuretanową  Dno torby jest usztywnione, zabezpieczone stopkami typu „jeżyk” lub wzmocnione materiałem wodoodpornym, odpornym na ścieranie |  |
| 2 | Wysokość – 30-35 cm Szerokość – 22-25 cm Długość – 50-55 cm  Ilość komór: 1 z 4-ma ruchomymi przegrodami  Ilość kieszeni zewnętrznych: 5  Ilość kieszeni wewnętrznych : 2 wykonane z siatki |  |
| 3. | Posiadająca uchwyty do noszenia jak torbę lub plecak |  |
| 4. | Wszystkie kieszenie zamykane na zamek błyskawiczny |  |
| 5. | Oznakowana elementami odblaskowymi |  |
| 6.. | Możliwość prania ręcznego lub w pralce automatycznej |  |
| 7. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 8.. | Folder aparatu z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 9. | Okres gwarancji min 12 miesięcy. Karta gwarancyjna - **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt – torby spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane parametry  **torba na opatrunki** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. | Wykonana z cordury w kolorze czerwonym  Każda ściana torby jest zabezpieczona grubą pianką poliuretanową  Dno torby jest usztywnione, zabezpieczone stopkami typu „jeżyk” lub wzmocnione materiałem wodoodpornym, odpornym na ścieranie |  |
| 2 | Wysokość – 15-18 cm Szerokość – 20-23 cm Długość – 30-32 cm  Ilość komór: 1 z 2-ma ruchomymi przegrodami  Ilość kieszeni wewnętrznych : 1 wykonana z siatki |  |
| 3. | Posiadająca uchwyty do noszenia na ramieniu i w ręce. |  |
| 4. | Kieszeń zamykana na zamek błyskawiczny |  |
| 5. | Oznakowana elementami odblaskowymi |  |
| 6.. | Możliwość prania ręcznego lub w pralce automatycznej |  |
| 7. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 8.. | Folder aparatu z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 9. | Okres gwarancji min. 12 miesięcy. Karta gwarancyjna – **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt – torby spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane parametry  **torba medyczna na zestaw pediatryczny** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| 1 | 2 | 3 |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. | Wykonana z cordury w kolorze czerwonym |  |
| 2 | Wysokość – 25-30 cm Szerokość – 25-30 cm Długość – 50-65 cm  Ilość kieszeni zewnętrznych: 2 |  |
| 3. | Posiadająca uchwyty do noszenia oraz odpinany pas na ramię |  |
| 4. | Wyposażona w odrębne, zapinane na zamek saszetki, kodowane kolorami, przypinane do wnętrza torby na pomocą rzep, które określają przedziały wiekowe- 8 szt. |  |
| 5. | W zestawie miarka - taśma Breslowa, |  |
| 6. | W zestawie odczepiane ampularium na 40-50 ampułek |  |
| 7. | Spód torby od zewnętrznej strony wzmocniony warstwą nieprzemakalną |  |
| 8. | Oznakowana elementami odblaskowymi |  |
| 9. | Możliwość prania ręcznego lub w pralce automatycznej |  |
| 10. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 11. | Folder z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 12. | Okres gwarancji min. 12 miesięcy .Karta gwarancyjna - **dołączyc do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt – torby spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** – (strona nr 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne**: ssak elektryczny** | **Wpisać**  parametry oferowane |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż 2022 |  |
| 1. | Ssak przenośny z regulacją siły ssania w zakresie od 0 do 80 kPa |  |
| 2. | Przepływ min. 20 l/min |  |
| 3. | Płynna regulacja siły ssania (podciśnienia) |  |
| 4. | Zasilanie wymagane:   1. z akumulatora, akumulatory bez efektu pamięci 2. z instalacji karetki 12V DC 3. zasilanie z instalacji 230V |  |
| 5. | Czas pracy z akumulatora min. 40 minut, wskaźnik naładowania akumulatora |  |
| 6. | Możliwość ładowania akumulatorów, z instalacji 12V DC i 230V AC |  |
| 7. | **Waga** max 3,5 kg |  |
| 8. | Manometr podciśnienia |  |
| 9. | Wbudowany uchwyt do przenoszenia |  |
| 10. | W zestawie z aparatem: |  |
| a) | Torba transportowa z paskiem na ramię i kieszenią na akcesoria |  |
| b) | Uchwyt ścienny karetkowy – do zawieszenia ssaka na ścianie karetki |  |
| c) | Pojemniki / słoje 1 x użytku z pokrywą i z zaworem przelewowym - 10 szt |  |
| d) | Zasilacz/ ładowarka akumulatora prądu zmiennego 230V/50Hz, wbudowany lub zewnętrzny |  |
| e) | Kabel zasilający 12V DC |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
| 12. | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności  z Dyrektywą UE 93/42/EEC |  |
| 13. | Folder aparatu wraz z parametrami technicznymi |  |
| 14 | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia do 72 godz. W okresie gwarancji |  |
| 15. | Gwarantowany czas reakcji od  zgłoszenia awarii do jej usunięcia do 7 dni roboczych |  |
| 16. | W okresie gwarancji przesłanie aparatu do naprawy lub przyjazd serwisanta będzie na koszt Wykonawcy |  |
| 17 | Gwarancja min.24 m-ce. Karta gwarancyjna |  |

**Oświadczam**, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie   
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów   
i akcesoriów.

………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry **ssaka mechanicznego** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Ssak mechaniczny ( nożny lub ręczny ) z pojemnikiem nadającym się do sterylizacji, o pojemności od 600ml,do 1000ml, rurą pacjenta z łącznikiem na cewnik 1 x użytku, . |  |
| 2 | Waga nie większa niż 1,5 kg |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim- dołączona do dostawy |  |
| 4 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG |  |
| 5 | Folder z opisem parametrów – dołączony do oferty |  |
| 6 | Okres gwarancji – min 24 miesiące od daty dostawy – (parametr punktowany) |  |
| 7 | Karta gwarancyjna - dołączona do dostawy |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry **termometr lekarski do pomiaru temperatury głębokiej** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Pomiar za pomocą podczerwieni – głowica czujnika umieszczana w uchu |  |
| 2 | Podgrzewana głowica czujnika |  |
| 3 | Bezrtęciowa technologia pomiaru |  |
| 4 | Zakres pomiaru min. od 20-42o C |  |
| 5 | Wyświetlacz LCD |  |
| 6 | Zasilany z baterii, baterie w komplecie z termometrem |  |
| 7 | Automatyczne wyłączenie po 10 sekundach |  |
| 8 | Instrukcja obsługi w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 9 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG - **dołączyc do oferty** |  |
| 10 | Folder z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 11 | Okres gwarancji min. 12 miesięcy. Karta gwarancyjna- **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry **unieruchomienie kończyn** | **Wpisać dane i oferowane parametry** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1 | Usztywnienie: - rdzeń wewnętrzy; hartowany, ergonomiczny profil |  |
| 2 | Materiał : nieprzepuszczalny dla cieczy , zapinany na rzepy lub klamerki |  |
| 3 | W komplecie 5 szyn o różnych rozmiarach : do unieruchomienia nadgarstka, przedramienia, kostki lub łokcia, kończyn górnych, kończyn dolnych |  |
| 4 | Instrukcja obsługi w języku polskim- **dołączyc do dostawy** |  |
| 5 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG -  **dołączyć do oferty** |  |
| 7 | Folder z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 8 | Karta gwarancyjna - dołączona do dostawy  Okres gwarancji – min 24 miesiące od daty dostawy. |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona nr 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane minimalne parametry  **kamizelka KED** | **Wpisać dane i parametry oferowane** |
| *1* | *2* | *4* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. 1 | Przenikliwa dla promieni X |  |
| 1. 2 | Wykonana z tworzywa zmywalnego, odpornego na środki dezynfekujące i nie absorbującego wydzielin i płynów |  |
| 1. 3 | Unieruchamiająca głowę, szyję, kręgosłup na całej długości przy zachowaniu swobodnego dostępu do klatki piersiowej dla potrzeb monitorowania |  |
| 1. 4 | Poduszka wypełniająca anatomiczne krzywizny ciała |  |
| 1. 5 | Regulowane pasy mocujące : piersiowe 3 szt różnokolorowe., biodrowe 2 szt. czarne. Umożliwiające zastosowanie u dzieci i u kobiet ciężarnych, barkowe 2 szt. |  |
| 1. 6 | Pasy stabilizujące głowę 2 szt. |  |
| 1. 7 | **Dopuszczalne obciążenie** min.200kg |  |
| 1. 8 | Torba, pokrowiec |  |
| 1. 9 | **Okres gwarancji** – min. 24 miesiące |  |
| 1. 10 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG – **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 11 | Folder z opisem parametrów sprzętu  **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim-  **dołączyć do dostawy** |  |
| 13 | Karta gwarancyjna- **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona nr 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane minimalne parametry **deski ortopedycznej dla dorosłych** | **Wpisać dane i parametry oferowane** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. 1 | Wykonana z tworzywa sztucznego przeziernego dla promieni X |  |
| 1. 2 | Szerokość min. 40 cm , max 46 cm |  |
| 1. 3 | Długość- min.180 cmm, a max 183 cm |  |
| 1. 4 | Grubość nie więcej niż 4,8 cm |  |
| 1. 5 | Pasy zabezpieczające zakończone karabińczykami – 4 szt. |  |
| 1. 6 | System unieruchomienia głowy składający się z dwóch klocków z otworami na uszy i dwóch pasków mocujących głowę, całość łatwo mocowalna do deski |  |
| 1. 7 | **Nośność** min 150 kg |  |
| 1. 8 | Uchwyty do przenoszenia min. 6, po 3 z każdej dłuższej strony i po 2 uchwyty od strony głowy i stóp. |  |
| 1. 9 | **Okres gwarancji** min 24 miesiące . |  |
| 10 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG  **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 11 | Folder z opisem parametrów sprzętu -  **dołączyć do oferty** |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim -  **dołączyć do dostawy** |  |
| 1. 13 | Karta gwarancyjna -  **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona nr 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane minimalne parametry **deski ortopedycznej dla dzieci** | **Wpisać dane i parametry oferowane** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. 1 | Wykonana z tworzywa sztucznego przeziernego dla promieni X |  |
| 1. 2 | Długość: 120-140cm |  |
| 1. 3 | Szerokość: 22-28cm , |  |
| 1. 4 | Grubość: 3 -5 cm |  |
| 1. 5 | System pasów zabezpieczających pacjenta , różnokolorowe min. szt.4. |  |
| 1. 6 | Unieruchomienie głowy: zestaw klocków-poduszek zapewnia stabilną pozycję głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa |  |
| 1. 7 | Możliwość zamontowania na standardowej desce ortopedycznej dla dorosłych lub noszach karetkowych |  |
| 1. 8 | Posiadająca na powierzchni deski **skalę metryczną**, służącą do określenia wzrostu dziecka | . |
| 1. 9 | **Okres gwarancji**: min. 24 miesiące |  |
| 1. 10 | Uchwyty do przenoszenia min. 4, po 2 z każdej dłuższej strony |  |
| 11 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG – **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 12 | Folder z opisem parametrów sprzętu – **dołączyć do oferty** |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 1. 14 | Karta gwarancyjna- **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**  (strona nr 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane minimalne parametry **materac podciśnieniowy** | **Wpisać dane i parametry oferowane** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. 1 | Przenikliwy dla promieni X |  |
| 1. 2 | Poszycie zewnętrzne wykonane z tworzywa zmywalnego, odpornego na środki dezynfekujące i nie absorbującego wydzielin i płynów |  |
| 1. 3 | Wypełnienie w systemie pikowanych komór, uniemożliwiających przesuwanie się granulatu wypełniającego pod ciężarem pacjenta |  |
| 1. 4 | Bez dodatkowo dopinanej podłogi ochronnej |  |
| 1. 5 | Pasy zabezpieczające pacjenta min. 3 szt. |  |
| 1. 6 | Min. 4 uchwyty umożliwiające przenoszenie |  |
| 1. 7 | Pompka do odciągania powietrza |  |
| 1. 8 | Torba transportowa na całość |  |
| 1. 9 | Wymiary w przedziale 200-210 cm x 80-90 cm |  |
| 1. 10 | Nośność nie mniejsza niż 150 kg |  |
| 1. 11 | **Wag**a materaca max. 8 kg |  |
| 1. 12 | **Okres gwarancji** – min. 24 miesiące |  |
| 1. 13 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG – **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 14 | Folder sprzętu z opisem parametrów– **dołączyć do umowy** |  |
| 1. 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 16 | Karta gwarancyjna- **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona nr 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane minimalne parametry  **nosze płachta** | **Wpisać dane i parametry oferowane** |
| 1 | **2** | **3** |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. 1 | Część do leżenia wykonana z materiału zmywalnego odpornego na środki dezynfekujące i nie absorbującego wydzielin i płynów |  |
| 1. 2 | **Nośność** min. 150 kg. |  |
| 1. 3. | Wymiary min. 1900- 2000mm x700-750 mm |  |
| 1. 4. | Kieszeń ( na stopy) zapobiegająca przesuwaniu się poszkodowanej osoby |  |
| 1. 5. | Min. po 3 uchwyty do przenoszenia umieszczone na każdym z wzdłużnych boków | . |
| 1. 6. | **Okres gwarancji** – min. 24 miesiące |  |
| 1. 7. | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG – **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 8. | Folder z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 10. | Karta gwarancyjna- **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy

**FORMULARZ – OFERTOWY** (strona nr 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane minimalne parametry  **nosze podbierające** | **Wpisać dane i parametry oferowane** |
| *1* | *2* | *3* |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa i typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022 |  |
| 1. 1 | Konstrukcja wykonana ze stopów aluminium |  |
| 1. 2 | Budowa umożliwiająca regulację długości do min. 2000 mm, pozwalająca na dobór do pacjentów o różnym wzroście |  |
| 1. 3 | Zabezpieczenie-blokada przed samoistnym rozpięciem |  |
| 1. 4 | Pasy zabezpieczające – 2 szt. |  |
| 1. 5 | Możliwość złożenia do połowy długości |  |
| 1. 6 | **Nośność** min. 150 kg |  |
| 1. 7 | Min. 8 uchwytów do przenoszenia, na obwodzie noszy |  |
| 1. 8 | **Okres gwarancji** min. 24 miesiące |  |
| 1. 8 | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG – **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 9 | Folder z opisem parametrów – **dołączyć do oferty** |  |
| 1. 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim- **dołączyć do dostawy** |  |
| 11 | Karta gwarancyjna- **dołączyć do dostawy** |  |

Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania określone w nin. formularzu jest fabrycznie nowy, kompletny, a do jego uruchomienia i stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………………..

podpis Wykonawcy