**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY (strona druga)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

 **FORMULARZ OFERTOWY** (strona trzecia)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona czwarta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona piąta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona szósta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ - OFERTOWY** (strona siódma)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona ósma)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona dziewiąta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

 **FORMULARZ OFERTOWY** (strona dziesiąta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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

**8/AMB/2022 – część nr 14** Załącznik nr 1 do SWZ

 **FORMULARZ OFERTOWY** (strona jedenasta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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