**Nr referencyjny LI.262.3.2024 Załącznik nr 4 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.3.3.2024**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 3**

 **A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena****jednostkowa***netto* | **Wartość***netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena****jednostkowa***brutto**8=9÷4* | **Wartość***brutto**9=6+7* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Fantom szkoleniowy** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **II** | **Fantom szkoleniowy** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Fantom szkoleniowy****ALS osoby dorosłej z modułem trauma - 1 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | **2024** |
|  | Certyfikat CE |
|  | Fantom osoby dorosłej, pełna postać do ćwiczenia zaawansowanych czynności resuscytacyjnych odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. |
|  | Praca bezprzewodowa. Fantom wyposażony w akumulator oraz ładowarkę. Praca na zasilaniuakumulatorowym przynajmniej 3 godziny. |
|  | Wentylacja metodą usta-usta, usta-maska oraz za pomocą worka samorozprężalnego. |
|  | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy do tyłu lub wysunięcie żuchwy. |
|  | Przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych w tym intubacja dotchawicza przez usta oraz nos, LMA, LT, LTD. |
|  | Możliwość ustawienia obrzęku języka utrudniającego intubację. |
|  | Możliwość badania neurologicznego z oceną szerokości i symetryczności źrenic. Możliwość ustawania stanów patologicznych. |
|  | Możliwość wykonania wielokrotnej konikopunkcji i konikotomii. |
|  | Elektrycznie generowane tętno na tętnicach szyjnych i obwodowej. Tętno zsynchronizowane z ustawionym ciśnieniem krwi. Możliwość wielostopniowego ustawienia siły wyczuwalnego tętna na tętnicy szyjnej i obwodowej. |
|  | Pomiar ciśnienia tętniczego krwi z wysłuchaniem (lub brak takiej możliwości w zależności od stanu klinicznegosymulowanego pacjenta) 5 faz Korotkowa z możliwością regulacji poziomu głośności. |
|  | Funkcja wkłuć domięśniowych, dożylnych i doszpikowych. |
|  | Osłuchiwanie tonów serca oraz wad zastawkowych na klatce piersiowej minimum 5 tonów. | * 5 tonów – 0 pkt.,
* 6-7 tonów – 5 pkt.,
* 8 i więcej – 10 pkt.,
 |
|  | Osłuchiwanie szmerów oddechowych (prawidłowych i patologicznych: minimum 4 szmery) ustawianych niezależnie dla prawego i lewego płuca, osłuchiwanych w łącznie minimum 5 miejscach klatki piersiowej. | * 5 szmerów – 0 pkt.,
* 6-7 szmerów – 5 pkt.,
* 8 i więcej – 10 pkt.,
 |
|  | Odgłosy perystaltyki jelit. Fizjologiczne i patologiczne |
|  | Odgłosy kaszlu, wymiotów, pojękiwania oraz odgłosy mowy (w tym bezpośredniej komunikacji poprzez fantom) |
|  | Opcja nagrywania własnych odgłosów i wykorzystywania ich w symulacji z opcją regulacji głośności. |
|  | Wyświetlanie parametrów EKG, ciśnienia tętniczego krwi, SpO2, ETCO2, fali tętna, częstości oddechu, częstości pracy serca, temperatury na symulowanym monitorze pacjenta. |
|  | Regulacja czasu trwania pomiaru ciśnienia na symulowanym monitorze pacjenta. |
|  | Możliwość generowania fizjologicznych oraz patologicznych rytmów serca oraz ich monitorowanie za pomocą minimum 3 odprowadzeniowego EKG. |
|  | Oprogramowanie zawierające bibliotekę minimum 30 rytmów pracy serca. |
|  | Częstość pracy serca w zapisie EKG w zakresie nie mniejszym niż 20–180/min. |
|  | Generowanie minimum trzech rodzajów skurczów dodatkowych w zapisie EKG |
|  | Generowanie minimum 2. rodzajów artefaktów w zapisie EKG. Artefakty w zapisie EKG mogą być powodowane zwnętrznymi czynnikami, takimi jak defibrylacja czy uciskanie klatki piersiowej. |
|  | Możliwość defibrylacji energią do 360J, kardiowersji, elektrostymulacji zewnętrznej oraz monitorowania za pomocą klinicznego defibrylatora manualnego |
|  | Możliwość założenia wkłucia dożylnego w minimum jednej kończynie. |
|  | Możliwość założenia wkłucia doszpikowego w minimum jednej kończynie. |
|  | Unoszenie się klatki piersiowej podczas wentylacji |
|  | Możliwość wykonywania ćwiczeń - odbarczenie odmy prężnej i drenażu opłucnej (wielokrotnie, bez koniecznośćkażdorazowej wymiany elementów zużywalnych) |
|  | Fantom wyposażony w pełne ubranie ochronne |
|  | Torba/walizka do przechowywania i transportu |
|  | **INTERFACE FANTOMU – SYMULATOR CZYNNOŚCI ŻYCIOWYCH** |
|  | Bezprzewodowe łączenie z fantomem ALS w technologii Bluetooth lub WiFi. |
|  | Interface wyposażony w akumulator oraz ładowarkę. Praca na zasilaniu akumulatorowym minimum 3 godziny. |
|  | Interface w postaci tabletu z kolorowym, dotykowym wyświetlaczem o przekątnej ekranu minimum 5” |
|  | Możliwość podłączenia bezprzewodowo symulowanego monitora do oceny stanu pacjenta oraz możliwość sterowania parametrami za pomocą interfejsu w postaci tabletu. |
|  | Oprogramowanie w j. polskim lub j. angielskim. | * Oprogramowanie w języku angielskim – 0 pkt.,
* Oprogramowanie w j. polskim – 10 pkt.
 |
|  | **SYMULOWANY MONITOR DO OCENY STANU „PACJENTA” PRZEZ ĆWICZĄCYCH** |
|  | Bezprzewodowy (bez konieczności podłączenia do symulatora, np. zasilania) monitor dotykowy z kolorowymwyświetlaczem o przekątnej minimum 19” z uchwytem typu VESA. |
|  | Wbudowany komputer wyposażony co najmniej w procesor Intel Core i5 lub równoważny. Dysk typu SSD o pojemności minimum 120GB. |
|  | Wyświetlanie krzywych EKG, ciśnienia tętniczego krwi, SpO2, ETCO2, fali tętna, częstości oddechu, częstości pracy serca, temperatury faktyczne ze stanem zaprogramowanym w interface sterującym fantomem. |
|  | Dowolna konfiguracja krzywych wyświetlanych na monitorze. |
|  | Sygnał dźwiękowy SpO2 z różnymi poziomami modulacji i głośności zależnie od wartości saturacji. |
|  | Oprogramowanie sterujące monitorem pacjenta w j. polskim lub j. angielskim. |
|  | **MODUŁ URAZOWY** |
|  | Zestawzawierający co najmniej:* Ramię z oparzeniami 1, 2 I 3 stopnia, Poparzenia zilustrowane pęcherzami
* Rana z odsłoniętą zawartością jamy brzusznej
* Rany postrzałowe różnych kalibrów
* Złożone złamanie kości udowej, ciało obce wbite w udo
* Zamknięte złamanie kości piszczelowej i strzałkowej z możliwością badania palpacyjnego
* Kontuzjowana kostka
* Zmiażdżona stopa z odsłoniętymi tkankami i amputowanym palcem
 |
| **II. Fantom szkoleniowy****ALS/BLS osoby dorosłej - 1 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | **2024** |
|  | Certyfikat CE |
|  | Fantom osoby dorosłej pełna postać do ćwiczenia podstawowych czynności resuscytacyjnych odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. |
|  | Budowie fantomu ze zaznaczonymi punktami anatomicznymi:- sutki,- obojczyki,- mostek,- żebra, umożliwiającymi lokalizację prawidłowego miejsca uciskania klatki piersiowej. |
|  | Bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy i wyluksowanie żuchwy; |
|  | Możliwość wentylacji metodami usta-usta, usta-nos, za pomocą maski wentylacyjnej, workasamorozprężalnego. |
|  | Unosząca się klatka piersiowa podczas wentylacji i realistyczny opór klatki piersiowej podczas jej uciskania.Możliwość regulacji twardości klatki piersiowej. |
|  | Symulowane tętno na tętnicy szyjnej. |
|  | Czujniki identyfikujące prawidłowe miejsce uciskania klatki piersiowej. |
|  | Czujniki identyfikujące prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej. |
|  | Czujniki identyfikujące prawidłową objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji. |
|  | Możliwość bezprzewodowego podłączenia fantomu do komputera lub tabletu z dedykowanym oprogramowaniemanalizującym lub panelu kontrolnego. |
|  | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar jakości wykonywanych czynności resuscytacyjnych i ich analizę według aktualnych wytycznych ERC. |
|  | Możliwość bezprzewodowego, jednoczesnego podłączenia 6 fantomów do jednego komputera z oprogramowaniem lub jednego panelu kontrolnego. |
|  | Oprogramowanie lub panel kontrolny umożliwiają pomiar parametrów umożliwiających określenie jakościresuscytacji. Rejestrowane parametry:- głębokość ucisków klatki piersiowej z zaznaczeniem zbyt głębokich i zbyt płytkich uciśnięć,- relaksacja klatki piersiowej,- prawidłowe miejsce ułożenia rąk podczas uciśnięć klatki piersiowej,- częstość ucisków klatki piersiowej,- objętość wdmuchiwanego powietrza podczas wentylacji z zaznaczeniem wdmuchnięć zbyt dużych i zbyt małychobjętości; |
|  | Akustyczny wskaźnik przewentylowania żołądka z możliwością dezaktywacji. |
|  | Oprogramowanie w j. polskim lub angielskim |
|  | **URZĄDZENIE SZKOLENIOWE DO PROWADZENIA ELEKTROTERAPII.** |
|  | Urządzenie treningowe pozwalające podłączyć kliniczny defibrylator do manekinów treningowych. |
|  | Zestaw zawiera: urządzenie do łączenia defibrylatora z manekinem treningowym, pilot do kontroli symulowanegorytmu, elektrody treningowe, bateria, pokrowiec, instrukcję obsługi |
|  | Możliwość sterowania urządzeniem za pomocą darmowej aplikacji na telefon komórkowy |
|  | Detekcja defibrylacji 5-360 J, ±15% |
|  | Komunikacja: bluetooth |
|  | Wymiary nie większe niż 89x56x16 mm |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącugwarancji) |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanegoprzedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B
i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania**Wykonawcy*  |