Ogłoszenie o zamówieniu nr 10/SORFM/2024

FORMULARZ OFERTOWY CZĘŚĆ 1.

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 1  
w zapytaniu ofertowym:

……………………………….….. brutto

Słownie:

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

**Defibrylator – 2 sztuki.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Defibrylator** | |
| **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. | **Zasilanie** | X |  |  |  |
| 2. | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci | tak |  |  |  |
| 3. | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | tak |  |  |  |
| 4. | Ilość defibrylacji z energią min. 200 J przy pracy z dwóch akumulatorów - min. 300 | tak |  |  |  |
| 5. | Możliwość ładowania akumulatorów z AC 220 V 50 Hz +/- 10% lub zewnętrznej ładowarki 230 V AC | tak |  |  |  |
| 6. | **Funkcje / cechy** | X |  |  |  |
| 7. | Urządzenie przenośne, z impregnowaną torbą transportową, testerem wyładowań | tak |  |  |  |
| 8. | Ciężar defibrylatora w kg. max.13kg | tak |  |  |  |
| 9. | **Monitorowanie funkcji życiowych: EKG** | tak |  |  |  |
| 10. | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | tak |  |  |  |
| 11. | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | tak |  |  |  |
| 12. | Wydruku trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | tak |  |  |  |
| 13. | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia | tak |  |  |  |
| 14. | **Monitorowanie funkcji życiowych:**  **SpO2 - Pomiar saturacji krwi tętniczej** | tak |  |  |  |
| 15. | Technologia Masimo | tak |  |  |  |
| 16. | Zakres pomiaru min. 50 -100% | tak |  |  |  |
| 17. | Czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec | tak |  |  |  |
| 18. | **Monitorowanie funkcji życiowych:**  **NIBP - Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** | tak |  |  |  |
| 19. | Zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | tak |  |  |  |
| 20. | Tryb ręczny i automatyczny | tak |  |  |  |
| 21. | Metoda pomiaru : oscylometryczna | tak |  |  |  |
| 22. | **Monitorowanie EtCO2** | tak |  |  |  |
| 23. | Zakres pomiaru EtCO2 : min. od 0 do 99 mmHg | tak |  |  |  |
| 24. | Zakres pomiaru częstości oddechu : min. 1 -60 odd./min. | tak |  |  |  |
| 25. | **Monitorowanie funkcji życiowych SpCO i SpMeth / pomiar karboksyhemoglobiny i methemoglobiny/** | tak |  |  |  |
| 26. | **Defibrylacja** | X |  |  |  |
| 27. | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne oraz jednorazowe elektrody naklejane dla dorosłych | tak |  |  |  |
| 28. | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789. | tak |  |  |  |
| 29. | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | tak |  |  |  |
| 30. | Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 20 kpl. | tak |  |  |  |
| 31. | Defibrylacja ręczna | tak |  |  |  |
| 32. | Defibrylacja półautomatyczna AED | tak |  |  |  |
| 33. | Zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J | tak |  |  |  |
| 34. | Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 23 | tak |  |  |  |
| 35. | Dwufazowa fala defibrylacji | tak |  |  |  |
| 36. | Kardiowersja | tak |  |  |  |
| 37. | Stymulacja przezskórna serca | tak |  |  |  |
| 38. | Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | tak |  |  |  |
| 39. | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | tak |  |  |  |
| 40. | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 0 -170 mA | tak |  |  |  |
| 41. | **Ekran** | X |  |  |  |
| 42. | Przekątna ekranu min. 8 cala | tak |  |  |  |
| 43. | Kolorowy LCD TFT | tak |  |  |  |
| 44. | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu | tak |  |  |  |
| 45. | **Reanimacja krążeniowo – oddechowa** | X |  |  |  |
| 46. | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) | tak |  |  |  |
| 47. | **Alarmy** | X |  |  |  |
| 48. | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | tak |  |  |  |
| 49. | Drukarka | tak |  |  |  |
| 50. | Szerokość papieru min. 90 mm | tak |  |  |  |
| 51. | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | tak |  |  |  |
| 52. | Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | tak |  |  |  |
| 53. | **Inne wymagania** | X |  |  |  |
| 54. | Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | tak |  |  |  |
| 55. | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania | tak |  |  |  |
| 56. | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44 | tak |  |  |  |
| 57. | Możliwość rozbudowy o akcesoria komunikacyjne do transmisji badań będącej systemem odbioru sygnału przez jednostkę zewnętrzną | tak |  |  |  |
| 58. | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia.  Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku. | tak |  |  |  |
| 59. | Impregnowana torba z kieszeniami na akcesoria, pasek na ramię | tak |  |  |  |
| 60. | Min. 1 dodatkowy akumulator do zamówienia | tak |  |  |  |
| 61. | Min. 1 do zamówienia dodatkowy mankiet do pomiaru NIBP o średnicy 26-36 + 1 cm | tak |  |  |  |
| 62. | Min. 1 do zamówienia dodatkowy mankiet do pomiaru NIBP o średnicy 32-42 + 1 cm | tak |  |  |  |
| 63. | Min. 1 wózek jezdny pod każdy defibrylator  -4 koła jezdne  -hamulec  -półka lub koszyczek na akcesoria  -wykonany ze stali malowanej proszkowo  -wymiary wózka dostosowane do urządzenia | tak |  |  |  |
| 64. | Gwarancja min. 36 miesięcy | tak |  |  |  |

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/