Ogłoszenie o zamówieniu nr 10/SORFM/2024

FORMULARZ OFERTOWY CZĘŚĆ 2.

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 2
w zapytaniu ofertowym:

……………………………….….. brutto

Słownie:

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

**System kompresji klatki piersiowej – 2 sztuki.**

|  |
| --- |
| **System kompresji klatki piersiowej** |
| **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. | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka w trybie 30 ucisków / 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym | tak |  |  |  |
| 2. | Cykl pracy urządzenia:50% kompresja / 50 % dekompresja | tak |  |  |  |
| 3. | Częstość kompresji zawarta w zakresie od 100 – 120 uciśnięć na minutę. Możliwość regulacji przynajmniej 3 prędkości uciśnięć w zakresie zgodnym z wytycznymi. | tak |  |  |  |
| 4. | System uciśnięć oparty na ramionach dla lepszej stabilizacji podczas reanimacji, nie dopuszcza się urządzeń leżących bezpośrednio na klatce piersiowej. | tak |  |  |  |
| 5. | Ładowanie urządzenia wraz z widocznym wskaźnikiem stanu naładowania baterii bez otwierania całego plecaka/torby i/lub wyjmowania urządzenia z plecaka/torby. Plecak/torba lekka ze sztywną obudową z poliwęglanu dla wyższej odporności, odporna na uszkodzenia | tak |  |  |  |
| 6. | Na wyposażeniu deska pod plecy grubości max 15 mm wykonana z jednolitego odlewu bez łączeń/ skręceń, łatwa do dezynfekcji, z min. 8 punktami montażowymi do transportu | tak |  |  |  |
| 7. | Deska stabilizująca pod plecy posiadająca na brzegach wytrzymałe metalowe miejsca przyczepu dla głównego urządzenia, szer. każdego z miejsc przyczepu min.10 cm, umożliwiająca stabilny chwyt i możliwość szybkiego, łatwego przesuwania i wycentrowania deski do prawidłowej pozycji pod plecami pacjenta. | tak |  |  |  |
| 8. | Deska pod plecy wygięta na końcach i umożliwiająca personelowi pełen chwyt po obu stronach i wykorzystanie jej podczas przenoszenia pacjenta jako wsparcie pleców | tak |  |  |  |
| 9. | Głębokość kompresji: w zakresie między 4 - 6 cm praca zgodna z wytycznymi AHA i ERC z 2015 roku | tak |  |  |  |
| 10. | Urządzenie umożliwiające bezproblemowe i bezpieczne prowadzenie terapii u „niestandardowych” pacjentów:* otyłych, bez dodatkowego wspomagania stabilności pracy urządzenia lub zmiany położenia pacjenta, oraz możliwość prowadzenia terapii również u kobiet z implantami piersi
 | tak |  |  |  |
| 11. | Wspomaganie rozprężenia klatki piersiowej przez ssawkę do wykonania aktywnej relaksacji klatki piersiowej pacjenta - podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację.Możliwość uniesienia klatki piersiowej powyżej pozycji wyjściowej. | tak |  |  |  |
| 12. | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | tak |  |  |  |
| 13. | Waga samego urządzenia gotowego do pracy poniżej 11kg | tak |  |  |  |
| 14. | Bezprzewodowa (przez sieć WIFI ) transmisja danych medycznych z przebiegu RKO do komputerów typu PC z możliwością jednoczesnego powiadomienia (.pdf) wysyłanego automatycznie na dedykowany adres email | tak |  |  |  |
| 15. | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) częstości uciśnięć klatki piersiowej za pomocą tłoka w zakresie 102 - 111 - 120 uciśnięć na minutę | tak |  |  |  |
| 16. | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) głębokości uciśnięć klatki piersiowej, umożliwiająca dostosowanie głębokości do obowiązujących wytycznych ERC/AHA. | tak |  |  |  |
| 17. | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) czasu przeznaczonego na wentylację w zakresie od 3 do 5 sekund | tak |  |  |  |
| 18. | Opcja czasomierza RKO z sygnałem dźwiękowym i możliwością konfiguracji przynajmniej dwóch jego trybów | tak |  |  |  |
| 19. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC i 12 V DC). | tak |  |  |  |
| 20. | Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie) lub w ładowarce zewnętrznej. Czas ładowania akumulatora od 0 do 100% max. 150 min. | tak |  |  |  |
| 21. | Wyposażenie aparatu:- Sztywny, lekki plecak przenośny z poliwęglanu 1 szt- deska pod plecy pacjenta 1 szt.- podkładka stabilizująca pod głowę pacjenta 1 szt- pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia 1 szt- akumulator 1 szt do urządzenia - min. 24 wymienne elementy do uciskania klatki piersiowej- Zasilacz 1szt 230V,- Ładowarka zewnętrzna do akumulatorów- Dodatkowy akumulator do zamówienia- kabel zasilający 12–28 V DC 1 szt. | tak |  |  |  |
| 22. | 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/