Załącznik nr 1 SWZ

Znak sprawy: **02/PN/2021**

## FORMULARZ OFERTOWY

### *Pożądane jest złożenie oferty na druku jak niżej przedstawiono*

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| 2. | **Adres, ulica:** |  |
| 3. | **Kod, miejscowość:** |  |
| 4. | **Numer telefonu:** |  |
| 5. | **Województwo:** |  |
| 6. | **Numer faksu:**(jeżeli dotyczy) |  |
| 7. | **Adres e-mail:**(podać obowiązkowo) |  |
| 8. | **NIP:** |  |
| 9. | **REGON:** |  |

1. Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 132 Ustawy Prawo zamówień publicznych w zakresie:

***„Zakup wyposażenia i sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w ramach projektu nr POIS.09.01.00-00-0264/18 pn. „Rozbudowa i doposażenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Kielcach celem utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – I ETAP”***

w imieniu swoim i reprezentowanej firmy składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie brutto wynikające z wyliczeń zawartych w tabeli poniżej:

Poniższą tabelkę można wypełnić tylko w tych częściach, w których Wykonawca składa ofertę, dla każdej części osobno. W przypadku składania oferty na większą liczbę części należy tabelkę powtórzyć stosownie do liczby części na które składana jest oferta.

**Część nr 1 – Stół operacyjny hydrauliczny z wyposażeniem (1 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy dostawy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Stół przeznaczony jest do wykonywania zabiegów ogólnych a w połączeniu z wyposażeniem także zabiegów specjalistycznych w obrębie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego | wymagany |  |
|  | Konstrukcja stołu zabezpieczona i wykonana z materiałów gwarantujących odporność na środki dezynfekcyjne | wymagany |  |
|  | Blat stołu, kolumna oraz jej osłony wykonane ze stali nierdzewnej kwasoodpornej.  | wymagany |  |
|  | Materace antystatyczne, pokryte materiałem certyfikowanym. Posiadające kształty umożliwiające pozycjonowanie pacjenta, uniemożliwiające zakleszczenie pacjenta segmentami w trakcie regulacji  | wymagany |  |
|  | Stół posiadający mechanizmy umożliwiające i wspomagające ustawienie funkcji blatu i ich segmentów. Czterosegmentowy blat ustawiany w wielu pozycjach: leżącej, półsiedzącej, siedzącej i innych pozycjach operacyjnych | wymagany |  |
|  | Wysokość, posuw oraz blaty regulowane ręcznie oraz przy pomocy pilota. Wykonywanie przechyłów wzdłużnych oraz ustawienia pozycji segmentów blatu. Blat stołu stabilny i sztywny. Segmenty głowy i nóg odłączalne a ich blokowanie łatwe i szybkie. Dzielony segment nóg | wymagany |  |
|  | Właściwości jezdne pozwalające na transport stołu, blokada kół | wymagany |  |
|  | Możliwość wykonywania zdjęć RTG, monitorowanie pacjenta ramieniem C. Podtrzymywanie kasety RTG z zastosowaniem tunelu na tacę umieszczaną pod segmentami leża (głowy, oparcie pleców i siedzisko) | wymagany |  |
|  | Stół wyposażony w szyny boczne do mocowania wyposażenia dodatkowego.  | wymagany |  |
|  | Całkowita długość stołu min. 2000 mm | wymagany |  |
|  | Całkowita szerokość blatu min. 550 mm | wymagany |  |
|  | Minimalna wysokość blatu 620 mm lub mniej | Najniższa wartość – 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Maksymalna wysokość blatu min. 870 mm | wymagany |  |
|  | Regulacja oparcia pleców w zakresie minimum -25° do 75° | wymagany |  |
|  | Regulacja podgłówka w zakresie min. -30° do 40°  | wymagany |  |
|  | Kąt przechyłu Trendelenburga 25° +/- 5° | wymagany |  |
|  | Kąt przechyłu anty-Trendelenburga 25° +/- 5° | wymagany |  |
|  | Regulacja segmentu nóg -90° do 15° +/- 5° | wymagany |  |
|  | Maksymalne dopuszczalne obciążenie w pełnym zakresie ruchu min. 220 kg | Najwyższa wartość – 15 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Podpórka rąk, nóg, uchwyty mocujące do podpórek | wymagany |  |
|  | System ogrzewania pacjenta:1. temperatura maty grzewczej regulowana za pomocą przycisków,
2. przycisk zabezpieczający przypadkowe ustawienie temperatury powyżej 38°C,
3. zasilanie 230V
4. czas rozgrzewania w zakresie 20 do 37°C maksymalnie 10 minut,
5. wyłącznik bezpieczeństwa przy temperaturze 41,5°C,
6. maty w pełni przezierne dla promieni RTG
 | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi, eksploatacji oraz konserwacji | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu (należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy) | Najwyższa wartość 15 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 1: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 1:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 2 – Zestaw monitorowania czynności życiowych (1 zestaw)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy dostawy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020  | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 4 kg – **5 sztuk** | wymagany |  |
|  | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia urządzenia oraz gniazdo USB służące do przenoszenia danych | wymagany |  |
|  | Kardiomonitor z kolorowym dotykowym ekranem LCD o przekątnej nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 800x600 pikseli (podać przekątna ekranu i rozdzielczość) | wymagany |  |
|  | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych (określić ilość, wyspecyfikować przykładowe krzywe dynamiczne prezentowane jednocześnie na ekranie) | wymagany |  |
|  | Wszystkie dane numeryczne monitorowanych parametrów wyświetlane jednoczasowo na ekranie przy użyciu dużych, czytelnych znaków. | wymagany |  |
|  | Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów co najmniej 120-godzinne. Regulowane odstępy czasu wyświetlania parametrów (podać) | wymagany |  |
|  | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:1. EKG
2. Odchylenie odcinka ST
3. Liczba oddechów (RESP)
4. Saturacja (Spo2)
5. Ciśnienie krwi mierzone metoda nieinwazyjna (NIBP)
6. Temperatura (T1, T2 TD)
 | wymagany |  |
|  | Pomiar EKG:1. Zakres częstości rytmu serca: minimum 15+300 bpm (podać)
2. Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3 i 5 końcówkowego Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż +/- 1% (podać)
3. Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s, 12,5 mm/s, 25 mm/s, 50 mm/s (podać)
4. Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej EKG.
5. Czułość: co najmniej 0,25 cm/mV: 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV: 2 cm/mV; 4,0 cm/mV: auto (wymienić)
6. Sygnalizacja braku połączenia elektrod.
7. Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie
8. Analiza zaburzeń rytmu, z rozpoznawaniem min. następujących zaburzeń:
9. Bradykardia
10. Tachykardia
11. Asystolia
12. Tachykardia komorowa
13. Migotanie komór
14. Stymulator nie przechwytuje
15. Stymulator nie generuje impulsów
16. Salwa komorowa
17. PVC/min wysokie
 | wymagany |  |
|  | Pomiar oddechów (RESP):1. Impedancyjna metoda pomiaru.
2. Zakres pomiaru: minimum 5-120 oddechów /min. (podać)
3. Dokładność pomiaru nie gorsze niż +/-2 oddech/min
4. Prędkość kreślenia: co najmniej 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s (podać)
5. Sygnalizacja braku podłączenia elektrod.
 | wymagany |  |
|  | Pomiar saturacji (SpO2):1. Zakres pomiaru saturacji: 0-100%
2. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 30-250/min (podać)
3. Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70-100%: nie gorsza niż +/- 3% (podać)
4. Możliwość stosowania czujników wielorazowego i jednorazowego użytku.
 | wymagany |  |
|  | Pomiar ciśnienia krwi metoda nieinwazyjna (NIBP):1. Oscylometryczna metoda pomiaru.
2. Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15-250 mmHg (podać)
3. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 40-200 bpm.
4. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 5mmHg (podać)
5. Tryb pomiaru automatyczny i ręczny
6. Zakres programowania interwalów w trybie automatycznym co najmniej 1-360 minut (podać)
 | wymagany |  |
|  | Pomiar temperatury (TEMP):1. Zakres pomiarowy: co najmniej 25-42"C (podać)
2. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1°C (podać)
3. Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości: 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa
 | wymagany |  |
|  | Obsługa kardiomonitora przy pomocy: pokrętła, przycisków i ekranu dotykowego  | Ekran dotykowy – 10 pkt.Brak ekranu dotykowego – 0 pkt. |  |
|  | Minimum 3-stopniowy system alarmów wszystkich parametrów.1. Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów
2. Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów.
3. Wybór czasowego zawieszenia alarmów.
 | wymagany |  |
|  | Ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta | wymagany |  |
|  | Monitor wyposażony w funkcję obliczeń lekowych, hemodynamicznych, wentylacyjnych, nerkowych  | wymagany |  |
|  | Zasilanie kardiomonitora z sieci 230V AC 50Hz I akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor. | wymagany |  |
|  | Czas pracy kardiomonitora zasilanego z akumulatora, przy monitorowaniu wszystkich mierzonych parametrów (pomiar NIBP co 15 min.) nie krótszy niż 2 godziny (podać) | wymagany |  |
|  | Czas ładowania akumulatora od 0% do 100% nie dłuższy niż 8 godzin (podać) | Najkrótszy czas 15 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora | wymagany |  |
|  | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci | wymagany |  |
|  | Interfejs i oprogramowanie sieciowe, umożliwiające pracę kardiomonitora w sieci przewodowej z centralą monitorującą | wymagany |  |
|  | Chłodzenie bez wentylatora zapewniające cichą pracę monitora | wymagany |  |
|  | Monitor zabezpieczony przed przedostaniem się płynów - klasa ochrony IPX1 lub lepsza | wymagany |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Kabel EKG 5-odprowadzeniowy min. 2 szt. / kardiomonitor | wymagany |  |
|  | Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP min. 2 szt. / kardiomonitor | wymagany |  |
|  | Mankiet do pomiaru NIBP średni min. 2 szt. oraz duży min. 1 szt. / kardiomonitor | wymagany |  |
|  | Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych min. 2 szt. / kardiomonitor | wymagany |  |
|  | Czujnik temperatury powierzchniowy min. 2 szt. / kardiomonitor | wymagany |  |
|  | Statyw na kółkach z półką do montażu kardiomonitora i koszykiem na akcesoria lub wieszak na ścianę z koszykiem na akcesoria – do wyboru przez Zamawiającego na etapie dostawy - 1 szt. / kardiomonitor | wymagany |  |
| **Stacja centralna** |
|  | Stacja centralnego monitorowania przystosowana do podłączenia co najmniej 16 stanowisk monitorowania  | wymagany |  |
|  | Centrala zainstalowana na komputerze połączonym z dwoma ekranami, każdym o przekątnej co najmniej 23” | wymagany |  |
|  | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) z poszczególnych łóżek, z identyfikacją alarmującego łóżka. Wyciszanie alarmów i uruchamianie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego z poziomu centrali. | wymagany |  |
|  | Wpisywanie danych demograficznych pacjenta w centrali i w monitorach | wymagany |  |
|  | Pamięć stanów krytycznych (alarmów i arytmii i innych zdarzeń, z zapisem odcinków krzywych dynamicznych i wartości liczbowych) - minimalna liczba zdarzeń: 1000 / pacjenta | wymagany |  |
|  | Funkcja "holterowska" – pamięć ciągłego zapisu monitorowanych przebiegów falowych (EKG+inne) - z ostatnich min. 160 godzin  | wymagany |  |
|  | Trendy tabelaryczne: pamięć z ostatnich min. 160 godzin | wymagany |  |
|  | Drukarka laserowa do wydruków trendów i raportów na standardowym papierze A4; wbudowane łącze do sieci Ethernet  | wymagany |  |
|  | Podtrzymanie zasilania elektrycznego stanowiska monitorowania centralnego (UPS) min. 20 min. | wymagany |  |
|  | Funkcja ustawiania trybu prywatnego z poziomu centrali indywidualnie dla poszczególnych monitorów pacjenta  | wymagany |  |
|  | Funkcja ustawiania trybu prywatnego z poziomu centrali indywidualnie we wszystkich monitorach pacjenta jednocześnie  | wymagany |  |
|  | Przeprowadzenie podłączenia i konfiguracji kardiomonitorów | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 15 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 2: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 2:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 3 – Defibrylator (3 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy dostawy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji  | wymagany |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 7" | wymagany |  |
|  | Możliwość wyświetlania na ekranie monitorowanych krzywych dynamicznych.  | wymagany |  |
|  | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej  | wymagany |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji  | wymagany |  |
|  | Defibrylacja ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J  | wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej  | wymagany |  |
|  | Czas ładowania do energii 200J max. 5 sekund  | wymagany |  |
|  | Możliwość wyboru jednego spośród min. 5 poziomów energii defibrylacji  | Min. 20 poziomów – 10 pkt.Poniżej 20 poziomów – 0 pkt. |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodnym z aktualnymi wytycznymi  | wymagany |  |
|  | Energia defibrylacji w trybie AED min. od 100 do 360 J  | wymagany |  |
|  | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energia od 100 do 360J  | wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych  | wymagany |  |
|  | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej  | wymagany |  |
|  | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii  | wymagany |  |
|  | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych  | wymagany |  |
|  | Wskaźnik kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora  | wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji  | wymagany |  |
|  | Monitorowanie EKG min. z 3 odprowadzeń | wymagany |  |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min. | wymagany |  |
|  | Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x; X2; x4;  | wymagany |  |
|  | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna | wymagany |  |
|  | Tryby stymulacji: sztywny i na żądanie | wymagany |  |
|  | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 5 do 200 mA | wymagany |  |
|  | Zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 40 do 170 imp/min | wymagany |  |
|  | Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów | wymagany |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna. Papier do drukarki o szerokości ≥ 49mm  | wymagany |  |
|  | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych  | wymagany |  |
|  | Archiwizacja danych pacjentów: min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG  | wymagany |  |
|  | Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive (nośnik pamięci dołączony do zestawu) | wymagany |  |
|  | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 3 godzin  | wymagany |  |
|  | Akumulator bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi | wymagany |  |
|  | Czas monitorowania na akumulatorze min. 5 godzin  | wymagany |  |
|  | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230V  | wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania min. 100 defibrylacji z energia 360J na w pełni naładowanym akumulatorze | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie. |  |
|  | Programowane, automatyczne codzienne wykonywanego testów bez włączania defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test) – wykonywane bez udziału użytkownika  | wymagany |  |
|  | Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 6 kg  | wymagany |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci min. 1 komplet / defibrylator | wymagany |  |
|  | Uchwyt na ramę łóżka 1 szt. / defibrylator | wymagany |  |
|  | Min. 1 komplet przewodów EKG / defibrylator | wymagany |  |
|  | Papier do drukarki min 3 rolki / defibrylator | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 3: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 3:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 4 – Aparat do znieczulenia (2 komplety)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy dostawy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji wszystkich elementów składowych: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Aparat do znieczulania ogólnego dorosłych | wymagany |  |
|  | Aparat na podstawie jezdnej z blokadą min. 2 kół. | wymagany |  |
|  | Blat do pisania. | wymagany |  |
|  | Szuflady na akcesoria, min. 2 | wymagany |  |
|  | Uchwyt fabryczny butli tlenowej i N20, butle 10L z wyjściem gwintowanym. | wymagany |  |
|  | Dodatkowe gniazda elektryczne 230V (minimum 3 gniazda). | wymagany |  |
|  | Zasilanie gazowe (O2, powietrze, N20) z sieci centralnej. | wymagany |  |
|  | Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na minimum 30 minut. | wymagany |  |
|  | Reduktory do butli O2 i N20, nakręcane, wyposażone w przyłącza do aparatu | wymagany |  |
|  | Prezentacja ciśnień gazów z sieci centralnej i z butli rezerwowych na ekranie respiratora. | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |  |
|  | Ssak inżektorowy, napędzany powietrzem z sieci centralnej z regulacją siły ssania, zbiornikiem na wydzieliny oraz zapasowy zbiornik, objętość zbiornika max 1000 ml, ssak zintegrowany z aparatem, przyłącze zasilające ssak w aparacie. | wymagany |  |
|  | Uchwyt do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie na szynie. | wymagany |  |
|  | Precyzyjne, elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza z możliwością zapamiętania przez aparat danych dotyczących przepływu gazów w trakcie znieczulania do komputera | wymagany |  |
|  | Elektroniczny mieszalnik świeżych gazów zapewniający stale stężenie tlenu przy zmianie wielkości przepływu świeżych gazów. | wymagany |  |
|  | System automatycznego utrzymywania minimalnego stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej na poziomie 25% lub wyższym | wymagany |  |
|  | Kalibracja przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami, minimalny przepływ świeżych gazów 300 ml/min lub niższy. | wymagany |  |
|  | Zastawka nadciśnieniowa APL. | wymagany |  |
|  | Kompaktowy układ oddechowy okrętny do wentylacji dorosłych, dzieci i noworodków. | wymagany |  |
|  | Układ oddechowy o prostej budowie, malej ilości części, łatwy do wymiany i sterylizacji, czujniki przepływu nadające się do sterylizacji. | wymagany |  |
|  | Dodatkowe wyjście świeżych gazów do podłączenia układów półotwartych (bez ingerencji w układ okrężny) | wymagany |  |
|  | Obejście tlenowe, minimalna wydajność > 30 l/min | wymagany |  |
|  | Pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie podziemnej pojemność minimum 1.0L | wymagany |  |
|  | Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną. | wymagany |  |
|  | Funkcja ułatwiająca optymalny dobór przepływu świeżych gazów, tzw. ekonometria znieczulenia. | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |  |
|  | Respirator o sterowaniu elektronicznym. | wymagany |  |
|  | Tryb ręczny | wymagany |  |
|  | Tryb oddech spontaniczny. | wymagany |  |
|  | Wentylacja kontrolowana objętościowo. | wymagany |  |
|  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona w trybie objętościowym (SIMV). | wymagany |  |
|  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona w trybie ciśnieniowym | wymagany |  |
|  | Wentylacja kontrolowana ciśnieniowo. | wymagany |  |
|  | Wentylacja synchronizowana ze wspomaganiem ciśnieniowym (w trybie ciśnieniowym i objętościowym). | wymagany |  |
|  | Tryb PSV (Pressure Support Ventilation). | wymagany |  |
|  | Tryb do współpracy z maszyną płucoserce | wymagany |  |
|  | Regulacja stosunku wdechu do wydechu: minimum 2:1 do 1:4 | wymagany |  |
|  | Regulacja częstości oddechu minimum od 3 do 100 l/min. | wymagany |  |
|  | Regulacja objętości oddechowej (tryb VCV) minimum od 20 do 1400 ml. | wymagany |  |
|  | PEEP - dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe w zakresie minimum od 2 do 20 cmH2O. | wymagany |  |
|  | Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 5 do 70 hPa. | wymagany |  |
|  | Regulacja Plateau wdechu w zakresie minimum od 30% czasu wdechu | wymagany |  |
|  | Regulacja czułości wyzwalacza przepływowego przy wentylacji synchronizowanej, w zakresie od minimum 0,3 do 10 l/min. | wymagany |  |
|  | Alarm niskiej i wysokiej objętości minutowej lub niskiej i wysokiej objętości oddechowej.  | wymagany |  |
|  | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego | wymagany |  |
|  | Alarm braku zasilania w energie elektryczną, | wymagany |  |
|  | Alarm braku zasilania w gazy (O2, N20, Powietrze). | wymagany |  |
|  | Alarm Apnea, analiza na podstawie ciśnienia, przepływu i CO2 | wymagany |  |
|  | Możliwość automatycznego ustawiania granic alarmowych po ustabilizowaniu wentylacji. | wymagany |  |
|  | Stężenia tlenu w gazach oddechowych (wdechowe i wydechowe), pomiar paramagnetyczny, nie dopuszcza sie czujników zużywalnych, galwanicznych. | wymagany |  |
|  | Pomiar objętości oddechu Vt. | wymagany |  |
|  | Pomiar objętości minutowej MV. | wymagany |  |
|  | Pomiar częstotliwości oddechowej. | wymagany |  |
|  | Ciśnienia szczytowego. | wymagany |  |
|  | Ciśnienia średniego | wymagany |  |
|  | Ciśnienia Plateau. | wymagany |  |
|  | Ciśnienia PEER | wymagany |  |
|  | Częstości oddychania | wymagany |  |
|  | Analiza MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta. | wymagany |  |
|  | Kapnografia i kapnometria (stężenie wdechowe i wydechowe) w aparacie. | wymagany |  |
|  | Stężenia lotnych anestetyków z automatyczną detekcją zastosowanego środka w aparacie | wymagany |  |
|  | Automatyczne skalkulowanie parametrów wentylacji po wprowadzeniu wagi pacjenta. | wymagany |  |
|  | Prezentacja pętli ciśnienie / objętość, objętość / przepływ. | wymagany |  |
|  | Zapamiętywanie pętli oddechowej (referencyjne) | wymagany |  |
|  | Zapis pętli referencyjnej, prezentacja parametrów pętli referencyjnej i aktualnie określonej: parametry liczbowe, co najmniej VT, Pmax, Cpat, prezentowane na ekranie respiratora. | wymagany |  |
|  | Czujnik stężenia tlenu wielorazowy paramagnetyczny | wymagany |  |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | wymagany |  |
|  | Ekran kolorowy, LCD, przekątna ≥ 12 cali | wymagany |  |
|  | Węże wysokociśnieniowe (02, N20, AIR), kodowane kolorami, dl. 5m, wtyki AGA | wymagany |  |
|  | Zastawka nadciśnieniowa APL z funkcja natychmiastowego zwolnienia ciśnienia w układzie bez konieczności skręcania zastawki do minimum. | wymagany |  |
|  | Respirator ekonomiczny, napęd respiratora niezużywający gazów medycznych, elektryczny. | wymagany |  |
|  | Awaryjny tryb wentylacji mechanicznej zapewniający kontynuację wentylacji po zaniku dopływu gazów zasilających z sieci centralnej i z butli rezerwowych | wymagany |  |
|  | Regulacja objętości oddechowej (tryb VCV) od 6 ml. | wymagany |  |
|  | Regulacja czasu narastania ciśnienia wdechowego. | wymagany |  |
|  | Pomiar i prezentacja objętości minutowej. | wymagany |  |
|  | Ekran respiratora wbudowany w panel przedni aparatu. | wymagany |  |
|  | Zbiornik pochłaniacza o objętości od 1500 ml | wymagany |  |
|  | Bezpieczne, dwustopniowe przełączanie miedzy trybami wentylacji (także pomiędzy trybem wentylacji mechanicznej i ręcznej) | wymagany |  |
|  | Regulacja Plateau wdechu w zakresie minimum od 0 do 50% | wymagany |  |
|  | Regulacja stosunku wdechu do wydechu: powyżej 3:1 (czyli 3:1, 4:1 itd.). | wymagany |  |
|  | PEEP - dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe - regulacja od 1 cm H2O. | wymagany |  |
|  | Podgrzewany układ oddechowy (zasilanie wewnętrzne, nie dopuszcza się zewnętrznych kabli zasilających), minimalizujący skraplanie. | wymagany |  |
|  | Mini trendy PEEP/ Cpap. MV\*Co2 (emisja dwutlenku węgla), 02 zużycie. | wymagany |  |
|  | Możliwość stosowania wapna sodowego różnych dostawców bez konieczności ingerencji serwisu (należy wskazać min. 2 dostawców) | wymagany |  |
|  | Możliwość zapisu danych na nośniku pamięci USB w formacie umożliwiającym wydruk na komputerach (pendrive w zestawie) | wymagany |  |
|  | Wszystkie gniazda oraz wtyki w standardzie AGA | wymagany |  |
| **Monitor pacjenta** |
|  | Producent, model (należy podać) | wymagany |  |
|  | Monitor stacjonarno-transportowy, wyposażony w kolorowy, wbudowany ekran o przekątnej min. 10” (podać) | wymagany |  |
|  | Cicha praca - chłodzenie pasywne (bez wentylatora). | wymagany |  |
|  | Wyświetlanie jednocześnie przynajmniej 5 krzywych dynamicznych | wymagany |  |
|  | Pamięć trendów wszystkich monitorowanych parametrów z ostatnich przynajmniej 24 godzin z rozdzielczością 1 minuty, | wymagany |  |
|  | Możliwość konfigurowania startowych parametrów pracy przyjmowanych automatycznie po przyjęciu nowego pacjenta, przynajmniej kolejności kolorów monitorowanych parametrów, włączenia i wyłączenia alarmów poszczególnych parametrów, głośności alarmów, ustawienia głośności i źródła dźwięku tętna. | wymagany |  |
|  | Możliwość automatycznego, inicjowanego przez użytkownika ustawienia granic alarmowych jednocześnie wszystkich parametrów na podstawie aktualnej wartości tych parametrów | wymagany |  |
|  | Możliwość skonfigurowania własnego zestawu granic alarmowych ustawianych samoczynnie po przyjęciu nowego pacjenta. | wymagany |  |
|  | Pamięć zdarzeń zapisywanych automatycznie w przypadku wystąpienia alarmu i z zapisem inicjowanym ręcznie przynajmniej 50 zdarzeń zawierających odcinek krzywych dynamicznych monitorowanych parametrów o długości przynajmniej 20 sekund, oraz wartości liczbowe parametrów z momentu zdarzenia | wymagany |  |
|  | Pamięć przynajmniej 15 różnych zestawów konfiguracji pracy pozwalających na szybkie dopasowanie do wymagań stanowiska, bez potrzeby ustawiania poszczególnych parametrów. Minimalne wymagania dotyczące zestawu zapamiętanych parametrów pracy: kolory poszczególnych monitorowanych parametrów, głośność alarmów, ustawienia granic alarmowych | wymagany |  |
|  | Monitor zamocowany do aparatu znieczulania w sposób umożliwiający dopasowanie położenia ekranu: obrót i nachylenie. W komplecie zestaw niezbędnych elementów. | wymagany |  |
|  | Monitor połączony z aparatem do znieczulania w sposób umożliwiający wyświetlanie na ekranie monitora danych z aparatu, zapisywanie w trendach razem z monitorowanymi parametrami udostępnianie w sieci centralnego monitorowania | wymagany |  |
|  | Stacja dokująca umożliwiająca zamocowanie i zdjęcie monitora bez konieczności odłączania i podłączania układów pacjenta oraz przewodu zasilającego i przewodów łączących z innymi urządzeniami, jeśli zostanie z nimi połączony, takimi jak rejestrator, drukarka, dodatkowy ekran kopiujący, sieć centralnego monitorowania | wymagany |  |
|  | Monitorowanie EKG, ST, arytmii, oddechu, saturacji SpO2, temperatury, ciśnienia metodą nieinwazyjną, ciśnienia metodą inwazyjną w czterech torach, rzutu minutowego serca metodą termodylucji, przewodnictwa nerwowo-mięśniowego | wymagany |  |
|  | Monitor wyposażony w urządzenia i oprogramowanie służące do pracy w sieci centralnego monitorowania wykonanej zgodnie ze standardem Ethernet | wymagany |  |
|  | Monitor pacjenta umożliwiający kontynuację nieprzerwanego monitorowania pacjenta podczas transportu, przerw w zasilaniu lub w przypadku konieczności ewakuacji oddziału | wymagany |  |
|  | Masa monitora (modułu transportowego z ekranem) < 6 kg | wymagany |  |
|  | Wbudowane zasilanie akumulatorowe zapewniające min. 4 godziny pracy w przypadku transportu lub zaniku zasilania | wymagany |  |
|  | Monitorowanie w transporcie min. EKG, oddechu, temperatury, saturacji (SpO2), ciśnienia metoda nieinwazyjna, ciśnienia metoda inwazyjna w dwóch torach | wymagany |  |
|  | Tory pomiarowe ciśnienia przystosowane do podłączania przetworników Argon. | wymagany |  |
|  | Pomiar rzutu minutowego serca przystosowany do akcesoriów Argon. | wymagany |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Dodatkowy niezależny, zintegrowany przepływomierz do podaży 02 | wymagany |  |
|  | Do każdego monitora: 1. przewód EKG do podłączenia 3 elektrod – po 2 sztuki
2. 3 szt. wężyka do mankietów
3. po 3 szt. mankietów do pomiaru ciśnienia w rozmiarach M, L, XL
4. czujnik SpO2 na palec (elastyczny) i ucho dla dorosłych – po 2 szt.
5. czujnik temperatury skóry
 | wymagany |  |
|  | Akcesoria do pomiaru przewodnictwa nerwowo-mięśniowego. | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 4: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 4:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 5 – Analizator parametrów krytycznych (1 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy dostawy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Analizator do oznaczania parametrów krytycznych pracujący na bazie wielotestowej kasety zawierającej odczynniki, kalibratory, kontrolę jakości, pojemnik na ścieki oraz oddzielną kasetę sensorową/elektrodową | wymagany |  |
|  | Menu w języku polskim | wymagany |  |
|  | Analizator w pełni automatyczny i bezobsługowy | wymagany |  |
|  | Możliwość wykonania badania min. z krwi tętniczej, z krwi włośniczkowej oraz krwi żylnej | wymagany |  |
|  | Analizator wyposażony we wbudowaną drukarkę | wymagany |  |
|  | Parametry mierzone min.: pH, pCO2, pO2, Na+, K+, Ca2+, Cl-, glukoza, mleczany, , frakcje oksymetryczne hemoglobiny, Hct lub Hb, bilirubina mierzona oksymetrycznie | wymagany |  |
|  | Oprogramowanie analizatora pozwalające na automatyczne wykrywanie nieprawidłowości w pracy (np. obecność skrzepu) | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Oznaczenie poziomu Ca2+ od wartości 0,1 mmol/l | wymagany |  |
|  | Analizator posiadający mapę równowagi kwasowo-zasadowej zawierającą wykresy wyników pacjenta w odniesieniu do wyników standardowych | wymagany |  |
|  | Możliwość wyboru przez użytkownika stosowania różnych rodzajów zestawów odczynnikowych pod względem ilości oznaczeń | wymagany |  |
|  | Monitorowanie poziomu odczynników | wymagany |  |
|  | Wymiana kasety odczynnikowej i sensorowej niezależnie od siebie | wymagany |  |
|  | Wbudowany akumulator umożliwiający prace analizatora przez co najmniej 30 min. | wymagany |  |
|  | Objętość próbki(strzykawka) potrzebna do oznaczenia wszystkich parametrów max. 70 [μl] | wymagany |  |
|  | Analizator z wbudowanym skanerem | wymagany |  |
|  | Automatyczna kontrola jakości zapewniająca codzienną kontrolę aparatu, na co najmniej trzech poziomach, bez konieczności uzupełniania materiału kontrolnego lub innej ingerencji Operatora przez co najmniej 14 dni. Materiały kontrolne inne od kalibracyjnych. | wymagany |  |
|  | Łączny dobowy czas kalibracji analizatora max. 60 min. | wymagany |  |
|  | Możliwość mechanicznego usunięcia skrzepu z kasety sensorowej | wymagany |  |
|  | W ramach oferty Wykonawca na własny koszt i we własnym zakresie dokona instalacji wraz z wykonaniem testu instalacyjnego urządzenia | wymagany |  |
|  | Bezpieczny system aplikacji próbki bez ryzyka przypadkowego zakłucia operatora i bez konieczności przytrzymywania medium przez operatora w trakcie pobierania materiału przez analizator | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Niezależny moduł automatycznej kontroli jakości | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Kompletny zestaw odczynników, sensorów, papieru do drukarki oraz pozostałych materiałów eksploatacyjnych w ilości zapewniającej wykonywanie badań przez okres minimum 3 miesięcy | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 5: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 5:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 6 – Kolumna anestezjologiczna do sali resuscytacji (1 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy nią 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Sufitowa jednostka anestezjologiczna - urządzenie zakwalifikowane do wyrobów medycznych klasy IIb | wymagany |  |
|  | Urządzenie łatwe w utrzymaniu czystości - gładkie powierzchnie profili konstrukcyjnych bez widocznych śrub lub nitów mocujących, wszelkie zaślepka na konsoli montowane bez śrubowo | wymagany |  |
|  | Zestaw przyłączy elektryczno-gazowych. Przewody gazowe z instalacji szpitalnej przyłączane do szybkozłącz na płycie interfejsowej na twardy lut. | wymagany |  |
|  | Tworzywowa zaoblona obudowa sufitowa zakrywająca elementy montażowe | wymagany |  |
|  | Zawiesie sufitowe posiadające regulację umożliwiające montaż i dostosowanie do wymaganej wysokości | wymagany |  |
|  | Waga kolumny bez elementów wyposażenia dodatkowego max 160 kg | wymagany |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 250 kg | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Konsola malowana na kolor z palety RAL- do wyboru przez Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Profil konstrukcyjny konsoli dzielony z osobnym kanałem dla przewodów elektrycznych oraz dla przewodów gazowych | wymagany |  |
|  | Kanały prowadzone pionowe wzdłuż wysokości konsoli.. Gniazda gazowe montowane na ściance kanału z przewodami gazowymi umieszczone w jednym pionowym rzędzie  | wymagany |  |
|  | Gniazda elektryczne, wyrównania potencjału oraz teletechniczne montowane w ściance kanału z przewodami elektrycznymi w pionowym rzędzie  | wymagany |  |
|  | Możliwość wyboru przez Zamawiającego miejsca montażu poszczególnych gniazd elektrycznych oraz gazowych. | wymagany |  |
|  | Konsola pionowa o wysokości min. 1000 mm  | wymagany |  |
|  | Możliwość obrotu konsoli o min. 330\* z możliwością ograniczenia kata obrotu min. co 30° | Obrót o 360° - 10 pktObrót poniżej 360° - 0 pkt |  |
|  | Punkty poboru gazów medycznych typ AGA:1. 2x 02 - tlen
2. 2x AIR – sprężone powietrze
3. 2x VAC - próżnia
4. 1x N20 - podtlenek azotu
5. 1x AGSS- odciąg gazów anestetycznych z zaworem inżektorowym
 | wymagany |  |
|  | Konsola wyposażona w manometry kontrolne gazów - po jednym dla każdego z rodzajów gazów | wymagany |  |
|  | Konsola wyposażona w gniazda elektryczne:1. 8 x gniazdo elektryczne - gniazda licowane z powierzchnią ściany konsoli z sygnalizacja kontrolną LED- gniazda podzielone na min. dwa obwody
2. 8 x bolec wyrównania potencjałów - gniazdo nie wystające poza obrys ścianki konsoli o więcej niż 2 mm
3. 1x gniazdo teletechniczne typu RJ 45 cat.6 - gniazdo licowane z powierzchnią ścianki konsoli
 | wymagany |  |
|  | W środkowej części konsoli umieszczony profil montażowy umożliwiający bezstopniowe mocowanie półek i szuflad na dowolnej wysokości. Półki i szuflady z możliwością regulacji wysokości półek przez użytkowników. | wymagany |  |
|  | Poziome pojedyncze ramię nośne o długości min 900 mm-wymiar liczony jako odległość od osi do osi obrotu  | wymagany |  |
|  | Ramię wykonane z aluminium lub stali, malowane na kolor z palety RAL – do wyboru przez Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Profil ramienia ułatwiający utrzymanie czystości. Krawędzie zaokrąglone  | wymagany |  |
|  | Aluminiowe lub tworzywowe zaślepki zakończenia ramienia  | wymagany |  |
|  | Pneumatyczny hamulec obrotu ramienia  | wymagany |  |
|  | Hamulec zwalniany poprzez przycisk. Ze względów ergonomicznych nie dopuszcza się przycisków montowanych na szynie sprzętowej  | wymagany |  |
|  | Na ramieniu zamontowany sygnalizator odblokowania hamulca  | wymagany |  |
|  | Możliwość obrotu ramienia względem zawieszenia sufitowego min. 330° z możliwością ograniczenia kąta obrotu min. co 30° | wymagany |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Półka z szufladą i blatem z materiału kompozytowego bakteriobójczego z możliwością płynnej regulacji wysokości o wymiarach (+/-5%) 460 mm x 420mm, materiał półki kompozytowy całkowicie gładki zapobiegający ogniskowaniu się bakterii. Szuflada z mechanizmem samo domykającym. Głębokość szuflady min. 80 mm Dopuszczalne obciążenie szuflady min. 40 kg | wymagany |  |
|  | 1x półka z materiału kompozytowego bakteriobójczego z możliwością płynnej regulacji wysokości o wymiarach (+/- 5%) 460 mm x 420mm, materiał półki kompozytowy całkowicie gładki zapobiegający ogniskowaniu się bakterii | wymagany |  |
|  | Półki posiadające szyny boczne akcesoryjne montowane z lewej i prawej stronie. Szyny akcesoryjne przy półkach zakończone zaokrąglonymi tworzywowymi lub gumowymi narożnikami zintegrowanymi z szynami bocznymi. Dopuszczalne obciążenie szyny min. 20 kg.  | wymagany |  |
|  | Uchwyt pomp Infuzyjnych o długości min. 800 mm i obciążalności min. 50 kg | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do przekazania kodów serwisowych i haseł, które po upływie gwarancji uniemożliwiałyby lub utrudniałyby dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawcy podmiot w przypadku nie korzystania z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (w przypadku obecności takich blokad w przedmiocie umowy) | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 6: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 6:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 7 – Lampa operacyjna mobilna (1 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się urządzenia oraz elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Lampa zabiegowa bezcieniowa na statywie jednym z czterema podwójnymi tworzywowymi kolami o średnicy min. 90 mm. Czasza oświetleniowa wielosegmentowa ze źródłem światła w postaci diod LED  | wymagany |  |
|  | Minimum dwa kola z blokada | wymagany |  |
|  | Podstawa monolityczna jednolita składająca się z jednego elementu - nie dopuszczę się podstawy skręcanej lub łączonej nakładanej osłony tworzywowej podatnej na uszkodzenia | wymagany |  |
|  | Podstawa wykonana z aluminium lakierowanego  | wymagany |  |
|  | Sztyca pionowa o wysokości min. 140 cm | wymagany |  |
|  | Ramię poziome uchylne o długości min. 60 cm  | wymagany |  |
|  | Kąt odchylenia ramienia poziomego w górę min. 24°, w dół min. 35° | wymagany |  |
|  | Możliwość obrotu ramienia poziomego w stosunku do sztycy pionowej o minimum 50° | wymagany |  |
|  | Źródło światła - diody LED - maksymalny pobór mocy lampy 90 W. Kopula wyposażona w min. 55 w diod LED. Diody nowej generacji białe | wymagany |  |
|  | Regulacja średnicy pola zabiegowego / operacyjnego za pomocą sterylizowanego uchwytu umieszczonego centralnie na środku czaszy lampy | wymagany |  |
|  | Średnica zewnętrzna kopuły nie większa niż 65 cm | wymagany |  |
|  | Obudowa kopuły wykonana ze stopów aluminium lub tworzywa ABS z aluminiowymi segmentami wewnętrznymi odprowadzającymi ciepło | wymagany |  |
|  | Natężenie kopuły min. 120 klux | wymagany |  |
|  | Temperatura barwowa nie mniejsza niż 4300K | wymagany |  |
|  | Zakres regulacji średnicy pola bezcieniowego w polu operacyjnym nie mniejszy niż 16 do 28 cm | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Współczynnik oddawania barw dla kopuły głównej nie mniejszy niż 95 | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Wgłębność oświetlenia L1+L2 nie mniejsza niż 130 cm  | wymagany |  |
|  | Wartość oświetlenia po przysłonięciu jedną maską [%] - nie mniej niż 35%  | wymagany |  |
|  | Wartość oświetlenia po przysłonięciu dwiema maskami [%] - nie mniej niż 40% | wymagany |  |
|  | Kopula lampy wyposażona minimum w trzy uchwyty umieszczone na poszczególnych segmentach lampy umożliwiające łatwe i szybkie ustawienie lampy niezależnie od jej położenia. Uchwyty umożliwiające wsunięcie całej dłoni i jej zaciśnięcie  | wymagany |  |
|  | Możliwość obrotu ramienia obejmy kopuły o min. 280' wokół przegubu łączącego z ramieniem uchylnym mocowanym następnie do statywu pionowego  | wymagany |  |
|  | Regulacja natężenia światła w zakresie min. 25% do 100% w minimum 10 stopniach, elektroniczna | wymagany |  |
|  | Funkcja oświetlenia endo w postaci światła typu LED (minimum 8 diod). Oświetlenie endo uruchamiane z pilota i panelu sterowniczego umieszczonego na lampie. | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do przekazania kodów serwisowych i haseł, które po upływie gwarancji uniemożliwiałyby lub utrudniałyby dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawcy podmiot w przypadku nie korzystania z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy. | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 7: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 7:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 8 – Przenośny zestaw resuscytacyjny (1 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Torba:1. Wymiary (wys. x szer. x gł.) około: 30 x 60 x36 cm (±4cm)
2. Poszycie wykonane z trwałego i odpornego na wycieranie materiału w kolorze czerwonym
3. Elementy odblaskowe
4. Wzmocnione ścianki
5. Sztywne dno z uchwytem na butlę tlenową 2 l.
6. Sposób zamykania ułatwiający szybki i pełny dostęp do zawartości torby
7. Zewnętrzna kieszeń z uchwytami na laryngoskopy i odłącznym ampularium na min. 50 ampułek
8. Minimum dwie dodatkowe kieszenie boczne na drobny sprzęt
9. Pasek na ramię
 | wymagany |  |
|  | Butla tlenowa aluminiowa o pojemności 2,0 l | wymagany |  |
|  | Reduktor tlenu z regulacją przepływu min. 0÷25 l/min | Największy zakres – 10 pktMinimum – 0 pktPozostałe - proporcjonalnie |  |
|  | Resuscytator:1. dla dorosłych i dzieci (waga pacjenta ≥ 15 kg)
2. posiadający dodatkową zewnętrzną powłokę ograniczającą ciśnienie w drogach oddechowych,
3. wyposażony w maski z pompowanym mankietem w rozmiarach 5, 3/4, 2,
4. wyposażony w rezerwuar tlenu nadający się do sterylizacji
 | Możliwość sterylizacji w autoklawie (w temperaturze 134°C)TAK – 10 pkt., NIE – 0 pkt. |  |
|  | Dren o długości ≥1,8 m do podawaniu tlenu | wymagany |  |
|  | Ssak mechaniczny o napędzie nożnym z wielorazowym zbiornikiem o pojemności 600ml +/- 50ml | wymagany |  |
|  | Laryngoskop światłowodowy LED składający się z rękojeści i 3 sztuk łyżek wielorazowych Macintosh w rozmiarach 2, 3, 4 | wymagany |  |
|  | Maski tlenowe dla dorosłych i dzieci (po jednej sztuce) | wymagany |  |
|  | Filtr bakteryjny do resuscytatora | wymagany |  |
|  | Komplet rurek ustno-gardłowych (5 sztuk) | wymagany |  |
|  | Maski krtaniowe jednorazowe w rozmiarach 3 oraz 4 (po dwie sztuki każdego rozmiaru) | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji  | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 8: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 8:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 9 – Defibrylator półautomatyczny (1 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: 2020  | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Dwufazowa fala defibrylacyjna | wymagany |  |
|  | Intuicyjna obsługa urządzenia - 2 przyciskiwłączenie aparatuwyładowanie energii | wymagany |  |
|  | Energia defibrylacji min. 200 J | wymagany |  |
|  | Ilość wyładowań z max. energią z jednej baterii: min. 120 | Najwyższa wartość – 10 pktPozostałe - proporcjonalnie |  |
|  | Czas ładowania poniżej 10 sek. | wymagany |  |
|  | Czas monitorowania min. 4 godz. | wymagany |  |
|  | Bezprzewodowa transmisja danych z defibrylatora do komputera  | wymagany |  |
|  | Zapis i przesyłanie danych z przeprowadzonej akcji ratowniczej min. 40 min. | wymagany |  |
|  | Komunikaty tekstowe w języku polskim | wymagany |  |
|  | Komunikaty głosowe prowadzące reanimację CPR w języku polskim | wymagany |  |
|  | Jednorazowa bateria zapewniająca min. 4 lata przechowywania | Najwyższa wartość – 10 pktPozostałe - proporcjonalnie |  |
|  | Możliwość defibrylacji pacjentów o masie poniżej 25 kg | wymagany |  |
|  | Waga defibrylatora poniżej 2.5 kg | wymagany |  |
|  | Torba transportowa | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do przekazania kodów serwisowych i haseł, które po upływie gwarancji uniemożliwiałyby lub utrudniałyby dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawcy podmiot w przypadku nie korzystania z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy. | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 9: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 9:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 10 – Aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta (2 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  |  |  |  |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Urządzenie ogrzewające pacjenta ciepłym powietrzem | wymagany |  |
|  | Min. 4 zakresy temperatury:1. temp. otoczenia
2. 32°C
3. 38°C
4. 43°C
 | wymagany |  |
|  | Podstawa jezdna do aparatu z koszykiem na koce, min. 2 koła z blokadą | wymagany |  |
|  | Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek lub łóżku pacjenta – w zestawie akcesoria umożliwiające montaż | wymagany |  |
|  | Uchwyt do przenoszenia, ciężar urządzenia max 6 kg | Najniższa waga 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Giętki, łatwy do przemycia i dezynfekcji przewód grzewczy, łączący urządzenie z kocem. Przewód grzewczy bez możliwości jego przypadkowego odłączenia. | wymagany |  |
|  | Zaczep na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem | wymagany |  |
|  | Długość przewodów1. przewód grzewczy: min 1,8 m
2. przewód zasilający: min 4,0 m
 | wymagany |  |
|  | Duża wydajność - szybkie osiągnięcie zakresów przy przepływie powietrza nie większym niż 1400 l/min  | wymagany |  |
|  | Wskaźnik zbyt wysokiej oraz zbyt niskiej temperatury  | wymagany |  |
|  | Antywirusowy i antybakteryjny filtr powietrza o wysokiej skuteczności filtracji HEPA 99,99%  | wymagany |  |
|  | Układ zabezpieczający przed przegrzaniem z alarmem dźwiękowym i wizualnym | wymagany |  |
|  | Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący o konieczności dokonania przeglądu urządzenia bez konieczności śledzenia czasu pracy | Tak– 10 pkt.Nie – 0 pkt |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V, 50/60 Hz. Średni pobór mocy poniżej 600W.  | wymagany |  |
|  | Koce wykonane z tkaniny niezawierającej lateksu. Materiał radio-przezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych RTG. Materiał perforowany umożliwiający równomierny przepływ powietrza. | wymagany |  |
|  | Dostępne koce ogrzewające pacjenta min. w 5 rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koce na dolną część ciała, koce na górną część ciała: koce na całe ciało; koce pediatryczne; koce pod pacjenta)  | wymagany |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Jednorazowe koce ogrzewające dla dorosłych (do każdego urządzenia): koc na cale ciało dla dorosłych (długość 220cm +- 2cm) - 10 szt. | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do przekazania kodów serwisowych i haseł, które po upływie gwarancji uniemożliwiałyby lub utrudniałyby dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawcy podmiot w przypadku nie korzystania z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (w przypadku obecności tej formy blokady w przedmiocie dostawy) | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 10: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 10:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 11 – Aparat do ogrzewania płynów (1 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Ogrzewacz przepływowy, sucha technika ogrzewania podawanego płynu bez udziału wody  | wymagany |  |
|  | Możliwość regulacji zakresu temperatur min. 30 - 39 °C  | Największy zakres - 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Zakres przepływu min. 20-80 ml/min | Największy zakres - 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Temperatura ustawiona równa temperaturze uzyskiwanej na końcu linii | wymagany |  |
|  | Programowana wstępnie temperatura pracy 37°C +/- 1°C | wymagany |  |
|  | Auto-test podczas uruchamiania urządzenia | wymagany |  |
|  | Podłączenie i gotowość do użycia w czasie poniżej 30 s - brak czasu nagrzewania urządzenia | wymagany |  |
|  | Układ alarmu przekroczenia temperatury: sygnalizacja wizualna i dźwiękowa z możliwością czasowego wyciszenia  | wymagany |  |
|  | Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący (wizualnie lub dźwiękowo) o konieczności dokonania przeglądu urządzenia | wymagany |  |
|  | Ciekłokrystaliczny wyświetlacz LCD do komunikacji z użytkownikiem  | wymagany |  |
|  | Możliwość współpracy i rozbudowy o system do szybkich przetoczeń | wymagany |  |
|  | Zasilanie 230 V, 50/60 Hz | wymagany |  |
|  | Mocowania do montażu urządzenia na stojaku do kroplówek | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia realizowane w siedzibie Zamawiającego, w całości na koszt Wykonawcy, bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu  | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do przekazania kodów serwisowych i haseł, które po upływie gwarancji uniemożliwiałyby lub utrudniałyby dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawcy podmiot w przypadku nie korzystania z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (w przypadku obecności tej formy blokady w przedmiocie dostawy) | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 11: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 11:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 12**

* + - 1. **Pompa objętościowa (7 szt.)**
	1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..
	2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….
	3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………
	4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..
		+ 1. **Pompa strzykawkowa do przetaczania dawkowania leków (24 szt.)**
	5. Producent (podać): ……………………………………………….……………..
	6. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….
	7. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………
	8. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starsze niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów – pompa objętościowa** |
|  | Pompa objętościowa do dożylnej podaży leków i płynów, krwi i produktów krwiopochodnych , żywienia pozajelitowego, dojelitowego, leków onkologicznych, sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania  | wymagany |  |
|  | Możliwość pracy z zestawami do leków światłoczułych | wymagany |  |
|  | Dostępność drenów do żywienia dojelitowego – należy dołączyć 5 szt., do każdej z pomp | wymagany |  |
|  | Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych wraz z wykazem dostępnych drenów | wymagany |  |
|  | Masa pompy max 2,5 kg:  | wymagany |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 4h przy przepływie 100ml/h | wymagany |  |
|  | Wbudowany lub podłączany uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych | wymagany |  |
|  | Podświetlany ekran | wymagany |  |
|  | Zakres ciśnienia okluzji min. 0.3 do 1.2 bara (225-900mmHg), z wyborem na min. 9 poziomach. | wymagany |  |
|  | Różne tryby infuzji, min.: wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. | wymagany |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 1200 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.  | wymagany |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania w zakresie od 0,1- 9999 ml.  | wymagany |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu.  | wymagany |  |
|  | Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.  | wymagany |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min.100 leków z możliwością podzielenia na grupy i profile pacjentów | Największa ilość leków - 5 pkt,100 leków – 0 pktPozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Leki zawarte w bibliotece leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.  | wymagany |  |
|  | Możliwość precyzyjnej podaży z lub bez czujnika kropli.  | wymagany |  |
|  | Funkcja utrzymania drożności żyły z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika  | wymagany |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej  | wymagany |  |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń . | wymagany |  |
|  | Menu w języku polskim  | wymagany |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania 0,1- 9999 ml | wymagany |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 48 godzin | wymagany |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej.  | wymagany |  |
|  | Wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≥ 0,01 ml  | wymagany |  |
|  | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii.  | TAK- 10 pkt.,NIE – 0 pkt |  |
|  | Stacje dokujące – 2 sztuki | wymagany |  |
|  | Wyposażenie jeśli dotyczy oferowanych pomp: 1. Odłączalny nieskładany uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych – 6 szt.
2. Zasilacz zewnętrzny – 6 szt.
 | wymagany |  |
| **Opis parametrów – pompa strzykawkowa** |
|  | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi przeznaczona do intensywnej opieki nad pacjentami dorosłymi | wymagany |  |
|  | Strzykawka mocowana od przodu automatycznie lub manualnie | wymagany |  |
|  | Blokada tłoka strzykawki, działająca niezależnie od położenia głowicy napędowej | TAK- 2 pkt.,NIE – 0 pkt |  |
|  | Masa pompy max 2,5 kg:  | wymagany |  |
|  | Podświetlany ekran | wymagany |  |
|  | Wbudowany lub podłączany uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych | wymagany |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 8h przy przepływie 25ml/h | wymagany |  |
|  | Możliwość wymiany akumulatora przez użytkownika, bez konieczności użycia narzędzi oraz wykonywania przeglądu technicznego | TAK- 2,5 pkt.,NIE – 0 pkt |  |
|  | Prędkość bolusa min od 0,1-1800ml/h | wymagany |  |
|  | Różne tryby infuzji: Wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. | wymagany |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)  | wymagany |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości min. 5, 10, 20, 50,60 ml różnych typów oraz różnych producentów  | wymagany |  |
|  | Dodatkowo praca ze strzykawkami 2-3 ml | TAK- 2 pkt.,NIE – 0 pkt |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.  | wymagany |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min.100 leków z możliwością podzielenia na grupy i profile pacjentów | Największa ilość leków - 5 pkt,100 leków – 0 pktPozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Leki zawarte w bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.  | wymagany |  |
|  | Menu w języku polskim  | wymagany |  |
|  | Dokładność mechaniczna ±1%:  | ≤0,5% - 5pkt.,˃0,5 % - 1% - 0 pkt |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej.  | wymagany |  |
|  | Zakres ciśnienia okluzji min 0.1 do 1.2 bara (75-900 mmHg), z wyborem na 9 poziomach.  | wymagany |  |
|  | Dodatkowy system wspomagający szybsze wykrywanie wzrostu lub spadku ciśnienia w linii przy niskich prędkościach infuzji, bez konieczności użycia specjalnych drenów. Dopasowanie czułości na min 3 poziomach | wymagany |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania 0,1- 9999 ml | wymagany |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 48 godzin | wymagany |  |
|  | Automatyczne przejmowanie infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej – dla pomp podłączonych do stacji dokującej | TAK- 10 pkt.,NIE – 0 pkt |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania każdej pompy o tryb infuzji sterowanej docelowym stężeniem leku we krwi  | TAK- 5 pkt.,NIE – 0 pkt |  |
|  | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii | TAK – 10 pkt, NIE – 0 pkt |  |
|  | Stacje dokujące – 3 sztuki. | wymagany |  |
|  | Wyposażenie jeśli dotyczy oferowanych pomp: 1. Odłączalny nieskładany uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych – 5 szt.
2. Zasilacz zewnętrzny – 9 szt.
 | wymagany |  |
| **Stacje dokujące** |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz, cała kolumna zasilana za pomocą jednego przewodu | wymagany |  |
|  | Stacja dokująca umożliwiająca mocowanie na stojakach infuzyjnych i pionowych rurach, np. systemach podwieszanych, jak również do poziomych naściennych systemów prowadnic zgodnie z EN 1789 bez konieczności stosowania dodatkowych adapterów lub akcesoriów montażowych. | wymagany |  |
|  | Posiada możliwość rozbudowy o interfejs do komunikacji z komputerem za pomocą Ethernetu - złącze RJ45 | wymagany |  |
|  | System szybkiego mocowania pomp do stacji dokującej bez przerywania przepływu | wymagany |  |
|  | Stacja umożliwiająca jednoczesne zamocowanie min. 5 pomp w jednej kolumnie | wymagany |  |
|  | Możliwość dowolnej konfiguracji ilości pomp strzykawkowych i objętościowych w stacji dokującej przy każdym stanowisku pacjenta  | wymagany |  |
|  | Modułowa budowa stacji dokujących. Rozszerzenie stacji o kolejny moduł nie wymagające użycia specjalnych narzędzi i dodatkowych elementów konstrukcyjnych. | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Możliwość wymiany akumulatora przez użytkownika, bez konieczności użycia narzędzi oraz wykonywania przeglądu technicznego | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
|  | Mocowanie stacji dokującej do rury pionowej lub poziomej bez dodatkowego oprzyrządowania  | wymagany |  |
|  | Oprócz mocowania uchwyt do przenoszenia modułu  | wymagany |  |
|  | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,
4. bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu
 | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie. | wymagany |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do przekazania kodów serwisowych i haseł, które po upływie gwarancji uniemożliwiałyby lub utrudniałyby dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawcy podmiot w przypadku nie korzystania z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (w przypadku obecności takich blokad w przedmiocie umowy) | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis urządzenia** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Kwota VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Pompa objętościowa | szt. | 7 |  |  |  |  |  |
| 2. | Pompa strzykawkowa do przetaczania dawkowania leków  | szt. | 24 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 12: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 12:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

**Część nr 13 – Zestaw do laryngoskopii i trudnej intubacji (5 szt.)**

1. Producent (podać): ……………………………………………….……………..

2. Nazwa, typ i model urządzenia (podać): ……………………………..……….

3. Kraj pochodzenia (podać): …………………….…….…………………………

4. Rok produkcji (podać): …………………………………….…………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Warunki wymagane i pożądane** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – należy podać.** |
| **Informacje ogólne** |
|  | Producent (należy podać) | wymagany |  |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Kraj pochodzenia (należy podać) | wymagany |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników | wymagany |  |
|  | Rok produkcji: nie starszy niż 2020 r. | wymagany |  |
| **Opis parametrów** |
|  | Videolaryngoskop LED do rutynowej i trudnej intubacji pacjentów | wymagany |  |
|  | Kamera min. 2.0 Mpix | wymagany |  |
|  | System zapobiegania parowaniu | wymagany |  |
|  | Możliwość wykonywania wizualizacji oraz zdjęć | wymagany |  |
|  | Transmisja materiałów do komputera | wymagany |  |
|  | Obracanie i zmiana kąta nachylenia wyświetlacza | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz min. 3,5” montowany na rękojeści laryngoskopu  | wymagany |  |
|  | Wewnętrzny tor wizyjny | wymagany |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe | wymagany |  |
|  | Waga poniżej 400g | wymagany |  |
|  | Czas działania bez ładowania min. 60 minut ciągłej pracy | Najwyższa wartość – 10 pkt.Pozostałe - proporcjonalnie |  |
|  | Czas ładowania od 0 do 100% max. 8h | wymagany |  |
|  | Trzpień łączący z łyżkami ze stali nierdzewnej | wymagany |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Łyżki jednorazowe typu Macintosh #3 15 szt. oraz #4 15 szt. |  |  |
|  | Karta pamięci min 4GB (w przypadku możliwości zapisu na kartach pamięci) | wymagany |  |
|  | Ładowarka do zestawu | wymagany |  |
|  | Torba / walizka transportowa | wymagany |  |
| **Szkolenia** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji  | wymagany |  |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego w zakresie podstawowej obsługi serwisowej, eksploatacji oraz konserwacji potwierdzone certyfikatami. | wymagany |  |
|  | Wymienione szkolenia:1. czas trwania ok. 1 godzina
2. realizowane w siedzibie Zamawiającego,
3. w całości na koszt Wykonawcy,

bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu | wymagany |  |
| **Gwarancja, rękojmia i serwis** |
|  | **Okres gwarancji i rękojmi** min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru w tym gwarancja na wszystkie elementy składowe oferowanego zestawu *(należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy, Maksymalny okres gwarancji to 60 miesięcy)* | Najwyższa wartość 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | wymagany |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu - liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | wymagany |  |
|  | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | wymagany |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.). Należy dostarczyć przy dostawie systemu. | wymagany |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do przekazania kodów serwisowych i haseł, które po upływie gwarancji uniemożliwiałyby lub utrudniałyby dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawcy podmiot w przypadku nie korzystania z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (w przypadku obecności takich blokad w przedmiocie umowy) | wymagany |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok  | wymagany |  |
|  | W przypadku awarii Wykonawca dokona naprawy niezwłocznie, jednak w czasie nie dłuższym niż w ciągu 2 dni roboczych, a w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza Polski max. do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia  | wymagany |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienie transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | wymagany |  |
|  | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 2 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | wymagany |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski - informację dołączyć do oferty | wymagany |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | wymagany |  |
|  | Instalacja, montaż oraz uruchomienie przedmiotu umowy nastąpi w terminie wskazanym przez Zamawiającego. | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | wymagany |  |
|  | Instrukcja obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | wymagany |  |
|  | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat | wymagany |  |
|  | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | wymagany |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.
2. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu) dostarczonych przed podpisaniem umowy.
3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
4. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wartość netto części nr 13: |  |
| 2. | Wartość netto słownie: |  |
| 3. | VAT: | **% -** ..... | kwota: |
| 4. | VAT słownie: |  |
| 5. | **Wartość brutto części nr 13:** |  |
| 6. | Wartość brutto słownie: |  |

1. **Potwierdzenie spełnienia wymagań Specyfikacji Warunków Zamówienia.**

1. Oświadczamy, ze zapewniamy realizację zmówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w SWZ i załącznikach do SWZ z terminem płatności 30 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej uwag
i zastrzeżeń.
3. W składanej ofercie uwzględnione zostały wszystkie wyjaśnienia i zmiany w SWZ opublikowane przez Zamawiającego do terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że zawarte w SWZ „Projektowane postanowienia umowy”, w których określono warunki realizacji zamówienia, zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nich zaproponowanych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. **Oświadczam/y, że:**
6. **NIE UTAJNIAMY\***żadnych informacji zawartych w naszej ofercie;
7. **UTAJNIAMY\*** informacje zawarte w naszej ofercie, które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa
w zakresie:
* nazwa utajnionego dokumentu i zakres informacji *(podać)*: ……………….…………………………

 **\*** niepotrzebne skreślić

1. W związku z utajnieniem w/w dokumentów oświadczamy, że:
* wymienione wyżej informacje zostały w naszej firmie objęte ochrona jako nieujawnione, objęta tajemnicą przedsiębiorstwa,
* informacje te nie były nigdzie jawnie publikowane, nie stanowiły one części materiałów promocyjnych i podobnych, ani nie zapoznawano z nimi innych jednostek gospodarczych
i administracyjnych w trybie jawnym,
* zastrzeżenie niejawności w/w informacji jest nadal ważne,
* informacje te nie wchodzą w zakres informacji składanych w rejestrach sądowych przez spółki i przedsiębiorstwa, nawet jeśli nasza jednostka nie jest zobowiązana do składania takich dokumentów w sądach rejestrowych.
1. **Wykonawca zamierza powierzyć cześć zamówienia podwykonawcom: TAK / NIE1** - wskazać część zamówienia,…………………………….……….……………..……………………………………………
Wykonawca zamierza powierzyć część zamówienia następującym podwykonawcom *(należy podać nazwy podwykonawców jeżeli są już znani)*: ….……………………..……………………………………………………

1niepotrzebne skreślić

1. **Wykonawca oświadcza, że wybór oferty** **BĘDZIE / NIE BĘDZIE2** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

2niepotrzebne skreślić

1. W przypadku gdy złożona oferta prowadziłaby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca obowiązkowo w ofercie wskazuje:
	1. nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego *(podać)*: ……………………………………………………………………..
	2. wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku *(podać)*: …………………………….…………………………………………………………………
	3. wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie *(podać): ……………………………………………………………………………………………*
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L119 z 04,05,2016 r.str.1)
3. Oświadczam/y, że:
	1. [ ]  jestem/jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem**\***
	2. [ ]  nie jestem/ nie jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem**\***

 **\***należy zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole

Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

1. Imię i nazwisko oraz funkcja osoby, którą należy wpisać do umowy jako osobę reprezentującą firmę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Pełniona funkcja** |
|  |  |

1. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko:** |  |
| 2. | **Adres e-mail:** |  |
| 3. | **Numer telefonu:** |  |
| 4. | **Numer faksu:**(jeżeli dotyczy) |  |

1. Integralną część niniejszej oferty jako załączniki stanowią poniższe oświadczenia i dokumenty:
2. ………………………………………..
3. ………………………………………..
4. ………………………………………..
5. ………………………………………..