Ogłoszenie o zamówieniu nr 10/SORFM/2024

FORMULARZ OFERTOWY CZĘŚĆ 4.

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ....................................................................................................

Siedziba: .................................................................................................

Numer NIP: ............................................................................................

Numer REGON: .....................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ..................................................................

Numer telefonu: ......................................................................................

1. Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące dostawy sprzętu medycznego oraz mebli do obszaru resuscytacyjno - zabiegowego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Specjalistycznego Artmedik Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. oferuję:

Łączną kwotę za wykonanie przedmiotu zamówienia określonego jako Część 4
w zapytaniu ofertowym:

……………………………….….. brutto

Słownie:

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

**Pulsoksymetr pozwalający sprawdzić stężenie karboksyhemoglobiny i methemoglobiny we krwi – 2 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Pulsoksymetr pozwalający sprawdzić stężenie karboksyhemoglobiny i methemoglobiny we krwi** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania minimalne** | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | **Cechy**  | X |  |  |  |
| 2. | Urządzenie składające się z modułu pomiarowego i monitora połączonych ze sobą bezprzewodowo. Urządzenie monitorujące saturację, puls, stężenie karboksyhemoglobiny i methemoglobiny we krwi. | TAK |  |  |  |
| 3. | Waga maks. 420g (moduł pomiarowych + monitor) | TAK |  |  |  |
| 4. | Wymiary monitora: maks. 100 x 180 x 25 mm | TAK |  |  |  |
| 5. | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe 100-240V, 50-60 Hz | TAK |  |  |  |
| 6. | Czas pracy przy zasilaniu akumulatorowym min. 10 godzin | TAK |  |  |  |
| 7. | Czas ładowania akumulatora: max. 9 godzin | TAK |  |  |  |
| 8. | Wskaźnik niskiego stanu naładowania akumulatora | TAK |  |  |  |
| 9. | Pamięć wewnętrzna: min. 240 h | TAK |  |  |  |
| 10. | Stopień odporności na wnikanie cieczy min. IP33 | TAK |  |  |  |
| 11. | Możliwość pracy w temperaturze min. od 0°C do +40°C | TAK |  |  |  |
| 12. | Przechowywanie w temperaturach min. od -40°C do +70°C | TAK |  |  |  |
| 13. | **Parametry kliniczne**  | X |  |  |  |
| 14. | Zakres pomiaru SpO2 min. 0-100% | TAK |  |  |  |
| 15. | Zakres pomiaru pulsu min. 20-300 /min | TAK |  |  |  |
| 16. | Zakres pomiaru %COHb min. 0-99% | TAK |  |  |  |
| 17. | Zakres pomiaru %MetHb min. 0-99% | TAK |  |  |  |
| 18. | Dokładność Pomiaru:COHb: maks. ± 3 w zakresie 1 – 15%MetHb: maks. ± 1 w zakresie 1 – 15%SpO2: maks. ± 2 w zakresie 70 – 100% | TAK |  |  |  |
| 19. | Czujnik wielorazowy typu klips na palec | TAK |  |  |  |
| 20. | Trzy kolory krzywej tętna sygnalizujące zmiany jakości sygnału tętna, które mogą wpływać na odczyty | TAK |  |  |  |
| 21. | Bezprzewodowe połączenie modułu pomiarowego z wyświetlaczem. Zasięg komunikacji bezprzewodowej min. 8 metrów w linii prostej | TAK |  |  |  |
| 22. | W zestawie z aparatem:• Futerał do przenoszenia urządzenia (moduł pomiarowy + monitor)• Zasilacz (2 sztuki).• Czujnik wielorazowy typu klips na palec• Kabel do pobierania danych z monitora | TAK |  |  |  |
| 23. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz jego załącznikami, udostępnioną przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że nie wnoszę do nich uwag oraz, że akceptuję istotne postanowienia zapytania ofertowego oraz treść umowy.
3. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie wskazanym w Zapytaniu ofertowym.
4. Oświadczam, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, rok produkcji 2023, lub nowszy, posiada Deklaracje zgodności CE i zgłoszenie/wpis do rejestru wyrobów medycznych.
5. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2023 poz. 129).

 ………………………………….

 /Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej/