**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**Zadanie 1. Defibrylator przenośny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022 roku. Defibrylator przenośny dla dorosłych i dla dzieci o wadze kompletnego defibrylatora gotowego do pracy do maksymalnie 8 kg. Aparat odporny na kurz i zalanie wodą – min klasa IP 44. Czas pracy na akumulatorze: minimum 6 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią. Zasilanie defibrylatora poprzez uchwyt karetkowy podłączony do instalacji 12V ambulansu zapewniający możliwość ładowania akumulatora/ów w aparacie oraz zasilanie defibrylatora. Dopuszcza się zewnętrzną ładowarkę do ładowania akumulatorów montowaną w przedziale medycznym wyposażoną w uchwyt do bezpiecznego transportu w ambulansie zgodny z aktualna normą PN EN 1789 ( lub równoważnej). Akumulator litowo-jonowy lub równoważny, ze zminimalizowanym efektem pamięci, czas ładowania do maksymalnie 4,5 godzin. Defibrylacja dwufazowa w trybie ręcznym i automatycznym, regulacja energii w zakresie min. 2-200 J, dostępne min. 20 poziomów energii zew., gotowość do defibrylacji max energią do 7 s., możliwość wykonania kardiowersji, z możliwością rozbudowy o łyżki do defibrylacji zewnętrznej dla dorosłych i dla dzieci. Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 6,5‘.  | **szt** | **3** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
|  | Możliwość wyświetlania minimum 4 krzywych dynamicznych jednocześnie. Wyświetlanie na ekranie oraz wydruk pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych. Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości 80 mm ± 5 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. Pamięć wewnętrzna min. 400 zdarzeń i min. 30 zrzutów ekranowych (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i możliwością transmisji danych poprzez sieć GSM. Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300/min. Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 2,0 cm/mV. Z funkcją stymulacji zewnętrznej. Częstotliwość stymulacji zewnętrznej regulowana w zakresie min. 40-180 imp/min, prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 10-140 mA. Z możliwością pomiar SpO2 w technologii Rainbow Masimo SET. Zakres pomiaru SpO2 w zakresie minimum 10-100% i HR w zakresie minimum 30-230/min. Z możliwością pomiar NIBP – w komplecie po 1 mankiecie do pomiaru, z systemem FlexiPort posiadanym przez Zamawiającego, w rozmiarach 9, 10, 11 i 12. Funkcja wspomagania resuscytacji krążeniowo- oddechowej z informacją zwrotną o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej – sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć klatki piersiowej. Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną przez wytyczne ERC częstością. Funkcja wyświetlania na ekranie w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej oraz z prezentacją graficzną wykresu głębokości uciśnięć klatki. Z funkcją umożliwiającą prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej. Z funkcją pomiaru etCO2 i wyświetlania krzywej kapnograficznej. Zakres pomiaru 0 – 150 mmHg. Dokładność pomiaru etCO2 w zakresie 0 – 38: ± 2 mmHg, 39 – 150: ± 5% + .08% mmHg > 38. Minimalny zakres pomiaru respiracji: 0 – 140 oddechów na minutę. Typowy czas odpowiedzi: maksymalnie 3 sek. Komunikacja bezprzewodowa. Transmisja 12 odprowadzeniowego zapisu EKG oraz mierzonych parametrów poprzez posiadane przez Zamawiającego smartfony z funkcją routera – bezkosztowa po stronie nadawcy i odbiorcy przez cały okres użytkowania defibrylatora. Transmisja pozwalająca na odbiór we wskazanych przez Zamawiającego miejscach wyposażonych w komputer z dostępem do Internetu. Kabel EKG 12 odprowadzeniowe, 1 szt. w komplecie. Kabel wielofunkcyjny w komplecie. Czujnik SpO2 – w formie klipsa palcowego, wielorazowego dla dorosłych oraz osobny dla dzieci. Torba na akcesoria i uchwyt ścienny do ambulansuz funkcją ładowania akumulatora i zasilania defibrylatora po wpięciu aparatu do uchwytu, uchwyt ma być zgodny z normą PN EN 1789 (lub równoważną). Okres gwarancji: minimum 24 miesiące. Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt: ………..…. (wpisać). |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie**

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać) . Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Zadanie 2. Krzesełko kardiologiczne z systemem płozowym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022 roku. Krzesło kardiologiczne z systemem płozowym;urządzenie do transportowanie pacjentów. Transport pacjenta bez żadnych ograniczeń. Rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach. Lekka wytrzymała aluminiowa konstrukcja • Profile o przekroju okrągłym – najwyższa odporność na uszkodzenia w każdym kierunku. Obciążenie dopuszczalne krzesełka 180 kg. Tylne koła o średnicy 17,5 cm ułatwiające prowadzenie krzesełka na wszystkich rodzajach podłoża. Przednie koła skrętne z hamulcami zabezpieczającymi przed toczeniem. Górny uchwyt regulowany w 3 pozycjach. Model urządzenia MD K312V04M02 lub produkt równoważny, spełniający wszystkie normy bezpieczeństwa. Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt: ………..…. (wpisać). | **szt** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać) . Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Zadanie 3. Pompa infuzyjna strzykawkowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Fabrycznie nowa, wyprodukowana nie wcześniej niż w 2022 roku. Posiadająca kolorowy wyświetlacz dotykowy (min. 3 cale) oraz klawiaturę numeryczną. Posiadająca zaprogramowany szeroki asortyment strzykawek, o objętościach minimum: 2, 5, 10, 20, 30, 50 ml. Posiadająca funkcję automatycznego chwytania i rozpoznawania strzykawki. Posiadająca wbudowaną bibliotekę leków. Posiadająca funkcję rejestru zdarzeń. Umożliwiająca infuzję w ml/h. Możliwość zmiany parametrów bez przerywania infuzji. Możliwość programowania dawki, czasu lub szybkości podaży w bolusie automatycznym i manualnym. Możliwość infuzji w różnych jednostkach: ng, µg, mg, g, µEg, mEg, Eg, mIU, IU, kIU, mIE, IE, kIE, mmol, mol, cal, kcal, J, kJ. Jednostka/kg, lb, in², m²/ min, h, 24h. Możliwość wyliczenia szybkości dozowania z objętości i czasu podaży. Dokładność dozowania +/-2% zgodnie z PN-EN 60601-2-24 (lub równoważnej). Przewód ładowania 12 i 230 V w zestawie z urządzeniem. W komplecie z kompatybilną stacja dokująco-ładującą dedykowaną do ambulansów. Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt: ………..…. (wpisać). | **szt** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać) . Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Zadanie 4. Respirator transportowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022 roku. Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami aktualnej normy PN-EN 794-3 (lub równoważnej). Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła np. zasilanie pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów pod warunkiem iż brak jego zasilania nie ma wpływu na pracę zasadniczą respiratora).Respirator o wadze mniejszej niż 4 kg. Tryb wentylacji IPPV lub CMV.Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej.Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej.  | **szt** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
|  | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej. Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci - częstość oddechowa regulowana w zakresie min. 8-40 cykli/min - objętość oddechowa regulowana w zakresie min. 70-1500 ml.Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta). Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym. Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O. Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cmH2O. Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max. 15cmH2O.Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu. Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O. Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator. Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego. Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu - niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia) - stałego ciśnienia w układzie pacjenta - niskiego ciśnienia gazu zasilającego. układ oddechowy pacjenta – min 5 szt. + min 6 szt. kpl układów oddechowych do CPAP-u. Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 + A 2 ( lub równoważnej). Dodatkowy zestaw ciśnieniowy do manualnej wentylacji noworodków. Przenośny zestaw tlenowy: torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy, butla tlenowa aluminiowa o poj 2,7 l z reduktorem ciśnienia z manometrem i z przepływomierzem. Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt: ………..…. (wpisać). |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać) . Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Zadanie 5. Ssak akumulatorowo-sieciowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022 roku. Ssak elektryczny przenośny z płynną lub stopniową regulacją siły ssania w zakresie od 0-80 Kpa. Maksymalny przepływ min 30 l/min. Wyposażony w słój wielokrotnego użytku o pojemności 1000 ml (do sterylizacji w autoklawie) z zaworem przelewowym i filtrem antybakteryjnym z możliwością stosowania worków jednorazowych. Z torbą ochronną wyposażona w kieszenie na akcesoria, wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka. Uchwyt ścienny do ambulansu zgodny z normą PN EN 1789 (lub równoważnej). z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwytu poprzez podłączony uchwyt do instalacji. Zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu, ładowanie akumulatora z sieci 12V (gniazdka zapalniczki) ambulansu poza uchwytem ściennym, zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 40 minut pracy ciągłej z max obciążeniem. Wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora. Waga ssaka kpl. max. 4,7 kg. Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt: ………..…. (wpisać). | **szt** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać) . Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Zadanie 6. Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022 roku. Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej , wykonane z wysokiej jakości materiałów odpornych cechujący sie wysoką wytrzymałością na czynniki atmosferyczne , oraz środki dezyfekujące zawierajacy zestaw nakładek wymiennych na tłok ,(min.5szt osobno doroły i dziecko) baterie , ładowarke z zasilaniem 230V, ładowarke z zasilaniem 12V deske pod plecy, ramię wielofunkcyjne umozliwiajace prowadzenie masażu serca u osób dorosłych jak i dzieci , , tryb pracy automatyczny , 30:2, 15:2. Zakres głębokosci ucisków od 2cm do 6cmgłębokosc regulowana w całym zakersie co 0.1cm, czestotliwosc ucisków od 80 do 120 z regulacja częstotliwosci co 1 ucisk/min.Urządzenie przystosowane do wykonania defibrylacji bez konieczności demontarzu urządzenia z pacjenta. oraz plecak transportowy dedykowany do urządzenia. Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt: ………..…. (wpisać).  | **szt** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać) . Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.