**Rozdział II**

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Wykonawcy:

………...………………………………………………………………………………………………………………………

Adres (siedziba) Wykonawcy: ………………..……………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………… Faks:…………………………………………………………

e-mail: ..............................................@....................................................................................................

*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy wszystkich wykonawców składających ofertę wspólną, wskazać ustanowionego pełnomocnika oraz podać jego dane teleadresowe.*

**OFERTA**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiający: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno |
| Nazwa zamówienia: | **Dostawa sprzętu medycznego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie** |

1. Oferuję wykonanie w/w zamówienia za:

**CZĘŚĆ NR 1 – Wózek toaletowy transportowy**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 2 – Wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 3 – Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 4 – Ssak medyczny**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 5 – Ciśnieniomierz automatyczny mobilny**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZEŚĆ NR 6 – Ciśnieniomierz automatyczny naramienny**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 7 – Podnośnik transportowy**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 8 – Nebulizator**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 9 – Pulsoksymetr napalcowy**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

**CZĘŚĆ NR 10 – Resuscytator AMBU sylikonowy**

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

2. Oświadczam, że zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług wybór oferty:

 **nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego1)**

 **będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do**:**1)**

………………………………………………………………………….......................... ………….....................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  (nazwa towaru lub usługi) | (wartość bez kwoty podatku) |

3. Oświadczam, że na oferowany przedmiot zamówienia udzielam gwarancji na okres:

CZĘŚĆ NR 1 – Wózek toaletowy transportowy **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 2 – Wózek do transportu pacjentów w poz. siedz. **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 3 – Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 4 – Ssak medyczny **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 5 – Ciśnieniomierz automatyczny mobilny **………………… miesięcy 2)**

CZEŚĆ NR 6 – Ciśnieniomierz automatyczny naramienny **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 7 – Podnośnik transportowy **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 8 – Nebulizator **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 9 – Pulsoksymetr napalcowy **………………… miesięcy 2)**

CZĘŚĆ NR 10 - Resuscytator AMBU sylikonowy **………………… miesięcy 2)**

4. Zamówienie wykonam w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy.

5. Części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom: 3)

………………………………………………………………… .........................................................................

(określenie części) (firma podwykonawcy)

6. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane a w art. 13 lub 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE L 119 z 04.05.2016 r.). wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.4)

………………………….. dn. …………………….. ...............................................................
 Miejscowość (podpis Wykonawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Liczba miesięcy musi być liczbą całkowitą i nie może wynosić mniej niż 24.

3) Wypełnić jeżeli dotyczy. O ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców.

4) Wykreślić w przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.

**OFERTA - FORMULARZ CENOWY**

**SPRZĘT MEDYCZNY**

……………………………………………

(Pieczęć Nazwa Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, typ, model, nr katalogowy** | **Producent** |
| **Wózek toaletowy transportowy** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej** | **Szt.** | **8** |  |  |  |  |  |  |
| **Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Ssak medyczny** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |
| **Ciśnieniomierz automatyczny mobilny** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Ciśnieniomierz automatyczny naramienny** | **Szt.** | **3** |  |  |  |  |  |  |
| **Podnośnik transportowy** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Nebulizator** | **Szt.** | **20** |  |  |  |  |  |  |
| **Pulsoksymetr napalcowy** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Resuscytator AMBU sylikonowy** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |

………………………….. dn. …………………….. ……………………………………… Miejscowość (podpis Wykonawcy)

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Wózek toaletowy transportowy (szt. 2)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Lampa zabiegowa LED** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | Stalowa rama malowana proszkowo, kolor srebrny lub popielaty | Tak |  |
| 3 | Konstrukcja składana ułatwiająca transportlubRama stalowa, w łatwy sposób rozkładana na dwie części (siedzisko z kółkami oraz oparcie) | Tak, podać |  |
| 4 | Miękkie siedzisko, tapicerowane nieprzemakalnym i łatwym w czyszczeniu materiałem - zdejmowane w całości | Tak |  |
| 5 | Możliwość najechania nad stacjonarne toalety (do wysokości 40 cm), możliwość korzystania z funkcji toalety mobilnej | Tak |  |
| 6 | Produkt łatwy w czyszczeniu i dezynfekcji | Tak |  |
| 7 | Uchylne podłokietniki ułatwiające przesiadanie się | Tak |  |
| 8 | Uchylane podnóżki z pasem zabezpieczającym przed zsuwaniem się nóg | Tak |  |
| 9 | 4 obrotowe koła z blokadą jazdy, tylne z hamulcami | Tak |  |
| 10 | Wymiary siedziska nie mniej niż 43x43cm | Tak, podać |  |
| 11 | Wysokość siedziska wierzchniego w zakresie: 52-55cm | Tak, podać |  |
| 12 | Wymiary siedziska (deski sedesowej) 47cm (+/- 2cm) | Tak, podać |  |
| 13 | Dopuszczalne obciążenie min. 100kg | Tak, podać |  |
| 14 | Wózek o masie całkowitej nie większej niż 14 kg | Tak, podać |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej (szt. 8)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1B**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 1. | Wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej,  | Tak |  |
| 2. | Wózek wykonany z stali precyzyjnej | Tak |  |
| 3. | konstrukcja modułowa zapewniająca możliwość złożenia oraz rozbudowy o dodatkowe opcje | Tak |  |
| 4. | Możliwość odchylania podłokietników za oparcie i wyciąganie | Tak |  |
| 5. | Płyty boczne podłokietnika wykonane z wytrzymałego tworzywa sztucznego | Tak |  |
| 6. | Co najmniej 6 punktów mocowanie płyty do ramy podłokietnika  | Tak, podać |  |
| 7. | Hamulce oparte na systemie sprężynowym | Tak |  |
| 8. | Koła tylne na szybko złączce | Tak |  |
| 9. | Kółka odbojowe | Tak |  |
| 10. | Kółka przeciwwywrotne | Tak |  |
| 11. | Szerokość siedziska: 46cm (2 szt.), 48cm (3 szt.) 50 (3 szt.) | Tak |  |
| 12. | Koła szprychowe | Tak |  |
| 13. | Koła bezdętkowe | Tak |  |
| 14. | Siedziska wykonane z materiału skaj, odporne na dezynfekcję | Tak |  |
| 15. | Konstrukcja malowana proszkowo w kolorze popielatym | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 3**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa (szt. 2)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1C**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Wózek toaletowy transportowy** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | tryby: normalny, wagi, biblioteki leków, program | **Tak** |  |
| 3 | typy strzykawek: 5mL, 10mL, 20mL, 30mL, 50/60mL, automatyczne rozpoznawanie rozmiaru | **Tak** |  |
| 4 | zakres przepływu (co 0.1mL/h): 0.1-150mL/h dla strzykawki 5mL; 0.1-300mL/h dla strzykawki 10mL; 0.1-400mL/h dla strzykawki 20ml; 0.1-600mL/h dla strzykawki 30mL; 0.1-1200mL/h dla strzykawki 50mL | **Tak** |  |
| 5 | dokładność: +/-2% – objętość infuzji: 0.1-9999.9mL | **Tak** |  |
| 6 | szybkość przepływu:150mL dla strzykawki 5mL; 300mL dla strzykawki 10mL; 400mL dla strzykawki 20ml; 600mL dla strzykawki 30mL; 1200mL dla strzykawki 50mL | **Tak** |  |
| 7 | bolus:Szybkość i objętość można programować w trakcie pracy urządzeniaDawka uderzeniowa (bolus) programowana jest zgodnie z ostatnimi ustawieniami (objętość bez ograniczeń) | **Tak** |  |
| 8 | ciśnienie okluzji: wysokie (80+/-10)kPa, umiarkowane (60+/-10)kPa, niskie (45+/-10)kPa | **Tak** |  |
| 9 | funkcja Piggyback: nie trzeba zatrzymywać pompy, aby zmienić parametry pracy | **Tak** |  |
| 10 | antybolus: redukuje ciśnienie i szybko uwalnia okluzję | **Tak** |  |
| 11 | biblioteka leków: możliwość wpisania min. 48 nazw leków (możliwość zwiększenia biblioteki leków na życzenie) | **Tak, podać** |  |
| 12 | programowanie: 8 wskaźników | **Tak** |  |
| 13 | alarmy m.in: strzykawka pusta, niedługo strzykawka będzie pusta, okluzja, niski poziom baterii, bateria rozładowana, problem z baterią, przerwane zasilanie, problem z zasilaniem, problem z zaciskiem, wyładowana bateria, brak baterii, nieodpowiednia strzykawka, praca na pustej strzykawce, wyciek, problem z czujnikiem ciśnienia, błąd parametru, błąd w rozmiarze strzykawki | **Tak** |  |
| 14 | podwójny procesor | **Tak** |  |
| 15 | bateria: Bateria niklowo-metalowo-wodorkowa Ni-MH, DC 9,6V, 2000mAh, czas pracy do co najmniej 6-ciu godzin | **Tak, podać** |  |
| 16 | zasilanie: AC: 100V-240V, 50Hz/60Hz | **Tak** |  |
| 17 | Waga w przedziale: od 1,5 do 2,5 kg | **Tak, podać** |  |
| 18 | kolorowy wyświetlacz LCD lub TFT | **Tak, podać** |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 4**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Ssak medyczny (szt. 4)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1D**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Ssak medyczny** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | Ssak z zasilaniem akumulatorowym i sieciowym | Tak |  |
| 3 | Ssak wyposażony w elektroniczny system zarządzania energią który monitoruje stan naładowania akumulatora oraz ładuje go podczas pracy z sieci ~230V | Tak |  |
| 4 | Kontrolka na panelu sygnalizuje kiedy ssak korzysta z akumulatora oraz sygnalizuje stan jego naładowania | Tak |  |
| 5 | Obudowa wykonana z wysokiej jakości tworzywa odpornego na wysoką temperaturę oraz uszkodzenia mechaniczne | Tak |  |
| 6 | Ssak wyposażony w manometr i regulator podciśnienia (bar i kPa) | Tak |  |
| 7 | Wyposażenie: - adapter 12V do podłączenia w samochodzie, - akumulator (12V 4A), - butla z poliwęglanu 1l (opcjonalnie 2l) z zaworem  zabezpieczającym przed przepełnieniem, - regulator i wskaźnik podciśnienia, - dreny silikonowe, filtr bakteryjny, łącznik drenów- torba do transportu. | Tak |  |
| 8 | Możliwość zasilania z sieci 230V oraz z wewnętrznego akumulatora 12V/4A,  | Tak |  |
| 9 | Możliwość zasilania w samochodzie z gniazdka 12V, | Tak |  |
| 10 | podciśnienie maksymalne: -80 kPa  | Tak |  |
| 11 | przepływ maksymalny: 36 l/min | Tak |  |
| 12 | czas pracy z baterii: - nie mniej niż 50 minut praca - nie więcej niż 250 minut ładowanie | Tak, podać |  |
| 13 | waga: nie więcej niż 4,5 kg | Tak, podać |  |
| 14 | cykl pracy: praca ciągła | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 1) należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 5**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Ciśnieniomierz automatyczny mobilny (szt. 2)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1E**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Ciśnieniomierz automatyczny mobilny** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | automatyczne cyfrowe urządzeniem do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi | Tak |  |
| 3 | komunikacja przewodowa przez port USB umożliwiająca łączność ciśnieniomierza z informatycznym systemem szpitalnym | Tak |  |
| 4 | Zdolność współpracy z mankietami w rozmiarach: mały dziecięcy "8", dziecięcy "9", mały dorosły "10", standardowy dorosły "11", standardowy dorosły długi "11L", duży dorosły "12" , duży dorosły długi "12L" i udowy "13" | Tak |  |
| 5 | Mankiet standardowy dla dorosłych | Tak |  |
| 6 | Mankiet duży dla dorosłych (dla otyłych) XXL | Tak |  |
| 7 | Akumulator litowo-jonowy wystarczający na min. 90 pomiarów, cechujący się krótkim czasem ładowania. | Tak, podać |  |
| 8 | Konfiguracja urządzenia umożliwiająca dopasowywanie do indywidualnych wymagań i trybu pracy w danym ośrodku | Tak |  |
| 9 | Urządzenie nie zawierające rtęci ani lateksu | Tak |  |
| 10 | Statyw jezdny | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZEŚĆ NR 6**

**- OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Ciśnieniomierz automatyczny naramienny (szt. 3)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1F**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Ciśnieniomierz automatyczny naramienny** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | Zakres pomiaru: Ciśnienie: 0-299 mmHg, tętno: 40-180 uderzeń na minutę | Tak |  |
| 3 | Dokładność pomiaru: Ciśnienie: +/- 3 mmHg, tętno: +/- 5 % wartości odczytu | Tak |  |
| 4 | Testowany klinicznie | Tak |  |
| 5 | Wielkość mankietu: 22-42 cm | Tak |  |
| 6 | Pamięć: 2 x 60 pomiarów z datą i godziną | Tak |  |
| 7 | Dodatkowe funkcje: wykrywanie arytmii (Wykrywanie nieregularnego bicia serca) | Tak |  |
| 8 | Zasilanie: baterie typu AA, Wskaźnik poziomu zużycia baterii | Tak |  |
| 9 | Duży wyświetlacz LCD | Tak |  |
| 10 | Funkcja dwóch torów pamięci po min. 50 wyników z datą i godziną pomiaru | Tak, podać |  |
| 11 | Średnia z 3 ostatnich pomiarów | Tak |  |
| 12 | Automatyczne wyłączanie po 2 minutach | Tak |  |
| 13 | Wskaźnik ciśnienia krwi w porównaniu do wartości prawidłowych | Tak |  |
| 14 | Zestaw zawiera: Ciśnieniomierz, szeroki mankiet, instrukcja obsługi, arkusz do notowania ciśnienia krwi, baterie i etui. | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 7**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Podnośnik transportowy (szt. 2)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1G**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Podnośnik transportowy** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | Podnośnik wykonany z wysokiej jakości stali malowanej proszkowo lub epoksydowo | Tak, podać |  |
| 3 | dopuszczalne obciążenie nie mniej niż 180 kg | Tak, podać |  |
| 4 | Ogumowane cichobieżne koła w tym 2 z blokada jazdy oraz rozszerzana podstawa zapewniają pełną stabilność i bezpieczeństwo korzystającego | Tak |  |
| 5 | Podnoszenie i opuszczanie za pomocą przewodowego pilota | Tak |  |
| 6 | Czteropunktowy wieszak do mocowania kosza transportowego z możliwością regulacji daje pewną i stabilną pozycję pacjenta | Tak |  |
| 7 | Wytrzymałe, elastyczne oraz komfortowe nosidło do kąpieli dające gwarancje bezpieczeństwa i wygody | Tak |  |
| 8 | Dodatkowy manualny system obsługi w razie awarii systemu elektronicznego | Tak |  |
| 9 | Możliwość manewrowania na małej przestrzeni (wystarczy powierzchnia 140 cm x 140 cm, aby w pełni korzystać z funkcji podnośnika) | Tak |  |
| 10 | Pojemny akumulator pozwalający na wykonanie kilkudziesięciu cykli podnoszenia i opuszczania bez konieczności ładowania baterii | Tak |  |
| 11 | Masa całkowita wyrobu od 38 do 45kg | Tak, podać |  |
| 12 | długość podstawy w zakresie: 110 -120cm | Tak, podać |  |
| 13 | rozstaw podstawy mieszczący się w zakresie: 55 – 110cm | Tak, podać |  |
| 14 | wysokość podstawy w zakresie: od 10 do 20cm | Tak, podać |  |
| 15 | wysokość urządzenia z uwzględnieniem minimalnego zasięgu ramienia 139 cm | Tak |  |
| 16 | wysokość urządzenia z uwzględnieniem maksymalnego zasięgu ramienia 200 cm | Tak |  |
| 17 | zakres podnoszenia ramienia 72 / 171 cm | Tak |  |
| 18 | minimalna przestrzeń manewrowa 140 x 140 cm | Tak |  |
| 19 | parametry akumulatora 24Vcd oraz od 4,5 do 5 A/h | Tak, podać |  |
| 20 | parametry zasilania ładowarki 230 V / 50-60 Hz | Tak |  |
| 21 | czas ładowania akumulatorów nie więcej niż 9 godzin | Tak, podać |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 8**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Nebulizator (szt. 20)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1H**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Nebulizator** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | Pojemność zbiorniczka na lek: 2ml – 12ml | Tak |  |
| 3 | Uśredniona wielkość cząsteczek areozolu MMAD 2,6 µm | Tak |  |
| 4 | Średnia prędkość nebulizacji w ml 0,35 ml/min | Tak |  |
| 5 | Pojemność rezydualna (pozostałość leku/ilość osadu) 0,7 ml | Tak |  |
| 6 | Warunki przechowywania mieszczące się w zakresie co najmniej: -10℃ do 60℃ | Tak, podać |  |
| 7 | Wilgotność przechowywania: 5% - 95 % | Tak |  |
| 8 | Tryb pracy: ciągły | Tak |  |
| 9 | Poziom głośności nie więcej niż 60 dB | Tak, podać |  |
| 10 | Pobór mocy nie więcej niż 160 VA | Tak, podać |  |
| 11 | Zasilanie 230V | Tak |  |
| 12 | Wymiary 14 x 12 x 18 cm (+/-2cm) | Tak, podać |  |
| 13 | Waga max. do 1,20 kg | Tak, podać |  |
| 14 | Zestaw zawiera: Kompresor, nebulizator, przewód powietrzny, maska dla dzieci, maska dla dorosłych, ustnik, łącznik, końcówka do nosa | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 9**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Pulsoksymetr napalcowy (szt. 2)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Pulsoksymetr napalcowy** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | Wyświetlacz: OLED | Tak |  |
| 3 | Kierunek odczytu: cztery strony odczytu wyników | Tak |  |
| 4 | Dokładność: SpO2: 70%~100%, ±2% Puls: 30~99bpm,±2bpm; 100~250bpm,±2bpmIndeks Perfuzji: 0.2~1.0%,±0.2 digits; 1.1~20.0% ,±20% | Tak |  |
| 5 | Zasilanie: AAAx2 | Tak |  |
| 6 | Wymiary: 62x37x32mm (+/-3mm) | Tak, podać |  |
| 7 | Waga (z bateriami) max. do 55g | Tak, podać |  |
| 8 | Pomiar: Puls, Tlen, Spo2,PI (perfusion index) | Tak |  |
| 9 | Powiadomienia: Status zużycia baterii, Słaby lub niestabilny odczyt | Tak |  |
| 10 | Połączenie bluetooth | Tak |  |
| 11 | Zakres stosowania: Dorośli, Młodzież, Dziecko | Tak |  |
| 12 | W zestawie z pulsoksymetrem: pasująca smycz, 2 baterie AAA i etui. | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**OFERTA – CZĘŚĆ NR 10**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Resuscytator AMBU sylikonowy (szt. 2)**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Pulsoksymetr napalcowy** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | Przeznaczenie: do wentylacji pacjentów dorosłych o masie ciała powyżej 30 kg | Tak |  |
| 3 | Zawór bezpieczeństwa: 40 cm H2O, możliwość wyłączenia zaworu | Tak |  |
| 4 | Objętość worka: 1475 ml Objętość oddechowa: 1100 ml | Tak |  |
| 5 | Objętość rezerwuaru tlenu wielorazowego użytku: 2600 ml | Tak |  |
| 6 | Możliwość wielokrotnej sterylizacji aparatu włącznie z maską w autoklawie w temperaturze co najmniej 130°C  | Tak, podać |  |
| 7 | Możliwość sterylizacji/mycia rezerwuaru tlenu w temperaturze min. 60°C. | Tak, podać |  |
| 8 | Resuscytator półprzezroczysty wyposażony w zawór ograniczający ciśnienie wentylacji zwiększając bezpieczeństwo pacjenta. | Tak |  |
| 9 | Zawór pacjenta wyposażony w obrotowe złącze umożliwiające dowolne ustawianie aparatu bez konieczności zdejmowania maski z twarzy pacjenta. | Tak |  |
| 10 | Urządzenie łatwo rozkładane na części, co ułatwia zastosowanie efektywnej procedury mycia i sterylizacji. | Tak |  |
| 11 | Możliwość stosowania w aparacie rezerwuarów tlenu jednorazowego użytku | Tak |  |
| 12 | Maska twarzowa: silikonowa, z pompowanym mankietem, rozmiar 5 | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy