

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 Górnio, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górnio

Nazwa zamówienia: **Dostawa sprzętu medycznego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio**

1. Oferuję wykonanie w/w zamówienia za:

CZĘŚĆ NR 1 – Wózek toaletowy transportowy

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 2 – Wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 3 – Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 4 – Ssak medyczny

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 5 – Ciśnieniomierz automatyczny mobilny

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 6 – Ciśnieniomierz automatyczny naramienny

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 7 – Podnośnik transportowy

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 8 – Nebulizator

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 9 – Pulsoksymetr napalcowy

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (słownie:.....zł)

Cenę brutto:.....zł (słownie:.....zł)

CZEŚĆ NR 10 – Resuscytator AMBU sylikonowy

Cenę nettozł (słownie:.....zł)

podatek VATzł (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	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 2 – Wózek do transportu pacjentów w poz. siedz.	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 3 – Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 4 – Ssak medyczny	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 5 – Ciśnieniomierz automatyczny mobilny	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 6 – Ciśnieniomierz automatyczny naramienny	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 7 – Podnośnik transportowy	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 8 – Nebulizator	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 9 – Pulsoksymetr napalcowy	..... miesiące ²⁾
CZĘŚĆ NR 10 - Resuscytator AMBU sylikonowy	..... miesiące 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 transport lub Rama 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	Uchylny podłokietnik ułatwiający przesiadanie się	Tak	
8	Uchylny podnóżek 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 urządzenia Dawka 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	antypolus: 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 nikielowo-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 – CZĘŚĆ 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 wyłączenie 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 kąpielni 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/ilosc osadu) 0,7 ml	Tak	
6	Warunki przechowywania mieszczące się w zakresie co najmniej: -10°C do 60°C	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 11

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,±2bpm Indeks Perfuzji: 0.2~1.0%,±0.2 digits; 1.1~20.0% ,±20%	Tak	
5	Zasilanie: AAx2	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 silikonowy (szt. 2)

PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 11

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 H ₂ O, 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