**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**Zadanie 1. 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)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe wyprodukowane nie wcześniej niż w 2024 roku. Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami aktualnej normy  PN 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 gdy brak jego zasilania nie ma wpływu na pracę zasadniczą respiratora).Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator. Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego. Wyposażenie opcjonalne: wyświetlacz LCD lub TFT, przekątna min 5 cali, z prezentacją parametrów nastawnych oraz manometrycznych, z możliwością wyświetlania krzywych oddechowych : TAK– 5 pkt, NIE-0 pkt:………..(wpisać)torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecachUchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 + A 2 ( lub równoważnej), ze zintegrowanym zasilaniem 12V.Wyposażenie opcjonalne (parametr punktowany): możliwość rejestracji zdarzeń na wymiennym nośniku pamięci, pojemność min 1 GB:TAK– 2 pkt, NIE-0pkt: pkt………..(wpisać**)**Respirator o wadze mniejszej niż 3kg. Tryb wentylacji: Wymagane: - IPPV  - CMV - CPAP - DEMANDOpcjonalnie: (paramter punktowany): - CPR (RKO) – 1 punktTAK– 1 pkt, NIE-0 pkt:………..(wpisać), - SIMV – 1 punktTAK–1 pkt, NIE-0 pkt:………..(wpisać), - RSI – 1 punktTAK– 1 pkt, NIE-0 pkt:………..(wpisać), - tryb „inhalacja” – 1 punktTAK– 1 pkt, NIE-0 pkt:………..(wpisać),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. 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.**Wymagane:** 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). Opcjonalnie (parametr punktowany): możliwość płynnej regulacji stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w zakresie 21-100% TAK– 2 pkt, NIE-0 pkt:………..(wpisać)Tryb wentylacji biernej 100% tlenem Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O. Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji min. 0-20 cmH2O. Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu. Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O. 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. Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.**Parametr punktowany:** okres gwarancji powyżej 36 miesięcy–1 pkt pkt:………..…. (wpisać)okres gwarancji 24 miesiące – 0 pktpkt: ………..…. (wpisać). | szt. | 3 | Producent:…….…………..Model / Nr katalogowy:…….………….. |  |  |  |  |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 5, np.: „brak nr katalogowego”.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) . Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 13 pkt.

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

**ZADANIE 2. AKCESORIA DO RESPIRATORÓW TRANSPORTOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Zintegrowany jednorazowy przewód oddechowy pacjenta długość min.2m, wykonany z tworzywa sztucznego.  | szt | 60 | Producent:…….…………..…….Nr katalogowy:…….…………..……. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 5, np.: „brak nr katalogowego”.

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.