**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 myjni endoskopowej, polisomnografu, aparatu RKZ oraz defibrylatorów AED dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie** |

1. Oferuję wykonanie w/w zamówienia za:

**Część 1 – dostawa myjni endoskopowej**

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

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

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

**Część 2 – dostawa polisomnografu**

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

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

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

**Część 3 – dostawa aparatu RKZ**

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

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

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

**Część 4 – dostawa defibrylatorów AED**

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:

**a) Część nr 1 – Myjnia endoskopowa ………………… miesięcy 2).**

**b) Część nr 2 – Polisomnograf ………………… miesięcy 2).**

**c) Część nr 3 – Aparat RKZ …………………… miesięcy 2).**

**d) Część nr 4 – Defibrylator AED …………………… miesięcy 2).**

4. Zamówienie wykonam w terminie do 28 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)

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

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Liczba miesięcy musi być liczbą całkowitą i nie może wynosić mniej niż 36.

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.

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, typ, model, nr katalogowy** | **Producent** |
| CZĘŚĆ 1 | | | | | | | | |
| **MYJNIA ENDOSKOPOWA** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| CZĘŚĆ 2 | | | | | | | | |
| **POLISOMNOGRAF** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| CZEŚĆ 3 | | | | | | | | |
| **APARAT RKZ** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| CZEŚĆ 4 | | | | | | | | |
| **DEFIBRYLATOR AED** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – CZĘŚĆ NR 1**

**Dostawa myjni endoskopowej**

Producent (podać) :………………………………………………………………………………….

Typ (model) oferowanej myjni endoskopowej (podać) :…………………………………………

Rok produkcji ( podać) :……………………………………………………………………………..

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany** |
| **MYJNIA DO ENDOSKOPÓW** | | | |
|  | **PKT 1 – MYJNIA DO ENDOSKOPÓW POJEDYNCZA SZT.1** |  |  |
| 1 | Automatyczny w pełni powtarzalny zamknięty system przeznaczony do mycia i dezynfekcji bronchoskopów – zgodny z wymogami EN ISO 15883 | Tak |  |
| 2 | Myjnia-dezynfektor ładowana od frontu | Tak |  |
| 3 | Wyświetlacz informujący o stanie myjni. | Tak |  |
| 4 | Rok produkcji 2019 lub 2020 | Tak |  |
| 5 | System myjący kanały wewnętrzne i powierzchnie endoskopów przy użyciu niezależnych konektorów | Tak |  |
| 6 | Jednorazowe użycie środków chemicznych | Tak |  |
| 7 | Dezynfekcja wysokiego stopnia obejmująca spectrum: B,F,V,Tbc,S | Tak |  |
| 8 | Kontrola szczelności endoskopu podczas każdego etapu procesu mycia i dezynfekcji z systemem zabezpieczającym przed ich zalaniem. | Tak |  |
| 9 | Uzdatnianie mikrobiologiczne wody poprzez system sterylnych filtrów. | Tak |  |
| 10 | Zasilanie prądem jednofazowym | Tak |  |
| 11 | Zasilanie wodą z instalacji szpitalnej | Tak |  |
| 12 | Obudowa komory ze stali kwasoodpornej | Tak |  |
| 13 | Bezpłatne przeglądy techniczne raz na rok lub co 2000 rbh. w okresie gwarancji | Tak |  |
| 14 | Kontrola przepływu w kanałach endoskopu. | Tak |  |
| 15 | Dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat | Tak |  |
| 16 | Automatyczne wydmuchiwanie kanałów endoskopu podczas oraz po cyklu dekontaminacji | Tak |  |
| 17 | Zintegrowana drukarka do raportów dekontaminacji. | Tak |  |
| 18 | Pełna kompatybilność z bronchoskopami Olympus serii 180 i 190, posiadanymi przez pracownię Zamawiającego. | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 1a) 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 określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

**PARAMETRY OCENIANE - Tabela 2a**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ocenianych** | **Punktacja** | **Parametr oferowany TAK/NIE** | |
| **I. Wymagania ogólne** | | | | |
| 1 | Myjnia z koszem (umieszczenie endoskopu w koszu wysuwanym z myjni, umożliwiającym ułożenie sondy endoskopu w taki sposób, który uniemożliwiałby stykanie się lub krzyżowanie powierzchni sondy). | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |  | |
| 2 | Myjnia wyposażona w zewnętrzny softener zmiękczający wodę. | TAK - 10 pkt  NIE – 0 pkt |  | |
| 3 | System mechanicznego kodowania kanistrów, uniemożliwiający przypadkową zamianę płynów. | TAK - 10 pkt  NIE – 0 pkt |  | |  |
|  | | | |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 2a) należy wypełnić wszystkie pozycje poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK” lub „NIE” – zgodnie ze stanem faktycznym. Jeżeli Wykonawca pozostawi rubrykę(-i) pustą(-e), lub wypełni w sposób nieprawidłowy, niezgodny z powyższą instrukcją nie spowoduje to odrzucenia oferty jednakże danej pozycji przypisana zostanie wartość - 0 pkt.*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – CZĘŚĆ NR 2**

**Dostawa Polisomnografu**

Producent (podać) :………………………………………………………………………………….

Typ (model) oferowanego polisomnografu (podać) :………………………………………………………

Rok produkcji ( podać) :…………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| 1 | **POLISOMNOGRAF**  **Oferowany model, typ………………**  **Producent ………………………** | Tak podać |  |
| 2 | Fabrycznie nowy system rejestracji danych polisomnograficznych wraz z oprogramowaniem. Rok produkcji 2019 lub 2020. | Tak |  |
| 3 | Polisomnograf zgodny z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (PTChP) oraz AASM (American Academy of Sleep Medicine) w zakresie diagnostyki jak i wykrywania zaburzeń oddychania podczas snu, typ urządzenia I. | Tak |  |
| 4 | Impedancja kanałów min; EMG i EEG sprawdzana w trybie ciągłym | Tak |  |
| 5 | Rejestracja minimum:   1. 6 kanałów EEG (F3, F4, C3, C4, O2, O1). 2. 1 kanału EKG. 3. 3 kanałów EMG z mięśnia podbródka oraz zapis. EMG z dwóch kończyn. 4. 2 kanałów EOG. | Tak podać |  |
| 6 | Mikrofon wbudowany w urządzenie, który służy do rejestracji chrapania. | Tak |  |
| 7 | Urządzenie wyposażone w bezprzewodowy pulsoksymetr, który automatycznie łączy się z jednostką główną znajdującą się na pacjencie. | Tak |  |
| 8 | Czujnik pomiaru wysiłku oddechowego w technologii RIP. | Tak |  |
| **PARAMETRY SYGNAŁÓW I KANAŁÓW DOSTĘPNYCH W URZĄDZENIU** | | | |
| 9 | Urządzenie wyposażone w min. 31 kanałów do rejestracji sygnałów w skład, których wchodzą min. kanały:  -        unipolarne,  -        bipolarne,  -        uziemienia,  -        RIP umożliwiający pomiar ruchów klatki piersiowej,  -        do rejestracji dźwięku/chrapania,  -        do pomiaru natężenia światła. | Tak podać |  |
| 10 | Częstotliwość próbkowania sygnału dla kanałów min.:  -        EEG,  -        EKG,  -        EMG,  -        EOG,  -        RIP umożliwiającego pomiar wysiłku oddechowego  zgodnie z zaleceniami PTChP i AASM | Tak podać |  |
| 11 | Zapis i rejestracja sygnałów min.: SpO2, HR i krzywej pulsu. | Tak podać |  |
| **DODATKOWE PARAMETRY TECHNICZNE** | | | |
| 12 | Zasilanie bateryjne: baterie litowe, wielokrotnego ładowania 1,5V. | Tak |  |
| 13 | Zapis badania w czasie jego trwania w pamięci wewnętrznej systemu. | Tak |  |
| 14 | Pamięć wewnętrzna urządzenia min. 1GB. | Tak podać |  |
| 15 | Możliwość przeprowadzenia całego badania bez konieczności podłączenia do komputera systemowego. | Tak |  |
| 16 | Możliwość sprawdzenia jakości podłączenia wszystkich czujników. | Tak |  |
| 17 | Nieprzerwany zapis kanałów elektrofizjologicznych oraz pomiar wartości impedancji w czasie badania. | Tak |  |
| 18 | Wyświetlanie wszystkich rejestrowanych sygnałów w czasie rzeczywistym min. na ekranie komputera oraz na tablecie podłączonym w technologii bluetooth. | Tak |  |
| 19 | System umożliwia przeprowadzenie badań online (I poziom PSG). | Tak |  |
| 20 | System umożliwia podłączenie minimum 10 kanałów DC dla zewnętrznych urządzeń. | Tak podać |  |
| 21 | System jest wyposażony w kamerę IP umożliwiającą podgląd i rejestrację obrazu zsynchronizowanego z danymi polisomnograficznymi. | Tak |  |
| 22 | Pacjent podczas badania online nie jest podłączony żadnym przewodem do innych urządzeń nie znajdujących się na pacjencie. Transmisja danych odbywa się bezprzewodowo. | Tak |  |
| 23 | W zestawie moduł umożliwiający przeprowadzenie miareczkowania w trybie online posiadający następujące funkcje min.: - integracja zapisu danych aparatu APAP z zapisem badania polisomnograficznego. | Tak |  |
| 24 | W zestawie aparat APAP wraz z kompletem 6 masek. | Tak |  |
| **OPROGRAMOWANIE** | | | |
| 25 | Oprogramowanie medyczne do rejestracji i przeglądania sygnałów polisomnograficznych kompatybilne z zaoferowanym polisomnografem. | Tak |  |
| 26 | Automatyczna i manualna analiza badania. | Tak |  |
| 27 | Darmowa aktualizacja oprogramowania podczas eksploatacji urządzenia. | Tak |  |
| 28 | Zgodność oprogramowania z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczącego rozpoznawania i leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu. | Tak |  |
| 29 | Rejestracja ciągłego pomiaru impedancji wraz z danymi polisomnograficznymi na ekranie komputera w czasie trwania badania polisomnograficznego. | Tak |  |
| 30 | Analiza i przetwarzanie sygnału fali tętna oraz analiza przebudzeń na ich podstawie. | Tak |  |
| 31 | Możliwość edytowania raportów w programie edytowalnym np. MS Word bezpośrednio z poziomu oprogramowania PSG lub eksport danych do innego formatu edytowalnego. | Tak |  |
| 32 | Możliwość porównywania analiz tego samego badania przez różnych użytkowników. | Tak |  |
| 33 | Możliwość podpięcia polisomnografu do dowolnej stacji komputerowej. | Tak |  |
| 34 | Środowisko pracy dla oprogramowania do rejestracji i przeglądania sygnałów polisomnograficznych min.: Windows 7 Professional (32 lub 64 bit), Windows 8 Professional (32 lub 64 bit), Windows 10 Professional. | Tak podać |  |
| **PAKIET STARTOWY** | | | |
| W skład pakietu startowego wchodzi min.: | |  |  |
| 35 | Pasy wielokrotnego użytku do pomiaru wysiłku oddechowego metodą indukcyjną (RIP) wraz z niezbędnymi akcesoriami. Możliwość regulacji długości. Możliwość prania. | Tak |  |
| 36 | Pulsoksymetr elastyczny silikonowy. | Tak |  |
| 37 | Czujnik rejestracji pozycji ciała wbudowany w urządzenie. | Tak |  |
| 38 | Czujnik aktygrafii wbudowany w urządzenie. | Tak |  |
| 39 | Termistor ustno-nosowy. | Tak |  |
| 40 | Czujnik różnicowy ciśnienia umożliwiający zapis przepływu powietrza i ciśnień z urządzeń typu CPAP i BiPAP różnych producentów w zakresie min. do 40 cm H2O. | Tak |  |
| 41 | Zestaw złotych elektrod miseczkowych do EEG, EOG, EMG. | Tak |  |
| 42 | Zestaw elektrod EKG. | Tak |  |
| 43 | Kaniule nosowe 40 szt. | Tak |  |
| 44 | Ładowarka sieciowa + komplet akumulatorów. | Tak |  |
| 45 | Mikrofon wbudowany w urządzenie. | Tak |  |
| 46 | Tablet umożliwiający bezprzewodowe programowanie urządzenia, podgląd sygnałów, wykonanie biokalibracji. | Tak |  |
| 47 | Komputer spełniający wymagania urządzenia oraz monitor o rozdzielczości minimum 1920x1200. | Tak |  |
| 48 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 49 | Oprogramowanie w całości w języku polskim. | Tak |  |
| **GWARANCJA I OBSŁUGA SERWISOWA** | | | |
| 50 | Instalacja, uruchomienie w Pracowni. Przeszkolenie personelu z obsługi urządzenia. | Tak |  |
| 51 | * Deklaracja zgodności CE * Wpis/zgłoszenie/powiadomienie do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 52 | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji przynajmniej raz w roku. | Tak |  |
| 53 | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 8 lat | Tak podać |  |
| 54 | W okresie pogwarancyjnym możliwość zakupu części zamiennych przez okres min. 8 lat. | Tak podać |  |
| 55 | Częstotliwość próbkowania dla kanałów EEG i EOF min. 5 kHz | Tak podać |  |
| 56 | Przetwarzanie sygnału min. 24 bitowe | Tak podać |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 1b) 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 określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty*

**PARAMETRY OCENIANE - Tabela 2b**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ocenianych** | **Punktacja** | **Parametr oferowany TAK/NIE** |
| **1** | Podłączenie urządzenia z głową pacjenta poprzez zastosowanie jednego przewodu łączącego. Rozgałęzienie przewodu następuje dopiero na poziomie czoła pacjenta co ułatwia pacjentowi ewentualne wyjście do toalety oraz upraszcza montaż | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| **2** | Częstotliwość próbkowania dla kanałów EEG i EOF od 20-200 kHz | TAK – 3 pkt NIE – 0 pkt |  |
| **3** | Częstotliwość próbkowania dla kanałów EEG i EOF powyżej 200kHz | TAK – 5 pkt NIE – 0 pkt |  |
| **4** | Przetwarzanie sygnału powyżej 31 bitów | TAK – 5 pkt NIE – 0 pkt |  |
|  | | | |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 2b) należy wypełnić wszystkie pozycje poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK” lub „NIE” – zgodnie ze stanem faktycznym. Jeżeli Wykonawca pozostawi rubrykę(-i) pustą(-e), lub wypełni w sposób nieprawidłowy, niezgodny z powyższą instrukcją nie spowoduje to odrzucenia oferty jednakże danej pozycji przypisana zostanie wartość - 0 pkt.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – CZĘŚĆ NR 3**

**dostawa aparatu RKZ**

Producent (podać) :………………………………………………………………………………….

Typ / model (podać) :………………………………………………………………………………

Rok produkcji ( podać) :…………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| 1 | | **Aparat RKZ**  **Oferowany model, typ………………**  **Producent ………………………** | Tak podać model, typ; |  |
| 2 | | **Mierzone parametry**: min. pH, pCO2, pO2, Na, K, Cl, Ca+2, Hct | TAK PODAĆ |  |
| 3 | | **Parametry wyliczane**: min. HCO3(P), HCO3(P,st), cBase(B), cBase(Ecf), ctCO2(B), ctCO2(P), ctO2, sO2, Ca+2(7,4), ctHb, pO2(A), pO2(a/A), pO2(A-a), Luka anionowa, RI | TAK PODAĆ |  |
| 4 | | Możliwość ponownej instalacji tych samych kaset i odczynników w aparacie bez utraty pozostałych w kasecie testów | TAK |  |
| 5 | System kontroli jakości mierzonych parametrów, materiał kontrolny inny niż materiał kalibracyjny oraz płyny płuczące | | TAK |  |
| 6 | | Objętość próbki max 70 ul (wszystkie parametry) | TAK PODAĆ |  |
| 7 | | Czas oznaczenia próbki do 2 minut | TAK PODAĆ |  |
| 8 | | System pracujący w oparciu o max. 2 elementy: kasety sensorowe (wszystkie niezbędne do pomiarów sensory zawarte w kasecie) oraz paki zawierające odczynniki , kalibratory umożliwiające wielokrotne pomiary, trwałość w/w materiałów w analizatorze min. 60 dni | TAK PODAĆ |  |
| 9 | | Trwałość kaset od momentu zainstalowania w aparacie min 60 dni. Monitorowanie poziomu odczynników i ich stabilności na pokładzie | TAK PODAĆ |  |
| 10 | | Odczynniki zintegrowane z pojemnikiem ściekowym | TAK |  |
| 11 | | Skaner kodów kreskowych | TAK |  |
| 12 | | Przechowywanie wszystkich materiałów zużywalnych w temperaturze pokojowej. | TAK |  |
| 13 | | Wymiana materiałów zużywalnych niezależnie od siebie. Analizator wyposażony w instruktaż w języku polskim ułatwiający m.in. wymianę odczynników. | TAK |  |
| 14 | | Wbudowana drukarka | TAK |  |
| 15 | | Samoczynna automatyczna instalacja kaset zaraz po ich umieszczeniu w analizatorze, bez konieczności wykonywania dodatkowych czynności np. walidowanie roztworami przez operatora | TAK |  |
| 16 | | Analizator wyposażony w pakiet startowy | TAK |  |
| 17 | | Integracja analizatora z system informatycznym zamawiającego (HIS) tj. OPTIMED, ST firmy COMARCH | TAK |  |
| 18 | | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji min. raz w roku. | Tak |  |
| 19 | | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji 2019 lub 2020. | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 1c) 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 określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

**PARAMETRY OCENIANE - Tabela 2c**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ocenianych** | **Punktacja** | **Parametr oferowany TAK/NIE** |
| 1 | Możliwość włączenia analizatora w tryb standby w celu oszczędności odczynników bez ograniczeń czasowych | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 2 | Wyłączenie nagłe i planowane aparatu nie powoduje utraty pozostałych w kasecie testów | TAK - 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 3 | Zdalny nadzór serwisu | TAK - 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 2c) należy wypełnić wszystkie pozycje poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK” lub „NIE” – zgodnie ze stanem faktycznym. Jeżeli Wykonawca pozostawi rubrykę(-i) pustą(-e), lub wypełni w sposób nieprawidłowy, niezgodny z powyższą instrukcją nie spowoduje to odrzucenia oferty jednakże danej pozycji przypisana zostanie wartość - 0 pkt.*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – CZĘŚĆ NR 4**

**Dostawa defibrylatorów AED**

Producent (podać) :………………………………………………………………………………….

Typ (model) oferowanej myjki (podać) :………………………………………………………

Rok produkcji ( podać) :…………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Wymagane parametry techniczne** | **Wartości wymagane** | **Wartości Oferowane** |
| 1 | **Defibrylator AED szt. 2**  **Oferowany model, typ………………**  **Producent ………………………** | Tak podać |  |
| 2 | Półautomatyczny, przenośny, dwufazowy defibrylator zewnętrzny AED z trybem manualnym | Tak |  |
| 3 | Komendy głosowe i wizualne (wyświetlane na ekranie) w j. polskim | Tak |  |
| 4 | Automatyczna ocena rytmu ekg i analiza impedancji klatki piersiowej pacjenta dla określenia czy wyładowanie jest zalecane | Tak |  |
| 5 | Opcja wykrywania ruchu pacjenta | Tak |  |
| 6 | Widoczny i dostępny wskaźnik naładowania baterii | Tak |  |
| 7 | Zakres energii minimum: 150 – 360J | Tak podać |  |
| 8 | Pamięć wewnętrzna umożliwiająca automatyczne zapisywanie wszystkich danych EKG i zdarzeń medycznych (około 40min na jednego pacjenta) Możliwość zapisu rekordu dwóch pacjentów. | Tak |  |
| 9 | Możliwość bezprzewodowego przesyłania zapamiętanych danych do komputera poprzez port IrDA lub możliwość przesyłania danych do komputera przy użyciu karty CF | Tak |  |
| 10 | Dwufazowa fala defibrylacji | Tak |  |
| 11 | Maksymalna energia defibrylacji min. 360J | Tak podać |  |
| 12 | Protokół wyładowań 200 / 300 / 360J lub defibrylator, w którym długość oraz siła impulsu dopasowane są automatycznie do poszkodowanego na podstawie odczytu impedancji klatki piersiowej | Tak |  |
| 13 | Możliwość stosowania elektrod pediatrycznych i dla dorosłych | Tak |  |
| 14 | Automatyczna analiza EKG, EKG przesyłane za pomocą 3-żyłowego kabla EKG | Tak |  |
| 15 | Czas ładowania do 200J min. do 9s; do 360J min. do 15s | Tak podać |  |
| 16 | Dodatkowy ekran podglądu stanu sprawności urządzenia oraz baterii dostępny przy zamkniętej torbie | Tak |  |
| 17 | Bateria nieładowalna LiMnO2 (min. 5 lat żywotności, około 440 wyładowań lub min 1030 min. monitorowania z nową baterią)  lub  Bateria nieładowalna LiMnO2 (min. 5 lat żywotności, około 200 wyładowań z maksymalną mocą 360J i minimum 1030 min. monitorowania z nową baterią) | Tak podać |  |
| 18 | Torba transportowa z kieszeniami | Tak |  |
| 19 | Parametr wytrzymałości urządzenia ze wskaźnikiem IP55 | Tak |  |
| 20 | Możliwość użycia w temperaturach minimum od -20 do 60 st. C | Tak podać |  |
| 21 | Autoryzowany Serwis Producenta na terenie Polski. | Tak |  |
| 22 | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji 2019 lub 2020. | Tak |  |
| 23 | Oprogramowanie w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 24 | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji przynajmniej raz w roku. | Tak |  |
| 25 | Instalacja, uruchomienie. Przeszkolenie personelu z obsługi urządzenia. | Tak |  |
| 26 | * Deklaracja zgodności CE * Wpis/zgłoszenie/powiadomienie do Rejestru   Wyrobów Medycznych. | Tak |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 1c) 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 określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

**PARAMETRY OCENIANE - Tabela 2d**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Ładowanie do 200J w czasie do 9 sek. | TAK -5 PKT NIE – 0 PKT |  |
| 2 | Ciężar max z jedną baterią zużywalną i jednym zestawem elektrod do 3,5kg | TAK – 5 pkt NIE – 0pkt |  |
| 3 | Przekątna ekranu LCD min. 5,7" lub więcej | TAK – 5PKT NIE – 0 PKT |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 2c) należy wypełnić wszystkie pozycje poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK” lub „NIE” – zgodnie ze stanem faktycznym. Jeżeli Wykonawca pozostawi rubrykę(-i) pustą(-e), lub wypełni w sposób nieprawidłowy, niezgodny z powyższą instrukcją nie spowoduje to odrzucenia oferty jednakże danej pozycji przypisana zostanie wartość - 0 pkt.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ......................................... | ..............................r. | ............................................................... |
| (miejscowość) | (data) | (podpis Wykonawcy) |