Ogłoszenie o zamówieniu nr 09/SORFM/2024

FORMULARZ OFERTOWY Pakiet 1

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ...................................................................................................

Siedziba: .................................................................................................

Numer NIP: .............................................................................................

Numer REGON: .......................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ....................................................................

Numer telefonu: .....................................................................................

1. Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące dostawy sprzętu medycznego oraz tabletów medycznych i bezprzewodowego systemu łączności do Szpitala Specjalistycznego Artmedik Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, oferuję:

łączną kwotę za wykonanie przedmiotu zamówienia określonego jako Pakiet 1
w zapytaniu ofertowym:

……………………………….….. brutto

Słownie:

……………………………………………………………………………………………………………. brutto

**1. Defibrylator modułowy – 3 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Defibrylator modułowy** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej** |
| 1. | Defibrylator o budowie modułowej- pozwalający na zachowanie ciągłości monitorowania pacjenta niezależnie od warunków otoczenia | TAK |  |  |  |
| 2. | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze nieprzekraczającej 10 kg z kpl akumulatorów | TAK |  |  |  |
| 3. | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą – klasa IP 55 | TAK |  |  |  |
| 4. | Temperatura zewnętrzna umożliwiająca pracę defibrylatora i monitorowanie EKG od – 20 do + 55ºC przez co najmniej 5 h- brak konieczności przechowywania wcześniej w wyższej temperaturze | TAK |  |  |  |
| 5. | Możliwość przechylenia ekranu monitora o 30º  | TAK |  |  |  |
| **Zasilanie** |
| 6. | Zasilanie defibrylatora akumulatorowo/sieciowe (akumulatory ładowane za pomocą zasilacza sieciowego 230 V) | TAK |  |  |  |
| 7. | Defibrylator wyświetla czas pracy urządzenia zasilanego bateriami w minutach | TAK |  |  |  |
| 8. | Akumulatory bez efektu pamięci |  TAK |  |  |  |
| 9. | Możliwość wykonania min. 200 defibrylacji z maksymalną energią na w pełni naładowanych bateriach bez konieczności przepinania zużytych baterii po ich wyczerpaniu | TAK |  |  |  |
| 10. | Ładowanie wszystkich baterii w urządzeniu lub w zewnętrznej ładowarce od 0 do 100 % w czasie do 3 godzin | TAK |  |  |  |
| 11. | Kondensator napięcia elektrycznego min. 3000 V | TAK |  |  |  |
| **DEFIBRYLACJA** |
| 12. | Defibrylacje ręczna i półautomatyczna |  TAK |  |  |  |
| 13. | Wspomaganie defibrylacji półautomatycznej za pomocą komend głosowych | TAK |  |  |  |
| 14. | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |  |  |
| 15. | Możliwość defibrylacji pacjenta z odległości do 10 m bez utraty pozostałych funkcjonalności | TAK |  |  |  |
| 16. | Energia defibrylacji min 2-200 J zgodna z wytycznymi ERC dostępne 20 min poziomów energii zewn., funkcja kardiowersji elektrycznej | TAK |  |  |  |
| 17. | Czas ładowania do energii maksymalnej niezależny od poziomu naładowania akumulatorów 5 sekund ± 2 sekundy, czas ładowania do maksymalnej energii po 15 wyładowaniach 5 sekund ± 2 sekundy. | TAK |  |  |  |
| 18. | Możliwość wykonania defibrylacji półautomatycznej za pomocą elektrod jednorazowych | TAK |  |  |  |
| 19. | Defibrylacja za pomocą elektrod wielofunkcyjnych oraz łyżek defibrylacyjnych | TAK |  |  |  |
| **MONITOROWANIE I REJESTRACJA** |
| 20. | Zakresy monitorowania uwzględniające pacjentów dorosły/dziecko/noworodek z manualnym lub autoamtycznym ustawianiem zakresów defibrylacji i monitorowania (poziomy energii defibrylacji, granice alarmów, parametry NIBP) odpowiednich dla danego pacjenta | TAK |  |  |  |
| 21. | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min 8,4’’ | TAK |  |  |  |
| 22. | Wyświetlanie na ekranie min 4 krzywych dynamicznych jednocześnie | TAK |  |  |  |
| 23. | Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |  |  |
| 24. | Możliwość ręcznego i automatycznego ustawienia granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów | TAK |  |  |  |
| 25. | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min 100 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | TAK |  |  |  |
| 26. | Pamięć wewnętrzna lub karta danych min. 400 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne)  | TAK |  |  |  |
| 27. | Możliwość ustawienia min. 6 trybów widoków monitora, w tym widoku w trybie kardiomonitora | TAK |  |  |  |
| **EKG/REJESTRACJA** |
| 28. | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |  |  |
| 29. | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-300 /min | TAK |  |  |  |
| 30. | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 - 2 cm/mV | TAK |  |  |  |
| **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA** |
| 31. | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | TAK |  |  |  |
| 32. | Częstość stymulacji w zakresie min. 40 - 150 imp./min, prąd stymulacji w zakresie min. 10 - 140 mA | TAK |  |  |  |
| **PULSOKSYMETRIA** |
| 33. | Monitorowanie SpO2 oraz PR w technologii Masimo Rainbow SET lub równoważnej | TAK |  |  |  |
| 34. | Możliwość rozbudowy o pomiar ilości oddechów mierzony przez moduł SpO2 | TAK |  |  |  |
| 35. | Pomiar SpO2 w zakresie 70-100%Zakres pomiaru pulsu min. 25-240/min | TAK |  |  |  |
| 36. | Możliwość rozbudowy o pomiar SpHb, SpMet, SpCO | TAK |  |  |  |
| **NIBP** |
| 37. | Pomiary ręczne i automatyczne w odstępach czasowych min. 1-60 minut, zakres pomiaru ciśnienia średniego min. 26-220 mmHg | TAK |  |  |  |
| **KAPNOMETRIA** |
| 38. | Moduł monitorowania EtCO2 u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, zakres pomiarów EtCO2min. 0-99mmHg, zakres częstości oddechów min. 5-80 /minutę | TAK |  |  |  |
| **WYPOSAŻENIE** |
| 39. | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt lub 2 kable EKG 4 i 6 żyłowy do pomiaru 12 odprow. EKG | TAK |  |  |  |
| 40. | Kabel do stymulacji | TAK |  |  |  |
| 41. | Przy dostawie elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych min 1kpl. | TAK |  |  |  |
| 42. | Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji: w rozmiarach 8- 13 cm, 28- 40 cm, 40- 55 cm. | TAK |  |  |  |
| 43. | Czujnik dla dorosłych >30 kg w postaci klipsa na palec oraz czujnik pediatryczny w postaci klipsa na palec do pomiaru SpO2 | TAK |  |  |  |
| 44. | Złączki jednorazowe do pomiaru EtCO2 – minimum 30 sztuk | TAK |  |  |  |
| 45. | Łyżki defibrylacyjne dla dorosłych oraz dzieci  | TAK |  |  |  |
| 46. | Torba na akcesoria  | TAK |  |  |  |
| 47. | Papier EKG – minimum 10 rolek | TAK |  |  |  |
| 48. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |

**2. Ssak akumulatorowy z pojemnikiem jednorazowym – 2 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Ssak akumulatorowy z pojemnikiem jednorazowym** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej** |
| 1. | Ssak elektryczny akumulatorowy przenośny zasilany 230V AC z ładowarką 230V w zestawie | TAK |  |  |  |
| 2. | Wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia | TAK |  |  |  |
| 3. | Przewód silikonowy z zaworkiem chroniony przed uszkodzeniem przez elementy obudowy ssaka | TAK |  |  |  |
| 4. | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności | TAK |  |  |  |
| 5. | Przepływ 34 l/min +/- 4 l/min | TAK |  |  |  |
| 6. | Elektroniczny nadzór ciśnienia ssania zapobiegający przypadkowemu zassaniu tkanek miękkich | TAK |  |  |  |
| 7. | Słój na jednorazowe pojemniki o pojemność 1,0 l  | TAK |  |  |  |
| 8. | Podświetlane wskaźniki przy klawiszach sterujących umożliwiające odczyt wybranego podciśnienia w warunkach ograniczonej widoczności |  TAK |  |  |  |
| 9. | Skokowo regulowana siła ssania w zakresie -0,1 do -0,8 bar realizowana za pomocą dedykowanych klawiszy | TAK |  |  |  |
| 10. | Informacja o stanie naładowania baterii na panelu kontrolnym ssaka - możliwość sprawdzenia poziomu naładowania baterii bez włączania urządzenia | TAK |  |  |  |
| 11. | Temperatura pracy od - 5 do 50 ºC | TAK |  |  |  |
| 12. | Temperatura przechowywania od - 40 do 70 ºC |  TAK |  |  |  |
| 13. | Ciężar kompletnego ssaka ok 4,3 kg | TAK |  |  |  |
| 14. | Czas pracy 60 min | TAK |  |  |  |
| 15. | Żywotność akumulatora 500 cykli  | TAK |  |  |  |
| 16. | Ładowanie akumulatora do poziomu 80% max. 3 h | TAK |  |  |  |
| 17. | Wielostopniowe zabezpieczenie przed wnikaniem płynów do wnętrza ssaka | TAK |  |  |  |
| 18. | Ochrona IP34 | TAK |  |  |  |
| 19. | W zestawie minimum 50 kompletów jednorazowych: pojemnik +przewód ssący | TAK |  |  |  |
| 20. | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK |  |  |  |

**3. Materac próżniowy (3 szt.), szyny próżniowe (4 szt.), pas do stabilizacji złamań miednicy (4 szt.), deska ortopedyczna z pasami (4 szt.) system wkłuć doszpikowych (4 szt.) komplet.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej** |
|  | **Materac próżniowy 14-to komorowy :** | TAK |  |  |  |
|  | Konstrukcja oparta o niezależne komory uniemożliwiająca załamywanie sięusztywnionego materaca podczas podnoszenia chorego  | TAK |  |  |  |
|  | Przenikalny dla promieniowania rentgenowskiego | TAK |  |  |  |
|  | 12 uchwytów transportowych | TAK |  |  |  |
|  | 3 poprzeczne pasy bezpieczeństwa | TAK |  |  |  |
|  | rozmiar – 100 cm ( w najszerszej części) x 200 cm | TAK |  |  |  |
|  | waga do 6,5kg | TAK |  |  |  |
|  | Akcesoria:- pompka | TAK |  |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |
|  | **Zestaw szyn próżniowych :** | TAK |  |  |  |
|  | Materiał przezierny dla promieni rentgenowskich | TAK |  |  |  |
|  | Materiał łatwy w czyszczeniu oraz dezynfekcji | TAK |  |  |  |
|  | 3 szyny o różnych wymiarach :1) duża:1090 x 370÷670 mm2) średnia: 750 x 470÷610 mm3) mała: 500 x 340 mm | TAK |  |  |  |
|  | Szyny wyposażone w zawór oraz pas unieruchamiający VELCRO | TAK |  |  |  |
|  | Torba transportowa nylonowa oraz pompka próżniowa w zestawie | TAK |  |  |  |
|  | Waga zestawu : do 3,5 kg | TAK |  |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |
|  | **Pas do stabilizacji miednicy :**  | TAK |  |  |  |
|  | Uniwersalny rozmiar (przeznaczenie dla pacjentów dorosłych, bariatrycznych i dzieci) | TAK |  |  |  |
|  | Wykonanie z miękkiego materiału bez wewnętrznych szwów | TAK |  |  |  |
|  | Wykonany z pianki o grubości minimum 5mm | TAK |  |  |  |
|  | Waga do 300g | TAK |  |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |
|  | **Deska ortopedyczna komplet :** | TAK |  |  |  |
|  | Długość: 183 cm | TAK |  |  |  |
|  | Szerokość: 46 cm | TAK |  |  |  |
|  | Nośność minimum 430 kg | TAK |  |  |  |
|  | Waga maksymalna: 10kg | TAK |  |  |  |
|  | Pływalność dodatnia przy obciążeniu min. 110 kg | TAK |  |  |  |
|  | 14 dużych uchwytów (możliwość pracy w grubych rękawicach) | TAK |  |  |  |
|  | Wykonanie z wodoodpornego tworzywa | TAK |  |  |  |
|  | Zmywalność | TAK |  |  |  |
|  | Przepuszczalność dla promieni X w 100% | TAK |  |  |  |
|  | Zabezpieczone krawędzie przystosowane do założeniausztywnienia głowy | TAK |  |  |  |
|  | Hermetycznie pełne krawędzie | TAK |  |  |  |
|  | Ergonomiczne wzmocnione narożniki | TAK |  |  |  |
|  | W zestawie 4 pasy kodowane kolorami z zapięciem karabińczykowym i stabilizatorem głowy | TAK |  |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |
|  | **System wkłuć doszpikowych dla 3 grup pacjentów (4 szt.) komplet :** | TAK |  |  |  |
|  | **Dorośli i dzieci powyżej 12 roku życia:** | TAK |  |  |  |
|  | Stabilizator zabezpieczający igłę po wkłuciu | TAK |  |  |  |
|  | Mechanizm zabezpieczający: Nakrętka zabezpieczająca | TAK |  |  |  |
|  | Podwójny mechanizm zabezpieczający zapobiega przypadkowemu użyciu | TAK |  |  |  |
|  | Wymiary [mm] [D/S/W]: 139 x 64,5 x 43,7 | TAK |  |  |  |
|  | Waga [g]: 94,5 | TAK |  |  |  |
|  | Opakowanie: sterylne | TAK |  |  |  |
|  | Rozmiar igły: 15G | TAK |  |  |  |
|  | Długość igły [mm]: 42 | TAK |  |  |  |
|  | Głębokość penetracji igły [mm]: 25 | TAK |  |  |  |
|  | Termin przechowywania: 5 lat od daty produkcji | TAK |  |  |  |
|  | **Dzieci od 3 roku życia :** | TAK |  |  |  |
|  | Stabilizator zabezpieczający igłę po wkłuciu | TAK |  |  |  |
|  | System lokalizacji miejsca wkłucia i.O. w postaci znacznikaumieszczonego na stabilizatorze NIO-P | TAK |  |  |  |
|  | Mechanizm zabezpieczający: Nakrętka zabezpieczająca | TAK |  |  |  |
|  | Podwójny mechanizm zabezpieczający zapobiega przypadkowemu użyciu | TAK |  |  |  |
|  | Termin przechowywania: 5 lat od daty produkcji | TAK |  |  |  |
|  | Wymiary [mm] [D/S/W]: 148,55 x 64,5 x 43,7 | TAK |  |  |  |
|  | Waga [g]: 85,6 | TAK |  |  |  |
|  | Opakowanie: sterylne | TAK |  |  |  |
|  | Rozmiar igły: 18G | TAK |  |  |  |
|  | Długość igły [mm]: 38,1 | TAK |  |  |  |
|  | **Dzieci w wieku od 36-go tygodnia:** | TAK |  |  |  |
|  | Znacznik 5mm | TAK |  |  |  |
|  | Stopniowanie igły (zmiana oporu wprowadzania) | TAK |  |  |  |
|  | Nakrętka zabezpieczająca igłę | TAK |  |  |  |
|  | Rozmiar igły: Stopniowana od 14G do 18G | TAK |  |  |  |
|  | Wymiary (d/s/w) : 174 x 76 x 40 mm | TAK |  |  |  |
|  | Waga: 56 g | TAK |  |  |  |
|  | Opakowanie: sterylne | TAK |  |  |  |
|  | Termin przydatności do użycia: 5 lat od daty produkcji | TAK |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz jego załącznikami, udostępnioną przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że nie wnoszę do nich uwag oraz, że akceptuję istotne postanowienia zapytania ofertowego oraz treść umowy.
3. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie wskazanym w Zapytaniu ofertowym.
4. Oświadczam, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, rok produkcji 2023, lub nowszy, posiada Deklaracje zgodności CE i zgłoszenie/wpis do rejestru wyrobów medycznych.
5. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2023 poz. 129).

 ………………………………….

 /Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej/