**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.*

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 1 –dostawa kardiomonitorów**

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

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

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

**Część 2 – dostawa aparatu EKG**

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 aparatu przenośnego USG**

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

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

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

**Część 5 – dostawa respiratorów**

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 – dostawa kardiomonitorów ………………… miesięcy 2).**

**b) Część nr 2 - dostawa aparatu EKG ………………… miesięcy 2).**

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

**d) Część nr 4 - dostawa aparatu przenośnego USG …………………… miesięcy 2).**

**e) Część nr 5 - dostawa respiratorów …………………… miesięcy 2).**

4. Zamówienie wykonam w terminie do 02.12.2019 r.

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 |
| **Kardiomonitory (szt. 4) z wyposażeniem** | **Kpl.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| CZĘŚĆ 2 |
| **aparat EKG** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| CZĘŚĆ 3 |
| **aparat RKZ** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| CZĘŚĆ 4 |
| **przenośny aparat USG** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| CZĘŚĆ 5 |
| **respirator** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – CZĘŚĆ NR 1**

**Dostawa kardiomonitorów**

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| 1 | **KARDIOMONITORY (szt. 4) ze stacją centralnego nadzoru pacjentów****Oferowany model, typ………………****Producent ………………………** | Tak podać model, typ; |  |
| 2 | Kompaktowy i przenośny kardiomonitor  | TAK |  |
| 3 | Mocny uchwyt i twarda obudowa ułatwiająca przenoszenie | TAK |  |
| 4 | Ekran LCD min. 12,1”, o wysokiej rozdzielczości (800 x 600 pikseli) z maksymalnie 10 krzywymi na ekranie | TAK |  |
| 5 | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji 2019. Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji | TAK |  |
| 6 | Min. 6 ekranów wirtualnych umożliwiających wyświetlanie parametrów i krzywych w różnych konfiguracjach | TAK |  |
| 7 | Funkcja obrazowania mini trendów | TAK |  |
| 8 | Wyliczanie dawki leków dla pacjenta | TAK |  |
| 9 | Zapis danych tabelarycznych i trendów graficznych do min. 6 dni | TAK PODAĆ |  |
| 10 | Możliwość wpisywania danych demograficznych pacjenta | TAK |  |
| 11 | Niska waga, nie większa niż 7 kg łącznie z jednym akumulatorem | TAK |  |
| 12 | Małe wymiary: max. 290 x 175 x 280 mm (+/- 5mm) | TAK |  |
| 13 | Menu obsługi urządzenia w języku polskim. | TAK |  |
| 14 | Aktualizacja i serwisowanie przez kartę SD (max. 2GB) | TAK |  |
| 15 | Możliwość podłączenia do centralnej stacji nadzoru pacjentów przy wykorzystaniu sieci LAN i/lub sieci bezprzewodowej | TAK |  |
| 16 | Wydajny akumulator litowo-jonowy z możliwością pracy do min. 2 godzin | TAK |  |
| 17 | Analiza min. 3 kanałów EKG przy pomocy kabla | TAK |  |
| 18 | Możliwość pełnej analizy do 7 kanałów EKG z analizą odcinka ST | TAK |  |
| 19 | Wykrywanie min. 12 rodzajów arytmii | TAK PODAĆ |  |
| 20 | Detekcja kardiostymulatorów i wykrywanie arytmii kardiostymulatorów tj. PNF, PNC | TAK |  |
| 21 |  Zapis przykładowych fragmentów EKG | TAK |  |
| 22 | Analiza HRV | TAK |  |
| 23 | Zakres pomiaru tętna: min. 0-300 bpm (+/-, 2 bpm) | TAK |  |
| 24 | Saturacja SpO2 kompatybilna z czujnikami dla dorosłych i dzieci. Zakres pomiaru SpO2: 0 - 100%. | TAK |  |
| 25 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi (NIBP) obejmujący pomiary NIBP Statystyka co 5-15min, NIBP Żylne Statystyka w zakresie 50 - 200 mmHg oraz NIBP Maks. Poziom | TAK |  |
| 26 | Zakres pomiarowy NIBP: dla dorosłych min. 0 - 300 mmHg | TAK |  |
| 27 | Oddech, zakres pomiaru min. 0-200 oddechów / minutę | TAK |  |
| 28 | Powiększony wykres zmian min. HR, SpO2 oraz Oddechu  | TAK |  |
| 29 | Pomiar APG (Accelerated Plethysmogram) | TAK |  |
| 30 | Temperatura w 2 kanałach w trybie ciągłym, pomiar rektalny i skórny. Zakres pomiarowy min. 0-50 stopni C. | TAK |  |
| 31 | Możliwość inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (IBP) w 2 kanałach. Zakres pomiarowy min. 50 - 350 mmHg. | TAK |  |
| **Wyposażenie** |
| 32 | Stacja centralnego nadzoru z możliwością podłączenia przewodowego lub bezprzewodowego z kardiomonitorami. Jednoczesny monitoring do 14 pacjentów, możliwość wyświetlenia ekranu pojedynczego kardiomonitora z jednoczesnym podglądem monitorowanych parametrów na innych kardiomonitorach, zapisu trendów i zdarzeń do min.7 dni (168 godzin), wyświetlenie krzywych min. EKG, SpO2, Oddech, 4 x IBP, EtCO2, monitorowane parametry min. HR, ST, PR, NIBP, PVC, SpO2, 4 x Temp, 4 x IBP, EtCO2. | 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 oferowanyTAK/NIE** |
| 1 | Ekran LCD 12,1” o wysokiej rozdzielczości (800 x 600 pikseli) z więcej niż 9 krzywymi na ekranie | TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Zapis danych tabelarycznych i trendów graficznych powyżej 6 dni | TAK - 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 3 | Wykrywanie więcej niż 12 rodzajów arytmii t.j. TAC, BRD, PVC,VTAC, ASY, BGM, TGM, VENT, VFIB, CPT, TPT, MIB, R/T | TAK - 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 4 | Zmiana kolorów wyświetlanych krzywych | TAK - 2 pktNIE – 0 pkt |  |
| 5 | Możliwość rozbudowy do 12-kanałowego EKG z analizą odcinka ST  | TAK - 2 pktNIE – 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 aparatu EKG**

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| 1 | **Aparat EKG szt. 1****Oferowany model, typ………………****Producent ………………………** | Tak podać  |  |
| 2 | Aparat EKG minimum 12-kanałowy | Tak podać |  |
| 3 | Ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu minimum 12 dowolnych odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą) | Tak podać |  |
| 4 | Wymiary ekranu 5,7” ; 118 x 89 mm (+/- 3 mm) | Tak podać |  |
| 5 | Wymiary aparatu 407x312x125mm (+/- 30mm) | Tak podać |  |
| 6 | Rozdzielczość ekranu (punkty 640 x 480) | Tak podać |  |
| 7 | Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna ekran dotykowy  | Tak |  |
| 8 | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą  | Tak  |  |
| 9 | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe  | Tak |  |
| 10 | Zasilanie 230V, 50-60Hz | Tak  |  |
| 11 | Rodzaj papieru: rolka, składany, faxowy  | Tak podać |  |
| 12 | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) minimum: 5; 10;12.5; 25; 50 | Tak podać |  |
| 13 | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z minimum 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona | Tak podać |  |
| 14 | Ilość drukowanych odprowadzeń minimum: 3, 4, 6, 12, 2x6 + 1, 4x3 + 2 | Tak podać |  |
| 15 | Rejestracja w trybie automatycznym: czas synchro | Tak podać |  |
| 16 | Detekcja kardiostymulatorów | Tak |  |
| 17 | Czułość (mm/mV) minimum: 2,5; 5; 10; 20 | Tak podać |  |
| 18 | Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60  | Tak |  |
| 19 | Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35 | Tak |  |
| 20 | Filtr izolinii (Hz) minimum: 0,125(1,5s); 0,25(0,6s); 0,5(0,3s); 1,5(0,1s), splines | Tak podać |  |
| 21 | Filtr autoadaptacyjny | Tak |  |
| 22 | Sygnał dźwiękowy tętna  | Tak |  |
| 23 | Baza danych minimum 400 zapisów EKG w pamięci aparatu  | Tak podać |  |
| 24 | Profil automatyczny  | Tak |  |
| 25 | Profil manualny | Tak |  |
| 26 | Nieograniczona liczba własnych profili użytkownika  | Tak |  |
| 27 | Tryb LONG (do wykrywania arytmii) | Tak |  |
| 28 | Możliwość podglądu zapisów EKG bez drukowania z pamięci aparatu | Tak |  |
| 29 | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu | Tak |  |
| 30 | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta | Tak |  |
| 31 | Możliwość wpisania do wydruku danych lekarza lub ośrodka zdrowia | Tak |  |
| 32 | Możliwość rozbudowy o analizę i interpretacje (analiza liczbowa, interpretacja słowna, uśrednianie krzywych EKG, 10 sek. tętna) | Tak |  |
| 33 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do komputerowego EKG | Tak |  |
| 34 | Współpraca z platformą kardiologiczną, w której można wykonać zarówno badania EKG, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, ergospirometrie, holter EKG, holter RR. | Tak |  |
| 35 | Możliwość rozbudowy o zestaw do prowadzenia prób wysiłkowych | Tak |  |
| 36 | Możliwość rozbudowy o moduł do oceny ryzyka nagłej śmierci sercowej BTL CardioPoint SDS  |  |  |
| 37 | Możliwość bezpośredniego wydruku ze zwykłej drukarki laserowej | Tak |  |
| 38 | Częstotliwość próbkowania: 2000 Hz  | Tak |  |
| 39 | Oprogramowanie do archiwizacji, analizy, interpretacji oraz pracy online | Tak |  |
| 40 | Dedykowana torba do aparatu EKG | Tak |  |
| **Moduł spirometryczny** |
| 41 | Zakres przepływu (litry/s): 16 l/s (wdech / wydech), dokładność (0,025 do 8 l): ± 3% lub 50 ml (ważna większa wartość) | Tak |  |
| 42 | Zakres objętości (litry): 0,025 do 8 litrówdokładność (0,025 do 8 l): ± 3% lub 50 ml (ważna większa wartość) | Tak podać |  |
| 43 | Opór przepływu: < 79 Pa / l/s | Tak podać |  |
| 44 | Korekcja BTPS: automatyczna | Tak |  |
| 45 | Wdech / wydech | Tak |  |
| 46 | Spirometria natężona minimum: FVC, Best FVC, FEV0.75, FEV1, Best FEV1, FEV3, FEV6, PEF, FEV0.75/FVC, FEV1/FVC, FEV3/FVC, FEV6/FVC, FEV0.75/SVC, FEV1/SVC, FEV3/SVC, FEV6/SVC, PIF, FIVC, FIV1, MEF75, MEF50, MEF25, FEF75, FEF50, FEF25,MMEF, FET25, FET50, MIF75, MIF50, MIF25, PEFT, FIF50, FEF50/FIF50,FEF50/SVC, FEV0.75/FEV6, FEV1/ FEV6, FIV1/FIVC, VEXT, Wiek płuc | Tak podać |  |
| 47 | Testy bronchoprowokacyjne: PRE/POST | Tak  |  |
| 48 | Spirometria swobodna minimum: SVC, ERV, IRV, TV, IC, IVC | Tak podać |  |
| 49 | Maksymalna wentylacja dowolna MVV: MVV, MVVf, MRf | Tak  |  |
| 50 | Wartości wzorcowe minimum: GLI2012, ECCS/ERS 1993, ECCS 1983, NHANES III, Knudson 1983, Knudson 1976, Roca 1986, CRAPO 1981, ITS, Perreira – Brazylia, LAM, Gore – Australia, Zapletal 1977 | Tak podać |  |
| 51 | Interpretacja: Enright, ATS, BTS | Tak podać |  |
| 52 | Czujnik temperatury minimum: + 10°C do + 40°C (dokładność: +/- 3% dla 25°C) | Tak podać |  |
| 53 | Czujnik ciśnienia barometrycznego minimum: 700 – 1200 hPa (dokładność: ± 2%) | Tak podać |  |
| 54 | Częstotliwość próbkowania: 1000 Hz. | Tak  |  |
| 55 | Rozdzielczość ADC: 12 bitów | Tak  |  |
| 56 | Pompa kalibracyjna o pojemności 3 litrów w zestawie | Tak |  |
| 57 | Normy bezpieczeństwa: IEC 601 -1, IEC 601 -1 -2, IEC 601 -1 -4, ISO 14971 | Tak  |  |
| 58 | Normy spirometrii: EN 13826, standardy ATS/ERS 2005 | Tak  |  |
| 59 | Klasa ochronności (elektryczna): II zgodnie z IEC 536 | Tak  |  |
| 60 | Element wchodzący w kontakt z pacjentem: BF zgodnie z IEC 601 -1 | Tak  |  |
| 61 | Możliwość zastosowania ustników wielokrotnego użytku oraz jednorazowych | Tak  |  |
| 62 | Współpraca ze zintegrowaną platformą medyczną, umożliwiającą zbieranie danych z aparatów EKG, holterów EKG, holterów ciśnieniowych ABPM, prób wysiłkowych oraz wykonanie komputerowej spirometrii  | Tak  |  |
| 63 | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji 2019.  | Tak |  |
| 64 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 65 | Oprogramowanie w języku polskim. | Tak |  |
| 66 | Instalacja, uruchomienie. Przeszkolenie personelu z obsługi urządzenia.  | Tak |  |
| 67 | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji. | Tak |  |

***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 oferowanyTAK/NIE** |
| 1 | Waga (z wbudowanym akumulatorem) do 5,8 kg | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Szerokość papieru powyżej 200mm | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 3 | Dedykowany wewnętrzny moduł spirometryczny (pełna spirometria wdechowo-wydechowa) powyżej 48 parametrów | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 4 | Pamięć zapisów powyżej 900 rekordów | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 5 | powyżej 900 profili użytkownika | TAK - 5 pktNIE – 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. | Tak |  |
| 19 | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji 2019. | 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 oferowanyTAK/NIE** |
| 1 | Możliwość włączenia analizatora w tryb standby w celu oszczędności odczynników bez ograniczeń czasowych | TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Wyłączenie nagłe i planowane aparatu nie powoduje utraty pozostałych w kasecie testów  | TAK - 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 3 | Zdalny nadzór serwisu | TAK - 10 pktNIE – 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 przenośnego aparatu USG**

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| 1 | **Aparat USG przenośny szt. 1****Oferowany model, typ………………****Producent ………………………** | Tak podać  |  |
| 2 | Cyfrowy przenośny aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem i min 2 aktywnymi portami głowic. Możliwość zastosowania uchwytu na min 2 głowice na samym aparacie. | Tak podać |  |
| 3 | Monitor o wysokiej rozdzielczości, min XGA. Przekątna ekranu minimum 15 cali. Regulacja pochylenia monitora min 30 stopni. | Tak podać |  |
| 4 | Wyświetlacz | Tak podać |  |
| 5 | Czas uruchamiania aparatu max 30 sekund | Tak podać |  |
| 6 | Standby, z czasem wznowienia max 5 sekund | Tak podać |  |
| 7 | Oprogramowanie do badań jamy brzusznej, oceny ortopedycznej, stawów, tkanek mięśniowo- szkieletowych, nerwów, naczyń , badań położniczych, badań urologicznych | Tak |  |
| 8 | Oprogramowanie, możliwość wyboru obsługi w języku polskim | Tak  |  |
| 9 | Zasilanie: AC 240 V – 50/60 Hz | Tak |  |
| 10 | Porty USB: 4 | Tak podać |  |
| 11 | Dysk Twardy minimum 320 GB | Tak podać |  |
| 12 | Waga ok. 9 kg (+/- 1 kg) | Tak podać  |  |
| 13 | Tryby skanowania min.: B mode, Doppler kolorowy, Doppler spektralny, Power Doppler, M- mode, hPRF, Duplex, Triplex,  | Tak podać |  |
| 14 | Automatyczna optymalizacja obrazu po naciśnięciu 1 klawisza | Tak  |  |
| 15 | Tryb FullScreen – wyświetlanie obrazu diagnostycznego na całym ekranie | Tak  |  |
| 16 | Rozszerzony kąt skanowania na głowicy convex, obrazowanie trapezowe na głowicy liniowej | Tak  |  |
| 17 | Algorytm umożliwiający zoptymalizowanie obrazowania pod kątem wyświetlanych tkanek (płyn, tłuszcz itp) | Tak  |  |
| 18 | Wysoka częstotliwość systemu | Tak |  |
| 19 | Obrazowanie do redukcji artefaktów typu SRI, / DMR | Tak  |  |
| 20 | Obrazowanie krzyżowe  | Tak |  |
| 21 | Obrazowanie harmoniczne – 2 metody, w tym inwersja fazy  | Tak |  |
| 22 | Głowica Convex:- zakres wyświetlanych częstotliwości min 2 – 5 MHz, w tym przynajmniej 4 częstotliwości do wyboru przez użytkownika , - 2 różne częstotliwości harmoniczne do wyboru- 2 różne częstotliwości bazowe w trybie Dopplera do wyboru | Tak podać |  |
| 23 | Głowica liniowa:- zakres wyświetlanych częstotliwości min 5 – 10 MHz, w tym przynajmniej 4 częstotliwości do wyboru przez użytkownika ,- min 2 różne częstotliwości harmoniczne do wyboru- min 2 różne częstotliwości bazowe w trybie Dopplera do wyboru- Szerokość pola skanowania max 38mm | Tak |  |
| 24 | Videoprinter czarno-biały | Tak |  |
| 25 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem | Tak  |  |
| 26 | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim | Tak |  |
| 27 | Wykonanie w cenie oferty szkolenia personelu w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu | Tak |  |
| 28 | W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym | Tak |  |
| 29 | Dostarczenie wypełnionych paszportów technicznych sprzętu | Tak |  |
| 30 | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji 2019.  | Tak |  |
| 31 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 32 | Oprogramowanie w języku polskim. | Tak |  |
| 33 | Instalacja, uruchomienie. Przeszkolenie personelu z obsługi urządzenia.  | Tak |  |
| 34 | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji. | 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ocenianych** | **Punktacja** | **Parametr oferowanyTAK/NIE** |
| 1 | Możliwość rozbudowy aparatu o baterię pozwalającą na pracę powyżej 70 minut | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Czas wznowienia pracy z trybu Stanby poniżej 5 sekund | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 3 | Powyżej 3 wyświetlanych częstotliwości pracy na głowicy convex przez użytkownika  | TAK - 3 pktNIE – 0 pkt |  |
| 4 | Możliwość rozbudowy o głowicę microconvex pracującą w zakresie od 5 – 9Mhz | TAK - 5 pktNIE – 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 5**

**dostawa respiratorów**

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| 1 | **Respirator szt. 4****Oferowany model, typ………………****Producent ………………………** | Tak podać  |  |
| 2 | Respirator do pracy ciągłej i okresowej. Przeznaczony do inwazynej i nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.  | Tak podać |  |
| 3 | Zasilanie podstawowe 230V, 50Hz. | Tak podać |  |
| 4 | Aparaty wyposażone w zintegrowane zasilanie akumulatorowe. | Tak |  |
| 5 | W przypadku utraty zasilania sieciowego płynne przełączanie na zasilanie akumulatorowe | Tak |  |
| 6 | Możliwość zablokowania klawiszy zabezpieczająca przed przypadkową zmianą nastaw respiratora przez pacjenta, lub personel medyczny. | Tak  |  |
| 7 | Respirator wyposażony w mieszalnik tlenu. Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie minimum 21% do 100%. | Tak podać |  |
| 8 | Kolorowy dotykowy wyświetlacz o przekątnej minimum 20cm | Tak podać |  |
| 9 | Menu urządzenia w języku polskim. | Tak  |  |
| 10 | Aparaty wyposażone minimum w kolorowy dotykowy wyświetlacz LCD umożliwiający jednoczesne monitorowanie: objętości oddechowej (VTe), częstości oddechów (RR), przecieków powietrza, ciśnień terapeutycznych, wentylacji minutowej (MV), stosunku I/E, szczytowego przepływu i ciśnienia oraz poziomu naładowania akumulatora zasilającego. | Tak podać  |  |
| 11 | Możliwość wyświetlania na ekranie parametrów oporu dynamicznego | Tak  |  |
| 12 | Możliwość jednoczesnej graficznej prezentacja ciśnienia i przepływu w funkcji czasu na ekranie urządzenia. | Tak  |  |
| 13 | Aparat przystosowany do zastosowania obwodu pacjenta z zastawką oddechową, obwodu przeciekowego (z portem wydechowym) oraz obwodem dwururowym. | Tak  |  |
| 14 | Możliwość zastosowania obwodu przeciekowego z kompensacją przecieków zarówno w trybach ciśnieniowych, jak i objętościowych. | Tak  |  |
| 15 | Wyposażony w komunikację Bluetooth oraz WiFi  | Tak  |  |
| 16 | Wbudowana pamięć wewnętrzna o pojemności minimum 2GB, karta SD lub rozwiązanie równoważne | Tak podać |  |
| 17 | Możliwość zgrania danych terapeutycznych w czasie terapii na nośniku pamięci (typu karta pamięci) lub zapisywanie w pamięci z urządzenia na pamięć zewnętrzną przez port typu USB (pendrive) | Tak  |  |
| 18 | Składany uchwyt umożliwiający łatwe przenoszenie urządzenia | Tak |  |
| 19 | Tryby Pracy minimum:CPAP; ST; PSV(Pressure Support Ventilation) PAC (Pressure Assisted Control), Typu V target (wspomaganie ciśnieniowe z gwarancją objętości), AC, VC, SIMV, PC-SIMV (lub tryby równoważne o innych nazwach) | Tak podać |  |
| 20 | Tryb typu V target (z automatycznie dobieranym przez aparat wspomaganiem ciśnieniowym PS) z jednocześnie automatycznie dostosowywanym ciśnieniem wydechowym EPAP/PEEP w celu przeciwdziałania obturacyjnym zaburzeniom oddychania. Automatycznie dobierana przez aparat minimalną częstością oddechów kontrolowanych.  | Tak  |  |
| 21 | Dedykowany tryb wentylacji przez ustnik (MPV) | Tak |  |
| 22 | Możliwość zaprogramowania częstotliwości oddechu w zakresie minimum 5-80 oddech/ min | Tak podać |  |
| 23 | Zakres ciśnień programowalnych przy zastosowaniu obu rodzajów obwodów minimum:IPAP: 3-60 cmH2O, EPAP: 3-25 cmH2O, CPAP: 4-25 cmH2O. | Tak podać  |  |
| 24 | Zakres objętości oddechowych programowalnych przy zastosowaniu obu rodzajów obwodów minimum: 50ml-2000ml  | Tak podać |  |
| 25 | Czas wdechu w zakresie minimum od 0.3s do 5s | Tak podać |  |
| 26 | Kontrola czas narastania ciśnienia wdechowego minimum od 100 do 600 ms | Tak podać |  |
| 27 | System automatycznego dobierania czułości wyzwalania wdechu i wydechu - wyzwalanie zmian fazy cyklu oddechowego pod wpływem spontanicznego wysiłku pacjenta | Tak |  |
| 28 | Alarmy minimum:-Przeciek-Niska i wysoka objętość oddechowa-Wysoki poziom ciśnienia -Niski poziom ciśnienia-Wysoki poziom częstości oddechowej -Niski poziom częstości oddechowej-Bezdech-Rozłączenie układu-Niska i wysoka wentylacja minutowa-Brak zasilania | Tak podać |  |
| 29 | Automatyczne rejestrowanie poziomu przecieków powietrza w układzie oraz ich automatyczna kompensacja | Tak  |  |
| 30 | Możliwość monitorowania Sp02, EtCO2 oraz FiO2 z wykorzystaniem dodatkowych czujników | Tak  |  |
| 31 | Możliwość dodatkowego zasilania z baterii zewnętrznych | Tak  |  |
| 32 | Oprogramowanie do analizy i zapisu danych terapeutycznych z zaoferowanego respiratora.  | Tak  |  |
| 33 | Filtr wlotowy powietrza do każdego aparatu | Tak |  |
| 34 | Kompletny obwód pacjenta10 sztuk/aparat | Tak  |  |
| 35 | Naprawy, przeglądy i czynności konserwacyjne wykonywane wyłącznie przez autoryzowany serwis producenta na terenie Polski | Tak |  |
| 36 | Wyposażenie minimum:Wózek transportowy posiadający blokadę minimum dwóch kół. Koszyk na akcesoria - 1 sztuka. | Tak |  |
| 37 | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji 2019.  | Tak |  |
| 38 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 39 | Instalacja, uruchomienie. Przeszkolenie personelu z obsługi urządzenia.  | Tak |  |
| 40 | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji. | 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 2e**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ocenianych** | **Punktacja** | **Parametr oferowanyTAK/NIE** |
| 1 | Awaryjne zasilanie akumulatorowe zapewniające autonomię pracy powyżej 14 godzin | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Całkowita waga aparatu do 7 kg (wraz z mieszalnikiem tlenu wraz z zintegrowanym zasilaniem akumulatorowym zapewniającym pracę przez min. 14 godzin) | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 3 | Powyżej 7 poziomów regulacji czułości wyzwalania zarówno dla fazy wdechu i wydechu | TAK - 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 4 | Możliwość ustawienia powyżej 4 programów wentylacji | TAK - 5 pktNIE – 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) |