

Zadanie 1 – System do szybkich przetoczeń z podgrzewaczem

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość [szt.]	Cena brutto / szt [PLN]	Wartość netto [PLN]	Stawka VAT [%]	Wartość brutto [PLN]	Gwarancja [m-ce]
1.	Urządzenie do szybkich przetoczeń i ogrzewania krwi i płynów infuzyjnych	1					

Maksymalny termin dostawy 30 dni roboczych od podpisania umowy

Wartość netto:

słownie:

Wartość brutto:

słownie:

Opis Przedmiotu Zamówienia:

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ TAK/NIE
1.	Producent	Podać	-	
2.	Model	Podać	-	
3.	Rok produkcji min. 2024 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy)	Podać	-	
	Dane sprzętu medycznego – Urządzenie do ogrzewania:			
1.	Sucha technika ogrzewania podawanego płynu bez udziału wody	TAK	-	
2.	Możliwość regulacji zakres temperatur 30 – 39 °C ±1°C	TAK	-	
3.	Zakres przepływu 20 – 800 ml/min	TAK	-	
4.	Pomiar całkowitej objętości podanego płynu	TAK	-	

5.	Pomiar aktualnego przepływu	TAK	-	
6.	Temperatura ustawiona równa temperaturze uzyskiwanej na końcu linii	TAK	-	
7.	Programowana wstępnie temperatura pracy 37°C ±1°C	TAK	-	
8.	Auto-test podczas uruchamiania urządzenia	TAK	-	
9.	Podłączenie i gotowość do użycia w czasie poniżej 30 s	TAK	-	
10.	Układ alarmu przekroczenia temperatury: sygnalizacja wizualna i dźwiękowa z możliwością czasowego wyciszenia	TAK	-	
11.	Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący (wizualnie lub dźwiękowo) o konieczności dokonania przeglądu urządzenia	TAK	-	
12.	Ciekłokrystaliczny wyświetlacz LCD do komunikacji z użytkownikiem	TAK	-	
13.	Klasa ochrony CF	TAK	-	
14.	Zasilanie 230 V, 50/60 Hz	TAK	-	
	II. Parametry (urządzenie do szybkich przetoczeń):			
15.	System składający się z kompresora, komór ciśnieniowych, detektora powietrza oraz statywu, zapewniający prędkość przepływu min do 800 ml/min	TAK	-	
16.	Maksymalne ciśnienie w komorze ciśnieniowej do 300mmHg ± 10%	TAK	-	
17.	Przystosowany do worków z płynami o pojemności 0,5 l lub 1,0 l	TAK	-	
18.	Statyw z wbudowaną linią przewodzącą powietrze od kompresora	TAK	-	

	do komory ciśnieniowej			
19.	Klasa ochronności CF	TAK	-	
20.	Zasilanie 230 V, 50/60 Hz	TAK	-	
	III. Dodatkowe wyposażenie:			
21.	Zestaw jednorazowy z pułapką i zaworem bezzwrotnym – 10 szt. do małych, średnich przepływów do 400ml/min przy ciśnieniu do 300 mmHg	TAK	-	
22.	Zestaw jednorazowy z pułapką i zaworem bezzwrotnym - 1 szt. do dużych przepływów do 800ml/min przy ciśnieniu do 300 mmHg	TAK	-	
	IV. Inne wymogi:			
23.	Serwis gwarancyjny urządzeń musi być realizowany przez producenta lub autoryzowanego partnera serwisowego producenta w czasie okresu gwarancji - wymagane dołączenie do oferty oświadczenia podmiotu realizującego serwis lub producenta sprzętu o spełnieniu tego warunku	TAK		
24.	Gwarancja min. 24 miesiące			
25.	Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski.	TAK		
26.	Instrukcja obsługi w j. polskim, karta gwarancyjna i paszport techniczny	TAK	-	

27.	Dodatkowe wyposażenie: Zestaw standardowy jednorazowy do systemu – kaseta - 50 szt. Cechy : - manualne usuwanie powietrza - linia pacjenta dł. 1500 mm - maksymalny przepływ: 800 ml/min - przepływ normotermiczny: 20-400 ml/min - objętość napełnienia: 90 ml - zawór przepływu wstecznego	TAK	-	
-----	--	-----	---	--

Zadanie 2 – Dostawa specjalistycznego sprzętu medycznego

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość [szt.]	Cena brutto / szt [PLN]	Wartość netto [PLN]	Stawka VAT [%]	Wartość brutto [PLN]	Gwarancja [m-ce]
1.	Defibrylator przenośny kliniczny z wyposażeniem.	1					

Maksymalny termin dostawy 30 dni roboczych od podpisania umowy

Wartość netto:

słownie:

Wartość brutto:

słownie:

Opis Przedmiotu Zamówienia:

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ TAK/NIE
1.	Producent	Podać	-	
2.	Model	Podać	-	
3.	Rok produkcji min. 2024 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie	Podać	-	

	powystawowy)			
Dane sprzętu medycznego				
1.	Defibrylator wyposażony w funkcję defibrylacji, kardiowersji	TAK	-	
2.	Defibrylator wyposażony jest w wyświetlacz o przekątnej 5,7' typu TFT	TAK	-	
3.	Defibrylator umożliwia monitorowanie 6 odprowadzeniowego EKG z odprowadzeń kończynowych	TAK	-	
4.	Defibrylator posiada funkcję automatycznego przełączenia źródła dla II odprowadzenia	TAK	-	
5.	Defibrylator posiada możliwość rozbudowy o nieinwazyjny pomiar karboksyhemoglobiny, methemoglobiny oraz hemoglobiny całkowitej	TAK	-	
6.	Defibrylator posiada możliwość pomiaru SpO2 w technologii wysokiej wierności (np. Masimo Rainbow Set)	TAK	-	
7.	Ekran defibrylatora jest chroniony specjalną pokrywą zabezpieczającą przed uszkodzeniem	TAK	-	
8.	Defibrylator jest wyposażony w system kieszeni umożliwiający przechowywanie czujników wraz kabli	TAK	-	
9.	Defibrylator wyposażony jest w funkcję defibrylacji za pomocą łyżek twardych oraz elektrod defibrylacyjnych w raz z miejscem na ich przechowywanie	TAK	-	
10.	Defibrylator wykonuje defibrylacje	TAK	-	

	za pomocą łyżek twardych u dorosłych oraz dzieci powyżej 5 kg mc			
11.	Defibrylator posiada system umożliwiający montaż łyżek twardych na zewnętrznych kieszeniach defibrylatora	TAK	-	
12.	Waga defibrylatora mieści się w przedziale do 3,1 kg	TAK	-	
13.	Defibrylator ładuje się do 100% w maksymalnie 3 h	TAK	-	
14.	Czas pracy defibrylatora na w pełni naładowanym akumulatorze wynosi co najmniej 8,5 h	TAK	-	
15.	Opóźnienie wyładowania względem załamka R wynosi maksymalnie 15 ms	TAK	-	
16.	Czas ładowania kondensatora do maksymalnej energii wyładowania wynosi nie dłużej jak 6 sekund- niezależnie od ilości wykonanych wyładowań	TAK	-	
17.	Zakres pomiaru impedancji ciała pacjenta wynosi od 15 Ω do 600 Ω	TAK	-	
18.	Defibrylator wyposażony w system uchwyty umożliwiające przechyłanie defibrylatora w trakcie pracy	TAK	-	
19.	Defibrylator wyposażony jest w system mocowania ściennego zgodnego z obowiązującą normą wraz z ładowaniem 12V	TAK	-	
20.	Serwis gwarancyjny urządzeń musi być realizowany przez producenta lub autoryzowanego partnera serwisowego producenta w czasie okresu gwarancji - wymagane	TAK	-	

	dołączenie do oferty oświadczenia podmiotu realizującego serwis lub producenta sprzętu o spełnieniu tego warunku			
21.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	-	
22.	Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski.	TAK	-	
23.	Instrukcja obsługi w j. polskim, karta gwarancyjna i paszport techniczny	TAK	-	

UWAGI

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.
3. Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

.....
miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy