**Opis Przedmiotu Zamówienia – PN 37/25 Dostawa specjalistycznego sprzętu medyczno-diagnostycznego dla Oddziału Zakaźnego.**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Zadanie 1 – System do szybkich przetoczeń z podgrzewaczem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość [szt.]** | **Cena netto / szt**  **[PLN]** | **Wartość netto [PLN]** | **Stawka VAT [%]** | **Wartość brutto [PLN]** | **Gwarancja [m-ce]** |
|  | **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: .........................................................................................**

**I.Opis Przedmiotu Zamówienia:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | | Producent | Podać | - |  |
|  | | Model | Podać | - |  |
|  | | Rok produkcji min. 2024 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać | - |  |
|  | **Dane sprzętu medycznego – Urządzenie do ogrzewania:** | | | | |
|  | | Sucha technika ogrzewania podawanego płynu bez udziału wody | TAK | - |  |
|  | | Możliwość regulacji zakres temperatur 30 – 39 o C ±1ºC | TAK | - |  |
|  | | Zakres przepływu 20 – 800 ml/min | TAK | - |  |
|  | | Pomiar całkowitej objętości podanego płynu | TAK | - |  |
|  | | Pomiar aktualnego przepływu | TAK | - |  |
|  | | Temperatura ustawiona równa temperaturze uzyskiwanej na końcu linii | TAK | - |  |
|  | | Programowana wstępnie temperatura pracy 37ºC ±1ºC | TAK | - |  |
|  | | Auto-test podczas uruchamiania urządzenia | TAK | - |  |
|  | | Podłączenie i gotowość do użycia w czasie poniżej 30 s | TAK | - |  |
|  | | Układ alarmu przekroczenia temperatury: sygnalizacja wizualna i dźwiękowa z możliwością czasowego wyciszenia | TAK | - |  |
|  | | Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący (wizualnie lub dźwiękowo) o konieczności dokonania przeglądu urządzenia | TAK | - |  |
|  | | Ciekłokrystaliczny wyświetlacz LCD do komunikacji z użytkownikiem | TAK | - |  |
|  | | Klasa ochronności CF | TAK | - |  |
|  | | Zasilanie 230 V, 50/60 Hz | TAK | - |  |
|  | | II. Parametry (urządzenie do szybkich przetoczeń): | | | |
|  | | System składający się z kompresora, komór ciśnieniowych, detektora powietrza oraz statywu, zapewniający prędkość przepływu min do 800 ml/min | TAK | - |  |
|  | | Maksymalne ciśnienie w komorze ciśnieniowej do 300mmHg ± 10% | TAK | - |  |
|  | | Przystosowany do worków z płynami o pojemności 0,5 l lub 1,0 l | TAK | - |  |
|  | | Statyw z wbudowaną linią przewodzącą powietrze od kompresora do komory ciśnieniowej | TAK | - |  |
|  | | Klasa ochronności CF | TAK | - |  |
|  | | Zasilanie 230 V, 50/60 Hz | TAK | - |  |
|  | | III. Dodatkowe wyposażenie: | | | |
|  | | Zestaw jednorazowy z pułapką i zaworem bezzwrotnym – 10 szt. do małych, średnich przepływów do 400ml/min przy ciśnieniu do 300 mmHg | TAK | - |  |
|  | | Zestaw jednorazowy z pułapką i zaworem bezzwrotnym - 1 szt. do dużych przepływów do 800ml/min przy ciśnieniu do 300 mmHg | TAK | - |  |
|  | | IV. Inne wymogi: | | | |
|  | | 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 | - |  |
|  | | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK/Podać | - |  |
|  | | 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 | - |  |
|  | | Instrukcja obsługi w j. polskim, karta gwarancyjna i paszport techniczny | TAK | - |  |

**Zadanie 2 – Dostawa specjalistycznego sprzętu medycznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość [szt.]** | **Cena netto / 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: ....................................................................................................................................................................…**

**I.Opis Przedmiotu Zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać | - |  |
|  | Model | Podać | - |  |
|  | Rok produkcji min. 2024 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać | - |  |
| **II.Dane sprzętu medycznego** | |  |  |  |
|  | Defibrylator wyposażony w funkcję defibrylacji, kardiowersji | TAK | - |  |
|  | Defibrylator wyposażony jest w wyświetlacz o przekątnej 5,7’ typu TFT | TAK | - |  |
|  | Defibrylator umożliwia monitowanie 6 odprowadzeniowego EKG z odprowadzeń kończynowych | TAK | - |  |
|  | Defibrylator posiada funkcję automatycznego przełączenia źródła dla II odprowadzenia | TAK | - |  |
|  | Defibrylator posiada możliwość rozbudowy o nieinwazyjny pomiar karboksyhemoglobiny, methemoglobiny oraz hemoglobiny całkowitej | TAK | - |  |
|  | Defibrylator posiada możliwość pomiaru SpO2 w technologii wysokiej wierności ( np. Masimo Rainbow Set) | TAK | - |  |
|  | Ekran defibrylatora jest chroniony specjalną pokrywą zabezpieczającą przed uszkodzeniem | TAK | - |  |
|  | Defibrylator jest wyposażony w system kieszeni umożliwiający przechowywanie czujników wraz kabli | TAK | - |  |
|  | Defibrylator wyposażony jest w funkcję defibrylacji za pomocą łyżek twardych oraz elektrod defibrylacyjnych w raz z miejscem na ich przechowywanie | TAK | - |  |
|  | Defibrylator wykonuje defibrylacje za pomocą łyżek twardych u dorosłych oraz dzieci powyżej 5 kg mc | TAK | - |  |
|  | Defibrylator posiada system umożliwiający montaż łyżek twardych na zewnętrzych kieszeniach defibrylatora | TAK | - |  |
|  | Waga defibrylatora mieści się w przedziale do 3,1 kg | TAK | - |  |
|  | Defibrylator ładuje się do 100% w maksymalnie 3 h | TAK | - |  |
|  | Czas pracy defibrylatora na w pełni naładowanym akumulatorze wynosi co najmniej 8,5 h | TAK | - |  |
|  | Opóźnienie wyładowania względem załamka R wynosi maksymalnie 15 ms | TAK | - |  |
|  | Czas ładowania kondensatora do maksymalnej energii wyładowania wynosi nie dłużej jak 6 sekund- niezależnie od ilości wykonanych wyładowań | TAK | - |  |
|  | Zakres pomiaru impedancji ciała pacjenta wynosi od 15 Ω do 600 Ω | TAK | - |  |
|  | Defibrylator wyposażony w system uchwytów umożliwiający przechylanie defibrylatora w trakcie pracy | TAK | - |  |
|  | Defibrylator wyposażony jest w system mocowania ściennego zgodnego z obowiązującą normą wraz z ładowaniem 12V | TAK | - |  |
|  | 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 | - |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK/Podać | - |  |
|  | 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 | - |  |
|  | 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