**Formularz asortymentowo-cenowy**

**Dostawa drobnego sprzętu medyczno-diagnostycznego Oddziału Rehabilitacji.**

**Załącznik nr 1a**

**PN 09/24**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość [szt.]** | **Cena netto [PLN]** | **Wartość netto [PLN]** | **Stawka VAT [%]** | **Wartość brutto [PLN]** | **Gwarancja [m-ce]** |
|  | Ciśnieniomierz automatyczny | 4 |  |  |  |  |  |
|  | Lampa bakteriobójcza jezdna | 2 |  |  |  |  |  |
|  | Pulsoksymetr ze stacją dokującą | 2 |  |  |  |  |  |
|  | Reduktor ciśnienia tlenu | 4 |  |  |  |  |  |
|  | Ssak medyczny jezdny | 2 |  |  |  |  |  |
|  | Termometr bezdotykowy | 2 |  |  |  |  |  |
|  | Trenażer oddechowy | 30 |  |  |  |  |  |
|  | Pulsyksometr napalcowy | 4 |  |  |  |  |  |
|  | Spirometr przenośny | 1 |  |  |  |  |  |
|  | Razem: |  | x |  | x |  | x |

**Maksymalny termin dostawy ……………….max. 35 dni kalendarzowych od podpisania umowy**

**Wartość netto: ……………………**

**słownie: .......................................................................................................................................................................**

**Wartość brutto: ……………………**

**słownie: .......................................................................................................................................................................**

**Opis Przedmiotu Zamówienia Załącznik nr 1b**

 **PN 09/24**

1. **Ciśnieniomierz automatyczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | W pełni automatyczny proces pomiaru ciśnienia na ramieniu. | TAK |  |
| 5. | Prosta obsługa za pomocą tylko jednego przycisku. | TAK |  |
| 6. | Detekcja arytmii z oceną stopnia wykrytych nieregularności rytmu. | TAK |  |
| 7. | System inteligentnego i optymalnego pompowania powietrza - bez ponownego pompowania. | TAK |  |
| 8. | Wskaźnik poruszeń podczas pomiaru pomaga uniknąć nieprawidłowych pomiarów. | TAK |  |
| 9. | Duży i wyraźny 3 cyfrowy wyświetlacz. | TAK |  |
| 10. | Pamięć 60 pomiarów z długoterminowym profilem. | TAK |  |
| 11. | Skala oceny ciśnienia tętniczego w pełnej zgodności z zaleceniami WHO. | TAK |  |
| 12. | Uniwersalny rozmiar mankietu 22 - 42 cm pasujący również dla osób otyłych. | TAK |  |
| 13. | Dodatkowe wyliczenie średnich wartości ciśnienia oraz pulsu. | TAK |  |
| 14. | Automatyczne wyłączenie po 1 minucie bezczynności. | TAK |  |
| 15. | Załączone 4 baterie AA, karta pomiaru ciśnienia oraz etui materiałowe. | TAK |  |
| 16. | Możliwość zasilania przez zasilacz ścienny | TAK |  |
| 17. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Lampa bakteriobójcza jezdna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Lampa przepływowa z mechanizmem działania opartym na specjalnych filtrach oczyszczających zanieczyszczone powietrze | TAK |  |
| 5. | Wersja z licznikiem czasu pracy | TAK |  |
| 6. | Lampa na statywie na kółkach | TAK |  |
| 7. | Promieniowanie UV-C o długości fali 235,7 nm | TAK |  |
| 8. | Wydajność wentylatora min. 198 m3/h | TAK |  |
| 9. | Pobór mocy max. 115 W | TAK |  |
| 10. | Zasięg działania (natężenie promieniowania UV-C w odległości 1 m) min. 18 – 36 m2 | TAK |  |
| 11. | Trwałość promiennika min. 8000 h | TAK |  |
| 12. | Dezynfekcja kubatura min. 45 – 90 m3/h | TAK |  |
| 13. | Waga max. 14 kg | TAK |  |
| 14. | Wymiary kopuły: 113 x 22 x 13 cm (± 2 cm) | TAK |  |
| 15. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Pulsoksymetr ze stacją dokującą**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |  |
| 2 | Model | Podać |  |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |  |
| 4. | Precyzyjny pomiar wartości kluczowych funkcji życiowych Pulsu (PR) i Saturacji – wysycenia krwi tlenem (SpO2), obrazowanie siły pulsu oraz krzywej pletyzmograficznej | TAK |  |  |
| 5. | Pulsyksometr posiada stację dokującą – możliwość pracy na zasilaniu akumulatorowym i sieciowym | TAK |  |  |
| 6. | Czytelny kolorowy wyświetlacz LCD TFT min. 3,5” | TAK | Min. 3,5” 0 pkt. Większy niż 3,5” – 20 pkt. |  |
| 7. | Menu w języku polskim | TAK |  |  |
| 8. | Regulowany poziom głośności alarmu, przycisk szybkiego wyciszenia alarmu | TAK |  |  |
| 9. | Możliwość ustawienia alarmu tachykardii i bradykardii | TAK |  |  |
| 10. | Zapis mierzonych wartości w pamięci pulsoksymetru | TAK |  |  |
| 11. | Pulsyksometr przeznaczony dla dzieci i dorosłych | TAK |  |  |
| 12. | Na wyposażeniu czujnik SpO2 na palec dla osób dorosłych | TAK |  |  |
| 13. | Zakres SpO2: min. 35% - 100%, rozdzielczość 1%, dokładność w przedziale 70% - 100% (± 3%) | TAK |  |  |
| 14. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |

1. **Reduktor ciśnienia tlenu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Dozownik rotametryczny, zakres 0 – 17 l/min., mocowany do punktu typu AGA | TAK |  |
| 5. | Płynna regulacja przepływu za pomocą pokrętła | TAK |  |
| 6. | Ciśnienie wejściowe 0,5 MPa (5 bar) | TAK |  |
| 7. | Wejście gwint UNF 9/16 | TAK |  |
| 8. | Możliwość podłączenia nawilżacza wielorazowego | TAK |  |
| 9. | Możliwość podłączenia tulei z nakrętką do bezpośredniego mocowania przewodów giętkich | TAK |  |
| 10. | Możliwość podłączenia nawilżacza jednorazowego typu RespiFlo lub Aquapak | TAK |  |
| 11. | W zestawie tuleja do bezpośredniego podłączenia węża do dozownika | TAK |  |
| 12. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Ssak medyczny jezdny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |  |
| 2 | Model | Podać |  |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |  |
| 4. | Pompa: bezolejowa i bezobsługowa pompa tłokowa | TAK |  |  |
| 5. | Zasilanie: 220-230 V / 50-60 Hz | TAK |  |  |
| 6. | Klasyfikacja ISO 10079-1: wysokie podciśnienie / niski przepływ | TAK |  |  |
| 7. | Maksymalne podciśnienie (regulowane): - 0,9 bar – 90 kPa – 675 mmHg | TAK | Max. podciśnienie 0,9 bar – 0 pkt.Większe podciśnienie – 20 pkt. |  |
| 8. | Maksymalny przepływ: 60 l/min. | TAK |  |  |
| 9. | Poziom hałasu: max. 52 dB | TAK |  |  |
| 10. | Cykl pracy: praca ciągła | TAK |  |  |
| 11. | Waga: max. 14 kg | TAK |  |  |
| 12. | Wymiary: 46 cm x 42 cm x 85 cm (± 2 cm) | TAK |  |  |
| 13. | Możliwość dopasowania wszystkich akcesoriów CA-MI dzięki uniwersalnej szynie wyposażonej w min. 5 uchwytów | TAK |  |  |
| 14. | Pierścienie o różnych średnicach pasują do zbiorników w różnych rozmiarach i typach (2L, 4L, 5L) | TAK |  |  |
| 15. | Możliwość montażu medycznej szyny ze stali nierdzewnej, na której można zaczepić dowolny rodzaj akcesoriów za pomocą zacisków | TAK |  |  |
| 16. | Minimalne zabezpieczenia ssaka: standardowy zawór przelewowy w pokrywie butli, filtr hydrofobowy, zbiornik zabezpieczający urządzenie przed zalaniem | TAK |  |  |
| 17. | Butla 2l z poliwęglanu z zaworem zabezpieczającym + uchwyty na butle 2l | TAK |  |  |
| 18. | Dreny silikonowe ∅ 8 x 14 mm – **2 szt**., łącznik stożkowy 10-11-12 mm – **2 szt.** | TAK |  |  |
| 19. | Ilość portów ssących min. 2 | TAK |  |  |
| 20. | Możliwość stosowania wkładów jednorazowych  | TAK |  |  |
| 21. | Pedał do sterowania nożnego oraz możliwość jego podłączenia | TAK |  |  |
| 22. | Przełącznik do automatycznego wyboru butli ssącej | TAK |  |  |
| 23.  | Gwarancja min. 24 miesiące |  |  |  |

1. **Termometr bezdotykowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Stabilny czujnik podczerwieni o wysokiej precyzji pomiaru | TAK |  |
| 5. | Szybki pomiar temperatury ciała, temperatury przedmiotów/otoczenia, dokonywany za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
| 6. | Alarm podwyższonej temperatury ciała, możliwość ustawienia dowolnej wartości alarmu | TAK |  |
| 7. | Automatyczne zapamiętanie ostatniego wyniku pomiarowego, min. 30 wyników pomiarów pamięci | TAK |  |
| 8. | Wyraźny wyświetlacz LCD, łatwy do odczytu | TAK |  |
| 9. | Automatyczne wyłączanie się urządzenia po ok. 30 s. w celu oszczędzania energii | TAK |  |
| 10. | Czas pomiaru: ≤ 1 s. | TAK |  |
| 11. | Zakres pomiaru temperatury ciała: min. 32,0° C – 42,0° C | TAK |  |
| 12. | Zakres pomiaru temperatury powierzchni: min. 0,0° C – 100,0° C | TAK |  |
| 13. | Margines błędu pomiaru: max. ± 0,3° C  | TAK |  |
| 14. | Odległość od miejsca dokonywania pomiaru: 1 cm – 5 cm | TAK |  |
| 15. | Podstawowe wymiary: (D x S x W) 100 mm x 50 mm x 150 mm (± 5 mm) | TAK |  |
| 16. | Waga (bez baterii): max. 140 g | TAK |  |
| 17. | Gwarancja min. 36 miesięcy | TAK |  |

1. **Trenażer oddechowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Spirometr kulkowy do rehabilitacji oddechowej | TAK |  |
| 5. | Objętość wdychanego powietrza obrazowane przez trzy kolorowe kulki | TAK |  |
| 6. | Trzy komory oznaczone wartościami 600 cm3, 900 cm3, 1200 cm3 | TAK |  |
| 7. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Pulsyksometr napalcowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Pulsoksymetr napalcowy do pomiaru saturacji (SpO2) i pulsu | TAK |  |
| 5. | Wyświetlacz pletyzmogramu SpO2 | TAK |  |
| 6. | Wskaźnik poziomu naładowania baterii | TAK |  |
| 7. | Wymiary (D x S x W): 57 mm x 33 mm x 30 mm (± 2 mm) | TAK |  |
| 8. | Zasilanie bateryjne  | TAK |  |
| 9. | Zakres pomiarowy SpO2: 0% - 100% (podziałka 1%) | TAK |  |
| 10. | Zakres pomiarowy częstotliwości pulsu: min. 25 – 250 uderzeń / minutę (podziałka 1 uderzenie na minutę) | TAK |  |
| 11. | Zmiana kierunku wyświetlania przez naciśnięcie przycisku | TAK |  |
| 12. | Regulowana jasność wyświetlacza | TAK |  |
| 13. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Spirometr przenośny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Pomiar za pomocą cyfrowych turbin | TAK |  |
| 5. | Wewnętrzny czujnik temperatury dla automatycznej konwersji zgodnej z BTPS | TAK |  |
| 6. | Wyniki badań mogą być wyświetlone na ekranie spirometru, wydrukowane na drukarce termicznej lub wyświetlane na monitorze komputera | TAK |  |
| 7. | Szybka i ciach praca drukarki termicznej  | TAK |  |
| 8. | Wysokiej rozdzielczości (min. 800 x 480 pikseli), kolorowy, min. 7” dotykowy ekran | TAK |  |
| 9. | Złącze USB 2.0 | TAK |  |
| 10. | Test PRE-POST (bronchodilatacyjny) z możliwością porównywania wyników | TAK |  |
| 11. | Pamięć do 10.000 testów | TAK |  |
| 12. | Krzywe FVC, VC z wzorcem oddechu oraz MVV pokazywane w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| 13. | Możliwość wyboru języka obsługi i zestawu wartości należnych | TAK |  |
| 14. | Oprogramowanie min.: krzywa przepływ/objętość (F/V) i objętość/czas (V/t), ocena wieku płuc, prowokacja oskrzeli z rezultatami FEV1 po podaniu leku, możliwość przesyłania danych i grafiki pocztą elektroniczną, animacje motywacyjne dla dzieci | TAK |  |
| 15. | Zapis min. 3 najlepszych prób | TAK |  |
| 16. | Możliwość korzystania z turbin jednorazowych i turbin wielokrotnego użytku | TAK |  |
| 17. | Zakres przepływu min. 16 l/s | TAK |  |
| 18. | Dokładność objętości: max. ± 3% lub 50 ml | TAK |  |
| 19. | Zasilanie: akumulator ładowany z sieci | TAK |  |
| 20. | Wymiary: 220 mm x 210 mm x 50 mm (± 5 mm) | TAK |  |
| 21. | Waga: max. 1,5 kg | TAK |  |
| 22. | W zestawie: * Dodatkowe rolki papieru – 2 rolki
* Ustnik jednorazowy 30 mm – 500 szt.
* Turbina wielokrotnego użytku – 1 szt.
 | TAK |  |
| 23. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

**Wymagania ogólne dotyczące całego wyposażenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
|  | Gwarancja zgodna z wymaganiami w poszczególnych tabelach | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim 1 egz. dla użytkowników oraz 1 egz. do archiwum Działu Administracji i Logistyki (dostarczona przy dostawie) | TAK |  |
|  | Paszport techniczny dla każdego z aparatów (dostarczone przy dostawie) dla asortymentu do którego wymaga tego producent i karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
|  | Szczegółowy opis warunków gwarancji (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
|  | Sposób powiadamiania o usterkach uznany za skuteczny (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
|  | Opisać warunki i przyczyny ewentualnej utraty gwarancji (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie (liczony od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia interwencji serwisowej u użytkownika) w okresie gwarancji nie dłużej niż 24h w dni robocze \* | TAK |  |
|  | Minimalny zakres prac związanych z przeglądem okresowym wymaganym przez producenta (dostarczone przy dostawie). | TAK |  |
|  | W przypadku konieczności wymiany urządzenia w okresie gwarancyjnym z przyczyn leżących po stronie oferenta pokrywa on wszystkie koszty związane z tą procedurą. | TAK |  |
|  | Dostępność części zamiennych min 5 lat. | TAK |  |
|  | Dla wyrobu medycznego w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20maja 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.) należy dołączyć do oferty deklarację zgodności lub/i certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikującą. | TAK |  |

\* Jako dni robocze zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
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