**8/AMB/2022** **– część nr 7** Załącznik nr 1 do swz

 **FORMULARZ – OFERTOWY** (strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wymagane minimalne parametry****respiratora transportowego** | **Wpisać parametry oferowane** |
| *1* | *2* | ***3*** |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Nazwa, typ | Wpisać nazwę i typ |
|  | Kraj pochodzenia | Wpisać kraj pochodzenia |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2022r**.** | Wpisać rok produkcji |
| 1. | Wentylacja dorosłych, dzieci i niemowląt o masie ciała od 10kg | Wpisać TAK lub NIE |
| 2. | Możliwość zastosowania respiratora podczas transportu pacjenta ambulansem – mocowanie / uchwyt ścienny spełniający wymogi normy PN-EN 1789 w zakresie umocowania w trakcie transportu w ambulansie.  | Wpisać TAK lub NIE |
| 3. | Autotest poprawności działania urządzenia po każdym uruchomieniu respiratora | Wpisać TAK lub NIE |
| 4. | **Parametry wentylacji** : |  |
| a) | Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 3-20 l/min | Wpisać zakres regulacji objetości |
| b) | Regulacja częstości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 5-40 oddechów/min | Wpisać zakres regulacji częstości oddechowej |
| c) |  Niezależna regulacja objętości oddechowej i częstości oddechowej | Wpisać TAK lub NIE |
| d) | Możliwość wykonania przez pacjenta oddechu spontanicznego w dowolnym momencie cyklu wentylacji**Kryterium oceny ofert:** Posiada możliwość - 10 pkt., nie posiada = 0 pkt. | Wpisać TAK lub NIE |
| e) | wartości stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej: 45% lub 100%, 50% lub 100%, 60% lub 100% oraz wentylacja 100% tlenem | Wpisać zakres stężenia tlenu |
| 5. | **Moduł sterowania :** |  |
| a) | zasilanie w tlen o ciśnieniu min. od 2,7 do 6,0 bar | Wpisać zakres ciśnienia zasilania tlenem |
| b) | Zasilanie bateryjne panelu sterowania z czasem pracy baterii min 1 rok | Wpisać TAK lub NIE – podać czas pracy baterii |
| 6. | **Alarmy:** |  |
|  | alarm dźwiękowy:- nadmiernego wzrostu ciśnienia w obwodzie oddechowym- niskiego ciśnienia- rozładowania baterii | Opisać jakie są dostępne alarmy |
| 7. | **Obwód oddechowy :** |  |
| a) | Układ oddechowy tj. rury oddechowe z zaworem pacjenta jednorazowego użytku | Wpisać TAK lub NIE |
| b) | zastawka PEEP regulowana w zakresie nie mniejszym niż 5-20 cmH2 0 z możliwością sterylizacji w autoklawie | Wpisać TAK lub NIE – podać zakres regulacji |
| 8. | **Zakres temperatur stosowania:** |  |
| a) | minimalna temperatura stosowania nie wyższa niż –10ºC | Wpisać minimalną dopuszczalną temperaturę stosowania |
| b) | maksymalna temperatura stosowania nie niższa niż 40ºC | Wpisać maksymalną dopuszczalną temperaturę stosowania |
| 9. | Waga urządzenia bez układu pacjenta nie większa niż 3 kg**Kryterium oceny ofert:** do 2 kg włącznie = 10 pkt.powyżej 2 kg do 2,5 kg włącznie = 5 pkt.od 2,5 kg – 3 kg = 0 pkt. | Wpisać wagę urządzenia |
| 10. | **W zestawie z aparatem:** |  |
| a) | Układ oddechowy pacjenta jednorazowego użytku – 10 szt. | Wpisać TAK lub NIE – ile sztuk |
| b) | przewód ciśnieniowy zasilający w tlen z końcówką szybkozłączką typ AGA min 2 mb - 1 szt. | Wpisać TAK lub NIE |
| c) | uchwyt do mocowania aparatu na ścianie karetki, lub na szynie Modura | Wpisać TAK lub NIE |
| d) | Zastawka PEEP - 1 szt | Wpisać TAK lub NIE |
| 11. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania | Wpisać TAK lub NIE |
| 12. | Przegląd techniczny, bezpłatny w ramach gwarancji, wykonany przez autoryzowany serwis w po kolejnych 12-tu miesiącach użytkowania aparatu, w okresie gwarancji | Wpisać TAK lub NIE |
| 13. | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii do jej usunięcia do 7 dni roboczych | Wpisać gwarantowany czas naprawy |
| 14. | W okresie gwarancji przesłanie aparatu do naprawy lub przyjazd serwisanta będzie na koszt Wykonawcy | Wpisać TAK lub NIE |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim  | Wpisać TAK lub NIE |
| 16. | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą UE 93/42/EEC na aparat | Załączyć zgodnie z SWZ |
| 17. | Certyfikat lub deklaracja potwierdzająca spełnienie wymogów Normy 1789 dla uchwytu/wieszaka na aparat  | Załączyć zgodnie z SWZ |
| 18. | Folder aparatu z opisem parametrów | Wpisać TAK lub NIE |
| 19.  | Gwarancja min, 24 miesiące. Karta gwarancyjna | Wpisać TAK lub NIE |

**Wypełnić kolumnę nr 3**

**Oświadczam**, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów

.....................................................

 podpis Wykonawcy