**Wzór oferty** Załącznik nr 1.

**wraz z opisem przedmiotu zamówienia.**

Wykonawca:

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP:………………….…………………*

*KRS: ……………………………………*

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:

……………………….………………

Nr tel. …………………..…………

mail …………………..……………

**OFERTA CZĘŚĆ 5**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na:

**Dostawa urządzeń chłodniczych, aparatów USG i defibrylatorów w**  **ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym”, znak sprawy SZSPOO.SZP.3810/17/2025,**

**przedstawiamy następującą o**fertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT %*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | Defibrylator  Nazwa:…………………………………………  Typ/ Model: ……………………………………………  Producent: ……………………………………  Kraj……………………………………………. | szt. | 3 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | X | X | X |  | X |  |

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **Defibrylator** |  |  |
| Zasilanie | | | |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci | TAK |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | TAK, podać czas pracy |  |
|  | Ilość defibrylacji z energią min. 200 J przy pracy z dwóch akumulatorów - min. 300 | TAK, podać ilość defibrylacji |  |
|  | Możliwość ładowania akumulatorów z AC 220 V 50 Hz +/- 10% lub zewnętrznej ładowarki 230 V AC | TAK |  |
| Funkcje / Cechy | | | |
|  | Urządzenie przenośne, z impregnowaną torbą transportową, testerem wyładowań | TAK |  |
|  | Ciężar defibrylatora w kg. max.13kg | TAK, podać wagę |  |
|  | Monitorowanie funkcji życiowych: EKG | TAK  Parametr punktowany:  TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | TAK |  |
|  | Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG | TAK |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia | TAK, podać zakres wzmocnienia sygnału |  |
|  | Monitorowanie funkcji życiowych:  SpO2 - Pomiar saturacji krwi tętniczej | TAK  Parametr punktowany:  TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Technologia Masimo | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru min. 50 -100% | TAK, podać zakres |  |
|  | Czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec | TAK |  |
|  | Monitorowanie funkcji życiowych:  NIBP - Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną | TAK  Parametr punktowany:  TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | TAK, podać zakres |  |
|  | Tryb ręczny i automatyczny | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru : oscylometryczna | TAK |  |
|  | Monitorowanie EtCO2 | TAK  Parametr punktowany:  TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Zakres pomiaru EtCO2 : min. od 0 do 99 mmHg | TAK, podać zakres |  |
|  | Akcesoria do pomiaru EtCO2 - kapnografia - PACJENCI ZAINTUBOWANI – zestaw min.20 szt. kaniul pomiarowych | TAK, podać ilość kaniul |  |
|  | Akcesoria do pomiaru EtCO2 - kapnografia - PACJENCI NIEZAINTUBOWANI – zestaw min.20 szt. kaniul pomiarowych | TAK, podać ilość kaniul |  |
|  | Zakres pomiaru częstości oddechu : min. 1 -60 odd./min. | TAK, podać zakres |  |
|  | Monitorowanie funkcji życiowych SpCO i SpMeth / pomiar karboksyhemoglobiny i methemoglobiny | TAK  Parametr punktowany:  TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Pomiar frakcji karboksyhemoglobiny | TAK |  |
|  | Pomiar frakcji methemoglobiny | TAK |  |
| Defibrylacja | | | |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne oraz jednorazowe elektrody naklejane dla dorosłych | TAK |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789. | TAK |  |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | TAK |  |
|  | Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 10 kpl. | TAK, podać ilość |  |
|  | Defibrylacja ręczna | TAK |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna AED | TAK |  |
|  | Zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J | TAK, podać zakres |  |
|  | Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 23 | 23 ≥ - 0 pkt  24 i powyżej – 10 pkt |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
|  | Kardiowersja | TAK |  |
|  | Stymulacja przezskórna serca | TAK |  |
|  | Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | TAK |  |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK, podać ilość impulsów/minutę |  |
|  | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 0 -170 mA | TAK, podać zakres |  |
| Ekran | | | |
|  | Przekątna ekranu min. 8 cala | TAK, podać przekątną |  |
|  | Kolorowy LCD TFT | TAK |  |
|  | Funkcja dobrej widoczności w dużym oświetleniu | TAK |  |
| Reanimacja krążeniowo-oddechowa | | | |
|  | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) | TAK  Parametr punktowany:  TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| Alarmy | | | |
|  | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji |  |  |
|  | Drukarka | TAK |  |
|  | Szerokość papieru min. 90 mm | TAK, podać szerokość |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | TAK, podać ilość kanałów |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | TAK, podać prędkość |  |
| Inne wymagania | | | |
|  | Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | TAK |  |
|  | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania | TAK |  |
|  | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44 | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o akcesoria komunikacyjne do transmisji badań będącej systemem odbioru sygnału przez jednostkę zewnętrzną | TAK |  |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia.  Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku. | TAK |  |
|  | Nieodpłatne dostępy do kodów serwisowych po zakończeniu gwarancji | TAK |  |
|  | Certyfikat CE dostarczony wraz z aparatem | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana wraz z aparatem | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK, podać długość gwarancji |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej