Rozdział II do SIWZ

Pieczęć wykonawcy lub wykonawców ubiegających się wspólnie
o udzielenie zamówienia

Załącznik Nr 1

 .........................................., dnia ................................

ZAMAWIAJĄCY:

Szpital Na Wyspie Sp. z o.o.

www.szpitalnawyspie.pl

e-mail: zp@szpitalnawyspie.pl

tel. (68) 475 76 00, fax (68) 475 77 00

NIP 928-18-52-023

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy (Wykonawcy):

Właściciel:

Adres Wykonawcy:

Powiat: ……………………………………………………………. Województwo:

NIP ……………………………………REGON: ……………………………………………………

Nr tel. ………………/fax: ………………… e-mail:

upełnomocniony przedstawiciel:

**FORMULARZ OFERTOWY – PO MODYFIKACJI**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym pn:

**„Dostawa wysokiej klasy respiratorów i aparatu KTG na potrzeby Szpitala Na Wyspie Sp. z o.o. z siedzibą w Żarach przy ul. Pszennej 2”**

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości szacunkowej poniżej kwot określonych w przepisach wydanych na podstawie art.11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r., nr sprawy: SNW/ZP-371-8/2019.

**Zadanie nr 1**

**Cena netto: ………………….. zł**

**Podatek VAT ………% …………………… zł**

**Cena brutto: ………………………zł, słownie:……………………………………………………...**

**Termin gwarancji ………………….. m-cy (min. 24 m-ce)**

**Zadanie nr 2**

**Aparat KTG - Cena netto: ………….. zł, VAT …………. %, cena brutto: ……………………. zł**

**Wózek do aparatu - Cena netto: ………….. zł, VAT …………. %, cena brutto: ………………. zł**

**RAZEM (aparat KTG + wózek): Wartość netto ……………zł, słownie:…………………………**

 **Wartość brutto:………………..słownie:…………………...**

**Termin gwarancji ………………….. m-cy (min. 24 m-ce)**

Zgodnie z wypełnionym formularzem asortymentowo-cenowym wg załącznika od nr 1.1-1.2.

**A. Oświadczenia Wykonawcy:**

1. Powyższa cena obejmuje pełny zakres przedmiotu zamówienia objęty dokumentacją

 przetargową jak również wszystkie inne koszty, które są związane z wykonaniem przedmiotu

 zamówienia.

1. Uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
2. Oferowany w Zadaniu nr …………….. sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. zgodnie z wymaganiami zasadniczymi zawartymi w Dyrektywie 93/42/EWG oraz zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211 z późn. zm.).
3. Oświadczamy, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia istotne dla stron postanowienia umowy (projekt umowy) zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wymienionych w nich warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń, oraz że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
5. Akceptujemy wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia termin związania ofertą.

**B. Zobowiązania Wykonawcy w przypadku przyznania zamówienia:**

W przypadku przyznania zamówienia zobowiązuje się do:

1. zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,

2. realizację przedmiotu zamówienia w terminie ………….tygodni,

3. wyznaczenie osób do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji przedmiotu umowy:

 …………………………………………………………………….., e-mail:………………………………………….

 Tel./fax…………………………………………………………………………………………………………………

**C. Podwykonawcy:**

* 1. Dostawa będąca przedmiotem niniejszego postępowania wykonamy \*samodzielnie / z udziałem podwykonawców[[1]](#footnote-1)\*

\*\*Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do zawarcia umowy z podwykonawcami:

1) ………………………………………… w zakresie…………………………………………………………….

 \*) wybrać odpowiednio.

 \*\*) wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców,

**D. Tajemnica przedsiębiorstwa:**

Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 8 ust. 3 ustawy Pzp z dnia 29.01.2004r. zastrzegam, że informacje:

…………………………………………………………………………………………………………………………

(wymienić czego dotyczą)

Zawarte w następujących dokumentach:

………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art.. 11 ust. 4 ustawy z 16.04.1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018r., poz. 419 ze zm.) i nie mogą być ujawnione innym uczestnikom postępowania.

Jednocześnie wskazuję, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, ponieważ:

**UZASADNIENIE**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Uwaga:***

*Zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem „tajemnica przedsiębiorstwa” i złożone w odrębnej kopercie wewnętrznej, a na ich miejscu w dokumentacji zamieszczone stosowne odsyłacze.*

**E. Obowiązek podatkowy (art. 91 ust. 3a ustawy Pzp)**

Składając niniejsza ofertę, zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp informujemy, że wybór naszej oferty:

PROWADZI NIE PROWADZI (odpowiednie zaznaczyć)

Do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczać.

**F. Informacje o wykonawcy:**

**- Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą**: NIE TAK\*

- **Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej**: TAK NIE\*
Skrót literowy nazwy państwa:

- **Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej:** TAK NIE\*
Skrót literowy nazwy państwa:

\*(zaznaczyć odpowiednie)

**G. Oświadczenie wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**H. Spis treści**

Na potwierdzenie spełniania warunków do formularza ofertowego załączamy następujące dokumenty:

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

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

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

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

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

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

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

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

Oświadczam/my, że zgodnie z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm), jestem w pełni świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania niniejszego zamówienia publicznego.

………………………………………... dnia ……………………………

 …………………………………………………………………….

Pieczątka imienna lub nazwisko i imię Wykonawcy lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu oraz podpis/y

Rozdział II do SIWZ

Załącznik Nr 4

**Zadanie nr 1**

ZESTAWIENIE MINIMALNYCH PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH - **PO MODYFIKACJI**

**Respirator – 2 szt**

Wykonawca gwarantuje, że poszczególne urządzenia wchodzące w skład przedmiotu zamówienia spełniać będą wskazane poniżej wymagania eksploatacyjno techniczne i jakościowe.

**UWAGA:** w rubryce „Odpowiedź oferenta” Wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub „NIE” w rubryce parametry oferowane podać wielkość, zakresu parametru, cechę, funkcję, parametr, albo opis, itp.

**Respirator – 2 szt**

Pełna nazwa urządzeń, typ/model:

Producent:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji: rok produkcji min. 2015 r.

| Lp. | OPIS | Wymogigraniczne | Odpowiedź oferenta TAK/NIE | Parametry oferowane(podać zakresy lub opisać) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat podemonstracyjny nie starszy niż 2016 r. po aktualnym przeglądzie technicznym wykonanym przez autoryzowany serwis. | TAK |  |  |
| II | WYMAGANIA OGÓLNE |
|  | Respirator wysokiej klasy dla dzieci i dorosłych przeznaczony do stosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia. Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej – 4 koła | TAK |  |  |
|  | Zakres wagowy obejmuje pacjentów powyżej 5 kg. | TAK |  |  |
|  | Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,8 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor. | TAK |  |  |
|  | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,8 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor. | TAK |  |  |
|  | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz+/-10% | TAK |  |  |
|  | Awaryjne zasilanie z wbudowanego akumulatora na nie mniej niż 0,5 godziny pracy  | TAK |  |  |
|  | Możliwość wymiany akumulatora (bez przerwy w pracy respiratora) przez obsługę w trakcie pracy respiratora przy zasilaniu akumulatorowym | TAK |  |  |
| **II** | **TRYBY WENTYLACJI** |
|  | Wentylacja wspomagana/kontrolowanaCMV/ Assist – IPPV | TAK |  |  |
|  | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV | TAK |  |  |
|  | Wentylacja spontaniczna | TAK |  |  |
|  | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | TAK |  |  |
|  | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV | TAK |  |  |
|  | Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej) | TAK  |  |  |
|  | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV | TAK |  |  |
|  | Wdech manualny | TAK |  |  |
|  | Oddech kontrolowany objętością VCV | TAK |  |  |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | TAK |  |  |
|  | Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ | TAK |  |  |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB | TAK |  |  |
|  | Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej typu ATC, TC, TRC | TAK |  |  |
|  | Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PAV+ zgodne z algorytmem Younesa umożliwiające naturalną zmienność wzorca oddechowego z automatycznym dostosowaniem wspomagania do zmian mierzonych parametrów płuc - minimum podatności, elastancji i oporów oddechowych pacjenta lub Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PPS bez automatycznego dostosowywanie wspomagania ale z możliwością przełączenia na wentylację ze zmiennym wspomaganiem ciśnieniowym Variable Pressure Support, generującą zmienne ciśnienie wspomagania, mechanicznie naśladujące zmienność naturalnego trybu oddechowego lub Wentylacja Wspomagana Adaptacyjnie z automatycznym dostosowaniem poziomu PEEP i FiO2 oraz wentylacji minutowej zgodnie z algorytmem inteligentnej wentylacji w zależności od zmierzonych parametrów życiowych pacjenta lub Wentylacja NAVA z min 50 akcesoriami niezbędnymi do zastosowania trybu i modułem do każdego oferowanego respiratora lubModuł do każdego respiratora wraz z min 50 akcesoriami przeznaczeniem do pracy na oddziałach intensywnej terapii medycznej do prezentacji parametru VCO2- wytwarzania dwutlenku węgla, VO2- zużycia tlenu, EE- pomiar wydatku energetycznego, RQ- wskaźnika oddechowego | TAK |  |  |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV | TAK |  |  |
| IIII | **PARAMETRY NASTAWIALNE** |
|  | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 100 na minutę | TAK |  |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2000 ml | TAK |  |  |
|  | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 3 do150 l/min | TAK |  |  |
|  | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 9 do 4:1  | TAK |  |  |
|  | Czas wdechu Ti od 0.2 do 5.0s | TAK |  |  |
|  | Czas plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s. | TAK |  |  |
|  | Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 80 cmH2O | TAK |  |  |
|  | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 60 cmH2O | TAK |  |  |
|  | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH2O | TAK |  |  |
|  | Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB | TAK |  |  |
|  | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 50% | TAK Podać |  |  |
|  | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 l/min | TAK |  |  |
|  | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,4 do 15 cmH2O | TAK Podać |  |  |
|  | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie przez mieszalnik elektroniczno -pneumatyczny kontrolowany mikroprocesorowo w zakresie od 21 do 100% co 1%. | TAK |  |  |
| IIV | **POMIARY PARAMETRÓW**  |
|  | Integralny pomiar stężenia tlenu | TAK |  |  |
|  | Pomiar całkowitej częstości oddychania | TAK |  |  |
|  | Pomiar objętości pojedynczego oddechu | TAK |  |  |
|  | Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej | TAK |  |  |
|  | Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej | TAK |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia szczytowego | TAK |  |  |
|  | Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym | TAK |  |  |
|  | Pomiar stosunku wdech/wydech I:E | TAK |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia plateau | TAK |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia PEEP/CPAP | TAK |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia AutoPEEP | TAK |  |  |
|  | Pomiar podatności statycznej płuc pacjenta | TAK |  |  |
|  | Pomiar oporności wdechowej płuc pacjenta | TAK |  |  |
|  | Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. | TAK |  |  |
|  | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms. | TAK |  |  |
|  | Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) | TAK |  |  |
|  | Pomiar objętości przecieku w fazie wdechu przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | TAK |  |  |
|  | Pomiar przecieku w fazie wydechowej przy danym ciśnieniu PEEP przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności  | TAK |  |  |
| **V** | **MONITOR GRAFICZNY** |
|  | Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14” do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji | TAKPodać przekątną całkowitą |  |  |
|  | Dodatkowy kolorowy monitor, wyświetlacz na którym prezentowane są podstawowe parametry respiratora, komunikaty alarmowe w przypadku uszkodzenia podstawowego ekranu | TAK/NIE |  |  |
|  | Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora | TAK |  |  |
|  | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu Co najmniej 3 krzywe jednocześnie na ekranie | TAK |  |  |
|  | Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość lub przepływ- objętość. | TAK |  |  |
|  | Możliwość prezentacji danych z ostatnich 48 godzin . Trendy w postaci graficznej i tabelarycznej  | TAKPodać |  |  |
| VVI | **ALARMY / SYGNALIZACJA** |
|  | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | TAK |  |  |
|  | Alarm wizualny ma być widoczny z każdej strony respiratora w zakresie 360o , nawet gdy obsługa znajduje się z tyłu respiratora | TAK |  |  |
|  | Alarm zaniku zasilania sieciowego | TAK |  |  |
|  | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | TAK |  |  |
|  | Alarm niskiego ciśnienia tlenu | TAK |  |  |
|  | Alarm niskiego ciśnienia powietrza  | TAK |  |  |
|  | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | TAK |  |  |
|  | Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej | TAK |  |  |
|  | Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej | TAK |  |  |
|  | Alarm wysokiego ciśnienia  | TAK |  |  |
|  | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego | TAK |  |  |
|  | Alarm wysokiej częstości oddechów | TAK |  |  |
|  | Alarm wysokiej objętości oddechowej | TAK |  |  |
|  | Alarm niskiej objętości oddechowej | TAK |  |  |
|  | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | TAK |  |  |
|  | Alarm rozłączenia układu pacjenta | TAK |  |  |
|  | Pamięć alarmów z komentarzem | TAK |  |  |
| VVII | **INNE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE** |
|  | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | TAK Podać |  |  |
|  | Możliwość wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, APRV | TAK |  |  |
|  | Próba oddechu spontanicznego SBT | TAK |  |  |
|  | Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji | TAK  |  |  |
|  | Funkcja Stand-by. Respirator musi mieć możliwość świadomego odłączenia układu oddechowego od pacjenta, z zawieszeniem wszystkich alarmów. Po ponownym podłączeniu układu oddechowego respirator powinien automatycznie rozpocząć wentylacje z parametrami z przed rozłączenia. | TAK |  |  |
|  | Wentylacja bezpieczeństwa. Respirator posiada, możliwość (zdublowane niektóre elementy) prowadzenia wentylacji pacjenta nawet przy uszkodzeniu niektórych elementów pneumatyki i elektroniki. Respirator alarmuje i informuje o uszkodzeniu ale nadal kontynuuje wentylację. | TAK |  |  |
|  | Szybki start wentylacji. Respirator posiada bezpieczną wentylację startową. Umożliwia podłączenie pacjenta i włączenie respiratora bez wybierania i ustawiania jakichkolwiek parametrów. Po rozpoczęciu wentylacji możliwa jest korekcja ustawień trybu wentylacji oraz wszystkich parametrów | TAK |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | TAK  |  |  |
|  | Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk  | TAK |  |  |
|  | Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu | TAK |  |  |
|  | Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta oraz na podstawie wzrostu i płci pacjenta | TAK |  |  |
|  | Test aparatu sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika | TAK  |  |  |
|  | Wydechowy filtr przeciwbakteryjny z pojemnikiem na skropliny dla każdego respiratora (100 filtrów jednorazowych). Konstrukcja respiratora uniemożliwiająca użycie urządzenia bez filtra | TAK |  |  |
|  | Wdechowy filtr przeciwbakteryjny dla każdego respiratora (100 filtrów jednorazowych) | TAK |  |  |
|  | Sztuczne płuco testowe- worek testowy dla każdego respiratora | TAK |  |  |
|  | Ramię do podtrzymywania rur pacjenta. | TAK |  |  |
|  | Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowy. 10 kompletnych układów do każdego respiratora | TAK |  |  |
|  | ~~Nebulizator wielorazowy nie wymagający przepływu gazu do napędu, do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami intubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. MMAD < 4.0 µm. Do każdego respiratora jeden kompletny zestaw t.~~ | ~~TAK~~ |  | **POZYCJA WYKREŚLONA** |
|  | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora. | TAK |  |  |
| IX | POZOSTAŁE |  |  |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim  | TAK |  |  |
|  | Instalacja i uruchomienie | TAK |  |  |
|  | Szkolenie użytkowników pracujących w trybie zmianowym w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu w cenie dostawy | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (drukowana wersja; dostawa do każdego aparatu) | TAK |  |  |
|  | Dołączony dokument od producenta upoważniający Wykonawcę do sprzedażyi serwisowania aparatu w Polsce | TAK |  |  |

**Uwaga:**

1. Okres gwarancji ……………m-cy (min. 24 miesiące), obejmujący cały przedmiot zamówienia wraz z serwisem gwarancyjnym od zainstalowania i uruchomienia przedmiotu zamówienia, potwierdzonego podpisanym protokołem końcowym.
2. Parametry, których wartość określona jest w rubryce „Wymogi graniczne” stanowią wymagane, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym u producenta. W przypadku wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji sprzętu i jego parametrów technicznych.
4. Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
5. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

.................................... dnia .................... ……………………………………………

 podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

Rozdział II do SIWZ

Załącznik Nr 5

**Zadanie nr 2**

ZESTAWIENIE MINIMALNYCH PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH - **PO MODYFIKACJI**

Aparat KTG – 1 szt

Wykonawca gwarantuje, że poszczególne urządzenia wchodzące w skład przedmiotu zamówienia spełniać będą wskazane poniżej wymagania eksploatacyjno techniczne i jakościowe.

**UWAGA:** w rubryce „oferowane warunki i parametry” Wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub „NIE” lub podać wielkość, zakresu parametru, cechę, funkcję, parametr, albo podać wielkość, itp.

**Aparat KTG – 1 szt**

Pełna nazwa urządzenia, typ/model:

Producent:

Kraj:

Rok produkcji: rok produkcji min. 2019 r.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | OPIS | Wymogigraniczne | Odpowiedź oferenta TAK/NIE | Parametry oferowane(podać zakresy lub opisać) |
| 1 | Przetwornik ultradźwiękowy 1 MHz, wodoszczelny – 1 szt. | TAK |  |  |
| 2 | Zakres odczytu dla przetwornika ultradźwiękowego – min. 30-240 bpm | TAK |  |  |
| 3 | Natężenie fali ultradźwiękowej dla przetwornika ≤ 1 mW/cm² | TAK/Podać |  |  |
| 4 | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży bliźniaczej | TAK |  |  |
| 5 | Monitorowanie saturacji krwi rodzącej  | TAK |  |  |
| 6 | Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi rodzącej | TAK |  |  |
| 7 | Dokładność obliczania częstości pracy serca płodu ± 0,25bpm w całym zakresie pomiarowym | TAK/Podać |  |  |
| 8 | Zewnętrzny przetwornik Toco, wodoszczelny – 1 szt. | TAK |  |  |
| 9 | Funkcja ręcznego i automatycznego zerowania Toco | TAK |  |  |
| 10 | Aparat posiada możliwość ustawienia bazowej Toco „0” , „10”, „20” | TAK/Podac |  |  |
| 11 | Możliwość zamocowania przetworników na uchwytach przy aparacie | TAK |  |  |
| 12 | Znacznik zdarzeń dla pacjentki | TAK |  |  |
| 13 | Funkcja automatycznego wykrywania ruchów płodu i wydruk wykresu aktywności ruchowej płodu | TAK |  |  |
| 14 | Znacznik zdarzeń dla personelu z możliwością wyboru opcji wbudowanych | TAK |  |  |
| 15 | Alarmy utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika  | TAK |  |  |
| 16 | Licznik czasu badania NST | TAK |  |  |
| 17 | Min. 3-stopniowy wskaźnik jakości odbieranego sygnału | TAK |  |  |
| 18 | Możliwość wprowadzenia do pamięci aparatu daty i czasu oraz danych użytkownika, szpitala, przychodni. | TAK |  |  |
| 19 | Rozbudowana baza danych zapisów KTG wraz z kalkulatorem ciąży, danymi pacjentki, ciąży, badania KTG | TAK |  |  |
| 20 | Pojedyncza, możliwa do zapamiętania sesja zapisu KTG nie krótsza niż 90 godzin | TAK |  |  |
| 21 | Wbudowana drukarka termiczna o wysokiej rozdzielczości z możliwością wydruku na papierze Sonicaid, Philips, GE Corometrics. (papier gładki i wstępnie zadrukowany) | TAK |  |  |
| 22 | W aparat KTG wbudowane dwie analizy z interpretacją : przedporodowa  oraz śródporodowa stosowana podczas rozpoczętej akcji porodowej | TAK/Podać |  |  |
| 23 | Wbudowana automatyczna komputerowa kliniczna analiza przedporodowa monitorowanych danych z wydrukiem raportu | TAK/Podać |  |  |
| 24 | Analizowanie przynajmniej 14 parametrów zapisu KTG (min. STV, LTV, wyznaczanie linii bazowej, oznaczanie obszarów wysokiej i niskiej zmienności) | TAK/Podać |  |  |
| 25 | Aparatu wyposażony w podświetlenie drukarki. (umożliwia ocenę wydruku w zaciemnionym pomieszczeniu np. w nocy) | TAK |  |  |
| 26 | Drukarka umożliwia zapis ciąży mnogiej na tym samym wykresie , z przesunięciem o 20 bpm , lub na osobnych skalach (dotyczy papieru bez podziałki)  | TAK |  |  |
| 27 | Dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej ≥8” , umożliwiający podgląd monitorowanych parametrów w formie cyfrowej i graficznej. | TAK |  |  |
| 28 | Wyświetlacz LCD ze zmiennym tłem i podświetleniem – w zależności od potrzeb | TAK |  |  |
| 29 | Obsługa aparatu wyłącznie przez ekran dotykowy | TAK |  |  |
| 30 | Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach  | TAK |  |  |
| 31 | Brak fizycznych przycisków na obudowie – zapewnia dokładną dezynfekcję i utrzymanie w czystości | TAK |  |  |
| **32** | Współpraca z cyfrowymi systemami centralnego monitorowania oraz oprogramowaniem komputerowym **Oferowany aparat KTG musi współpracować z posiadanym przez Zamawiającego systemem nadzoru okołoporodowego FETAL CARE 3** | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość współpracy z telemetrią | TAK |  |  |
| 34 | Aparat wyposażony w wewnątrz pamięć z możliwością rozbudowy pojemności | TAK |  |  |
| 35 | Aparat wyposażony w 2 porty USB umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną. | TAK |  |  |
| 36 | Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury | TAK |  |  |
| 37 | Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i jeden port LAN  | TAK |  |  |
| **38** | Aparat wyposażony w kliniczna komputerową analizę zapisu KTG z zawansowaną interpretacją opartą na wstępnie **wprowadzonym wieku ciąży.** | TAK |  |  |
| 39 | Waga nie więcej niż 6 kg | TAK |  |  |
| 40 | Wymiary 32 x 23 x 24cm | TAK |  |  |
| 41 | Aparat wyposażony w akumulator umożliwiający monitorowanie bez podłączenia do sieci elektrycznej | TAK |  |  |
| 42 | Dołączony dokument od producenta upoważniający Wykonawcę do sprzedażyi serwisowania aparatu w Polsce | TAK |  |  |
| **43** | **Wózek do aparatu z półka na akcesoria.** | TAK |  |  |

**Uwaga:**

1. Okres gwarancji ……………m-cy (min. 24 miesiące), obejmujący cały przedmiot zamówienia wraz z serwisem gwarancyjnym od zainstalowania i uruchomienia przedmiotu zamówienia, potwierdzonego podpisanym protokołem końcowym.
2. Parametry, których wartość określona jest w rubryce „Wymóg” stanowią wymagane, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
4. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

.................................... dnia .................... ……………………………………………

 podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

1. [↑](#footnote-ref-1)