

..... dnia

.....
[pieczęćka firmowa]**OFERTA****I. DANE WYKONAWCY:**

1. Pełna nazwa

.....

2. Przedstawiciel producenta*

.....

3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]

.....

.....

4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]

.....

.....

5. REGON

6. Telefon [z numerem kierunkowym]

7. Faks [z numerem kierunkowym]

8. E-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:
Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa
 reprezentujący na podstawie udzielonych pełnomocnictw

1. **Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**
2. **Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie**

znak: **ZZZ-209/17** na:**DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH APARATÓW DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO W LICZBIE 5 SZTUK****PAKIET II**

III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH APARATÓW DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO W LICZBIE 5 SZTUK

PAKIET II

1. Cena oferty

Łączna wartość wpisana w kolumnie 5 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert: 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA BRUTTO ZA 1 SZTUKĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*	ILOŚĆ	% VAT	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3	4	5
APARAT DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO				
PRODUCENT	-zł	5		-zł
TYP				
ROK PRODUKCJI				

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 5 – wynosi słownie:

.....

2. Parametry jakościowe/techniczne przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert : 40 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Wartość punktowa w kryterium nr 2 parametry jakościowe/techniczne przedmiotu zamówienia dokonana będzie na podstawie szczegółowego opisu parametrów podlegających ocenie, który stanowi Załącznik nr 3 do formularza oferty.

(UWAGA: należy wypełnić Załącznik nr 3 do oferty)

IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

1. **Terminy, wielkość i warunki dostawy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 1 i 3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy, wielkości i warunki dostaw określone w rozdz. V pkt 1 i 3 SIWZ.

2. **Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące świadectwa i certyfikaty** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Nazwa dokumentu
..... zał. nr

Nazwa dokumentu
..... zał. nr

Nazwa dokumentu

..... zał. nr

3. Okres i warunki gwarancji [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję okres i warunki gwarancji określone w załączniku nr 2 zgodnie z rozdz. V pkt 4 SIWZ.

4. Warunki płatności [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 5 SIWZ.

5. Sposób kalkulacji ceny [Zgodnie z rozdziałem V pkt 6 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 6 SIWZ.

6. Obowiązki wykonawcy [Zgodnie z rozdziałem V pkt 7 SIWZ]:

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 7 SIWZ.

V. WPLATA WADIUM

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:

..... zał. nr

2. Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:

.....
(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)

VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW

VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 8 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić

IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I pkt 23 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....
i określenie czego dotyczy :

.....
Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :
.....

X. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Ponadto oświadczamy, że:

- dostarczony przedmiot zamówienia będzie spełniał wszystkie wymagania zawarte w SIWZ, oraz będzie gotowy do eksploatacji bez żadnych dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego,
- jesteśmy związani ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne	
3.	Zestawienie parametrów ocenianych aparatury medycznej	
4.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające spełnienie parametrów ocenianych <i>(jeżeli nie występują w postaci FMI)</i>	

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTYPOSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP-209/17**PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:**DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH APARATÓW
DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO - PAKIET II***Pieczęć ubiegającego się o zamówienie***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu
ubiegania się o zamówienie publiczne.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach
lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne*
- wydano wyrok lub decyzję*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

**niepotrzebne skreślić*

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-209/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH APARATÓW
DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO - PAKIET II*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

APARAT DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO _____

PRODUCENT _____

TYP _____

ROK PRODUKCJI _____

Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne

L.P.	OPIS PARAMETRU / WARUNKU	Parametr wymagany	Parametr oferowany/ podać
1.	WYMOGI OGÓLNE		
1.1	Oferowane urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, rok produkcji min. 2017	TAK, podać	
1.2	Oferowane urządzenie musi być nieużywane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe)	TAK	
1.3	Od Wykonawcy wymaga się dostarczenia w dniu podpisania umowy wytycznych instalacyjnych/dokumentacji techniczno-ruchowej niezbędnej do zainstalowania i uruchomienia urządzenia.	TAK	
1.4	Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym, a w razie konieczności przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej.	TAK	
1.5	Wykonawca gwarantuje, że sprzęt jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów	TAK	
1.6	Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski, 8) certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych- należy dosłać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia.	TAK	

1.7	Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 8 lat od daty sprzedaży urządzenia (dla sprzętu IT okres wynosi min. 5 lat)	TAK, podać	
1.8	Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami)	TAK/NIE	
1.9	Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną	TAK	
1.10	Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną (max. 72 - miesięczną) gwarancję prawidłowego działania oferowanego urządzenia od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne oraz serwis (pełna gwarancja)	TAK, podać	
2	APARAT DO ZNIECZULANIA – 9 SZT.		
2.1	nazwa produktu	podać	
2.2	model/typ	podać	
2.3	producent	podać	
2.4	Aparat na podstawie jezdnej z blokadami na wszystkich kołach lub z blokadą centralną dla wszystkich kół	TAK, podać	
2.5	Wymiary zewnętrzne (wys. x szer. x gł.) (cm)	podać	
2.6	Zasilanie 230 V, 50 Hz	TAK, podać	
2.7	Awaryjne zasilanie elektryczne podtrzymujące pracę przez minimum 80 min.	TAK, podać	
2.8	Błat do pisania	TAK, podać	
2.9	Zasilanie gazowe (N ₂ O, O ₂ , powietrze) z sieci centralnej	TAK, podać	
2.10	Ssak z regulacją siły ssania i zbiornikiem minimum 1 litr na wydzielinę	TAK, podać	
2.11	Precyzyjne elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza	TAK, podać	
2.12	Wyświetlanie przepływów gazów na ekranie aparatu	TAK, podać	
2.13	Czujniki przepływu, wewnętrzne, nie podatne na uszkodzenia – pomiar ultradźwiękowy	TAK/NIE	
2.14	Przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi i minimalnymi przepływami	TAK, podać	
2.15	Minimalny przepływ świeżych gazów na poziomie 300ml/min lub niższym	TAK, podać	
2.16	Przepływ wdechowy o zakresie osiągalnym min. 170 l/min	TAK, podać	
2.17	Przepływ wdechowy o dużym zakresie powyżej 190 l/min	TAK/NIE	
2.18	Wbudowany awaryjny zapasowy mechaniczny przepływomierz tlenowy z przepływem tlenu minimum do 10l/min.	TAK, podać	
2.19	Wbudowany przepływomierz tlenowy niezależny od układu okrężnego do stosowania podczas znieczuleń przewodowych z przepływem minimum do 15l/min.	TAK, podać	
2.20	System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie z podtlenkiem azotu na poziomie minimum 25%	TAK, podać	

2.21	System aktywnego i wielostopniowego, automatycznego zwiększania przepływu świeżych gazów oraz stężenia tlenu w przypadku zagrożenia hipoksją	TAK, podać	
2.22	Automatyczny układ bezpieczeństwa podający tlen w przypadku nadmiernego przecieku w układzie rur pacjenta	TAK, podać	
2.23	Mieszalnik sterowany elektronicznie	TAK, podać	
2.24	Mieszalnik świeżych gazów zapewniający stałe stężenie tlenu przy zmianie wielkości przepływu świeżych gazów	TAK, podać	
2.25	Regulowana ciśnieniowa elektroniczna zastawka APL z odczytem wartości cyfrowej na monitorze	TAK/NIE	
2.26	Aparaty przystosowane do rozbudowy o funkcję automatycznie regulowanego przepływu świeżych gazów mającego na celu osiągnięcie określonego poziomu EtAA	TAK, podać	
2.27	Możliwość rozbudowy o funkcję automatycznej regulacji przepływu świeżych gazów w celu osiągnięcia docelowego FiO2 oraz zakładanego końcowo wydechowego poziomu środka anestetycznego z regulowaną prędkością, w określonym przez użytkownika czasie i możliwością automatycznego ustawiania przepływu gazów do pracy z minimalnymi przepływami	TAK/NIE	
2.28	W pełni elektroniczny system sterowania parownikiem (nie dopuszcza się regulacji mechanicznej/ręcznej)	TAK, podać	
2.29	Elektronicznie sterowany system podający świeży gaz na wyższym poziomie w fazie wdechu i na niższym poziomie w fazie wydechu, pozwalając na zmniejszanie zużycia środków anestetycznych	TAK/NIE	
3	UKŁAD ODDECHOWY		
3.1	Kompaktowy układ oddechowy okrężny o niskiej podatności do wentylacji dzieci i dorosłych	TAK, podać	
3.2	Układ oddechowy o prostej budowie, łatwy do wymiany i sterylizacji pozbawiony lateksu o całkowitej pojemności nie większej niż 3,5l. (nie licząc worka i rur oddechowych)	TAK, podać	
3.3	Kompensacja podatności układu oddechowego	TAK, podać	
3.4	Układ przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym i półzamkniętym	TAK, podać	
3.5	Reflektor objętości będący zbiornikiem oddechu zwrotnego działający jako sztywny zasobnik bez elementów ruchomych, pozwalający na podaż wysokich objętości oddechowych do min. 2000 ml oraz stosowanie niskich przepływów świeżych gazów	TAK/NIE	
3.6	Obejście tlenowe o wydajności minimum 50 l/min.	TAK, podać	
3.7	Pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej	TAK, podać	
3.8	Pojemność wielorazowego pochłaniacza maksymalnie 1 litr	TAK, podać	
3.9	Możliwość stosowania zamiennych pochłaniaczy wielorazowych i jednorazowych	TAK, podać	
3.10	Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną	TAK, podać	
3.11	Respirator wbudowany w aparat	TAK, podać	
4	TRYBY WENTYLACJI		

4.1	Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej po przełączeniu przy pomocy dwustopniowej dźwigni mechanicznej z wentylacji mechanicznej	TAK, podać	
4.2	Tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny	TAK, podać	
4.3	Tryb wentylacji objętościowo zmienny	TAK, podać	
4.4	SIMV – synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona w trybie objętościowym i ciśnieniowym	TAK, podać	
4.5	Precyzyjny wyzwalacz przepływowy z ręczną regulacją czułości	TAK, podać	
4.6	Precyzyjny wyzwalacz ciśnieniowy z ręczną regulacją czułości	TAK, podać	
4.7	Szeroki zakres regulacji wyzwalacza ciśnieniowego min. od -1 do -20 cm H ₂ O	TAK/NIE	
4.8	Tryb wentylacji typu PSV z zabezpieczeniem na wypadek bezdechu	TAK, podać	
4.9	Tryb wentylacji ciśnieniowej z gwarantowaną (docelową) objętością PRVC lub AutoFlow	TAK, podać	
4.10	Możliwość włączenia przez użytkownika opcji pracy w krążeniu pozaustrojowym HLM	TAK, podać	
4.11	Przyciski szybkiego dostępu zmiany przepływów i stężeń tlenu, sterowanie z ekranu dotykowego lub przyciskiem	TAK, podać	
4.12	Zakres PEEP minimum od 0 do 40 cm H ₂ O	TAK, podać	
4.13	Szeroki zakres regulacji ciśnienia PEEP minimum od 0 do 50 cm H ₂ O	TAK/NIE	
4.14	Regulacja stosunku wdechu do wydechu minimum 4:1 do 1:9	TAK, podać	
4.15	Regulacja częstości oddechu minimum od 4 do 100 /min - wentylacja objętościowa i ciśnieniowa	TAK, podać	
4.16	Zakres regulacji objętości oddechowej minimum od 20 do 2000 ml	TAK, podać	
4.17	Regulacja ciśnienia wdechu minimum: od 0 do 80 cm H ₂ O	TAK, podać	
4.18	Regulacja ciśnienia wdechu w szerokim zakresie minimum: od 0 do 100 cm H ₂ O	TAK/NIE	
4.19	Regulacja wspomaganie ciśnieniowego minimum: od 0 do 80 cm H ₂ O	TAK, podać	
4.20	Regulacja wspomaganie ciśnieniowego w szerokim zakresie minimum: od 0 do 100 cmH ₂ O	TAK/NIE	
5	ALARMY		
5.1	Niskiej pojemności minutowej MV i częstości oddechowej z regulowanymi progami	TAK, podać	
5.2	Alarm maksymalnego ciśnienia wdechowego	TAK, podać	
5.3	Alarm braku zasilania w energię elektryczną	TAK, podać	
5.4	Alarm braku zasilania w gazy	TAK, podać	
5.5	Alarm Apnea	TAK, podać	
5.6	Alarmy o różnych poziomach ważności	TAK, podać	
5.7	Ustawienie granic alarmowych ręczne i automatyczne	TAK, podać	
6	POMIAR I OBRAZOWANIE		

6.1	Pomiar stężenia tlenu w gazach oddechowych mierzony za pomocą czujnika paramagnetycznego	TAK, podać	
6.2	Pomiar objętości oddechowej TV	TAK, podać	
6.3	Pomiar pojemności minutowej MV	TAK, podać	
6.4	Pomiar częstotliwości oddechowej f	TAK, podać	
6.5	Pomiar ciśnienia szczytowego	TAK, podać	
6.6	Pomiar ciśnienia Plateau	TAK, podać	
6.7	Pomiar ciśnienia średniego	TAK, podać	
6.8	Pomiar ciśnienia PEEP	TAK, podać	
6.9	Stężenie wdechowe i wydechowe tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania	TAK, podać	
6.10	Pomiar stężenia środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej dla: podtlenku azotu, izofluranu, sevofluranu, desfluranu w aparacie do znieczulania	TAK, podać	
6.11	Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i pomiar MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta w aparacie do znieczulania	TAK, podać	
6.12	Pomiar i obrazowanie spirometrii minimum: ciśnienie – objętość przepływ – objętość	TAK, podać	
6.13	Pomiar z wyświetlaniem podatności dynamicznej	TAK, podać	
6.14	Pomiar z wyświetlaniem podatności statycznej	TAK, podać	
6.15	Pomiar z wyświetlaniem elastancji	TAK/NIE	
6.16	Pomiar z wyświetlaniem stałej czasowej	TAK, podać	
6.17	Ekran kolorowy dotykowy do prezentacji parametrów znieczulania i krzywych, o przekątnej min. 15 cali	TAK, podać	
6.18	Ekran umieszczony na ruchomym wysięgniku/ramieniu (nie dopuszcza się ekranu wbudowanego w aparat) z możliwością zmiany położenia ramienia oraz ekranu w celu łatwiejszej obserwacji wyświetlanych parametrów	TAK/NIE	
6.19	Możliwość płynnego obrotu ekranu o min. 200 stopni pozwalającego zachować ergonomię pracy	TAK/NIE	
6.20	Prezentacja prężności dwutlenku węgla - CO2 wdechowym i wydechowym w aparacie do znieczulania	TAK, podać	
6.21	Obrazowanie krzywej koncentracji anestetyku wziewnego w aparacie do znieczulania	TAK, podać	
6.22	Obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych w aparacie do znieczulania	TAK, podać	
6.23	Trendy obejmujące minimum 8 godz. zapisu	TAK, podać	
6.24	Możliwość podłączenia elektronicznie sterowanych parowników/kaset/modułów do sevofluranu, isofluranu i desfluranu (nie dopuszcza się parowników mechanicznie/ręcznie sterowanych)	TAK, podać	

6.25	Współpracujące z aparatem parowniki/kasety/moduły elektronicznie sterowane z poziomu ekranu, z zabezpieczeniem przed przelaniem, z podświetleniem poziomu środka, oraz alarmem zbyt niskiego poziomu środka wziewnego, z możliwością napełniania podczas znieczulania bez potrzeby dekompresji parownika/kasety/modułu	TAK/NIE	
7	INNE		
7.1	W zestawie z każdym aparatem elektronicznie sterowany parownik/kaseta/moduł do sevofluranu i desfluranu	TAK, podać	
7.2	Uchwyt do mocowania monitora parametrów życiowych pacjenta	TAK, podać	
7.3	Możliwość wymiany danych poprzez port USB	TAK, podać	
7.4	Możliwość kopiowania trendów i dzienników przypadków na pamięć USB każdego typu, bez specjalnych zabezpieczeń producenta aparatu	TAK/NIE	
7.5	Komunikacja z aparatem w języku polskim	TAK, podać	
7.6	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	TAK, podać	
8	MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH PACJENTA –montowany na aparacie		
8.1	Monitor modułowy lub kompaktowy. Kolorowy ekran LCD TFT wysokiej jakości o przekątnej min. 15”	TAK, podać	
8.2	Prezentacja min. 6 krzywych dynamicznych na ekranie.	TAK, podać	
8.3	Monitor przystosowany do pracy w sieci.	TAK, podać	
8.4	Opisy i komunikaty ekranowe w języku polskim	TAK, podać	
8.5	Bezpieczne i stabilne mocowanie monitora do aparatu.	TAK, podać	
9	EKG		
9.1	Monitorowanie przy użyciu 3 i 5 elektrod. Na wyposażeniu przewody EKG 3-odprowadzeniowe	TAK, podać	
9.2	Zakres pomiaru częstości akcji serca minimum 30-250/ min	TAK, podać	
10	POMIAR ODDECHU		
10.1	Pomiar metodą impedancyjną, wyświetlane wartości cyfrowe i fala oddechu	TAK, podać	
10.2	Zakres pomiaru częstości oddechów w zakresie min 5-100/min	TAK, podać	
11	POMIAR SATURACJI		
11.1	Wyświetlane wartości liczbowe saturacji i tętna oraz krzywa pletyzmograficzna	TAK, podać	
11.2	W komplecie przewód interfejsowy i standardowy czujnik na palec	TAK, podać	
12	NIEINWAZYJNY POMIAR CIŚNIENIA		
12.1	Wyzwalanie pomiaru ręczne i automatyczne	TAK, podać	
12.2	Zakres pomiarowy w zakresie minimum 25-250 mm Hg	TAK, podać	
12.3	Na wyposażeniu min. 2 wielorazowe mankiety dla dorosłych (różne rozmiary)	TAK, podać	

13	INWAZYJNY POMIAR CIŚNIENIA		
13.1	Dwa kanały pomiarowe	TAK, podać	
13.2	Zakres pomiaru min od - 30 do + 300 mm Hg	TAK, podać	
13.3	W zestawie przewód do pomiaru ciśnienia	TAK, podać	
14	POMIAR TEMPERATURY		
14.1	Jednoczesne wyświetlanie obu temperatur oraz różnicy temperatur	TAK, podać	
14.2	Zakres pomiaru min 10-45 C	TAK, podać	
14.3	W komplecie wielorazowy czujnik temperatury powierzchniowy	TAK, podać	
15	POMIAR NMT		
15.1	Wbudowany moduł lub urządzenie zewnętrzne do pomiaru NMT	TAK, podać	
15.2	W zestawie odpowiednie do modułu akcesoria do NMT – przewód główny i jednorazowe elektrody	TAK, podać	
16	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU		
16.1	Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta	TAK, podać	
16.2	Czas naprawy gwarancyjnej nieprzedłużającej okresu gwarancji, max. 10 [dni]	TAK, podać	
16.3	Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy	TAK, podać	
16.4	Gwarantowany czas naprawy, max. 10 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy	TAK, podać	
16.5	Nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faksu, osoba kontaktowa	podać	

Wyżej wymienione parametry/warunki graniczne stanowią wymagania odcinające - niespełnienie nawet jednego z wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że przekazany przedmiot zamówienia będzie posiadał wymienione powyżej parametry oraz będzie gotowe do eksploatacji bez dodatkowych zakupów.

UWAGA:

Do oferty należy dołączyć szczegółową specyfikację techniczną zaoferowanych urządzeń/aparatury medycznej zawierająca nazwę sprzętu, nazwę producenta, charakterystykę oraz certyfikaty i/lub świadectwa i/lub oryginalne katalogi ze zdjęciami - foldery (firmowe materiały informacyjne - FMI), wydane przez producenta, w których powinny być zaznaczone wszystkie wymagane przez Zamawiającego parametry techniczne podlegające weryfikacji i ocenie, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia (podane w rubrykach w Załącznikach nr 2 oraz nr 3 do oferty).

UWAGA:

W przypadku braku tych parametrów w firmowych materiałach informacyjnych - FMI, Wykonawca zobowiązany jest to potwierdzenia tych danych stosownym oświadczeniem, podpisanym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Oświadczenie należy złożyć w miejscu do tego przewidzianym w druku oferty.

UWAGA:

Wobec braku jednoznacznego potwierdzenia w FMI lub w oświadczeniu Wykonawcy wartości parametrów oferowanych, Zamawiający w przypadku wątpliwości ma prawo ocenić podany parametr oceną zero. W przypadku wątpliwości Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji parametrów oferowanych urządzeń/aparatury medycznej na podstawie oryginalnych materiałów producenta.

*podpis i pieczęćka imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-209/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH APARATÓW
DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO - PAKIET II*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

APARAT DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO _____

PRODUCENT _____

TYP _____

ROK PRODUKCJI _____

Oferowane parametry oceniane

L.P.	OPIS PARAMETRU / WARUNKU	Parametr oferowany	Ocena w punktach
1.	WYMOGI OGÓLNE		
1.1	Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami)		TAK - 5 pkt. NIE - 0 pkt.
1.2	Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną (max. 72 - miesięczną) gwarancję prawidłowego działania oferowanego urządzenia od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne oraz serwis (pełna gwarancja)		24 m-cy – 0 pkt 36 m-cy – 5 pkt. 48 m-cy – 10 pkt 60 m-cy – 12 pkt 72 m-cy – 17 pkt
2	APARAT DO ZNIECZULANIA – 5 SZT.		
2.1	Czujniki przepływu, wewnętrzne, nie podatne na uszkodzenia – pomiar ultradźwiękowy		TAK - 10 pkt. NIE - 0 pkt.
2.2	Przepływ wdechowy o dużym zakresie powyżej 190 l/min		TAK - 10 pkt. NIE - 0 pkt.
2.3	Regulowana ciśnieniowa elektroniczna zastawka APL z odczytem wartości cyfrowej na monitorze		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.
2.4	Możliwość rozbudowy o funkcję automatycznej regulacji przepływu świeżych gazów w celu osiągnięcia docelowego FiO2 oraz zakładanego końcowo wydechowego poziomu środka anestetycznego z regulowaną prędkością, w określonym przez użytkownika czasie i możliwością automatycznego ustawiania przepływu gazów do pracy z minimalnymi przepływami		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.

2.5	Elektronicznie sterowany system podający świeży gaz na wyższym poziomie w fazie wdechu i na niższym poziomie w fazie wydechu, pozwalając na zmniejszanie zużycia środków anestetycznych		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
3	UKŁAD ODDECHOWY		
3.1	Reflektor objętości będący zbiornikiem oddechu zwrotnego działający jako sztywny zasobnik bez elementów ruchomych, pozwalający na podaż wysokich objętości oddechowych do min. 2000 ml oraz stosowanie niskich przepływów świeżych gazów		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
4	TRYBY WENTYLACJI		
4.1	Szeroki zakres regulacji wyzwalacza ciśnieniowego min. od -1 do -20 cm H ₂ O		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
4.2	Szeroki zakres regulacji ciśnienia PEEP minimum od 0 do 50 cm H ₂ O		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.
4.3	Regulacja ciśnienia wdechu w szerokim zakresie minimum: od 0 do 100 cm H ₂ O		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.
4.4	Regulacja wspomaganie ciśnieniowego w szerokim zakresie minimum: od 0 do 100 cmH ₂ O		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.
5	POMIAR I OBRAZOWANIE		
5.1	Pomiar z wyświetlaniem elastancji		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.
5.2	Ekran umieszczony na ruchomym wysięgniku/ramieniu (nie dopuszcza się ekranu wbudowanego w aparat) z możliwością zmiany położenia ramienia oraz ekranu w celu łatwiejszej obserwacji wyświetlanych parametrów		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.
5.3	Możliwość płynnego obrotu ekranu o min. 200 stopni pozwalającego zachować ergonomię pracy		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.
5.4	Współpracujące z aparatem parowniki/kasety/moduły elektronicznie sterowane z poziomu ekranu, z zabezpieczeniem przed przelaniem, z podświetleniem poziomu środka, oraz alarmem zbyt niskiego poziomu środka wziewnego, z możliwością napełniania podczas znieczulania bez potrzeby dekompresji parownika/kasety/modułu		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
6	INNE		
6.1	Możliwość kopiowania trendów i dzienników przypadków na pamięć USB każdego typu, bez specjalnych zabezpieczeń producenta aparatu		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*