

..... 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 udzielonego pełnomocnictwa:

**SPOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**  
**Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu**

znak: **ZZZ-192/18** na:**Dostawa, instalacja i uruchomienie fabrycznie nowej aparatury medycznej: respiratory**

Postępowanie prowadzone w ramach Programu POLCARD pn.  
 „Wyposażenie/ doposażenie w respiratory oddziałów kardiochirurgii” w 2018

## III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

**Dostawa, instalacja i uruchomienie fabrycznie nowej aparatury medycznej: respiratory  
w liczbie 9 sztuk.**

**1. Cena oferty**

Wartość wpisana w wierszu „łączna całkowita cena brutto” wpisana w kolumnie 5 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60% w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VII ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	ILOŚĆ	% VAT	CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO W PLN*	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN**
1	2	3	4	5
Fabrycznie nowa aparatura medyczna – respiratory  _____ producent  _____ rok produkcji	<b>9</b>			
Dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie i połączenie oraz wykonanie szkoleń niezbędnych do właściwego używania przedmiotu umowy wraz z pozostałymi czynnościami opisanymi w SIWZ oraz projekcie umowy dla <b>SPOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi</b>	X		X	
Dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie i połączenie oraz wykonanie szkoleń niezbędnych do właściwego używania przedmiotu umowy wraz z pozostałymi czynnościami opisanymi w SIWZ oraz projekcie umowy dla <b>Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu</b>	X		X	
			<b>Łączna całkowita cena brutto:</b>	

\* cena jednostkowa brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

\*\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia (**łączna całkowita cena brutto:**) – zgodnie z kolumną Nr 5 – wynosi słownie:

.....

**2. Parametry funkcjonalno-techniczne przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert: 30 % w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VII ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

**Wartość punktowa w kryterium nr 2 parametry funkcjonalno-techniczne przedmiotu zamówienia dokonana będzie na podstawie szczegółowego opisu parametrów podlegających ocenie, który stanowi załącznik nr 2 do formularza oferty na zasadach opisanych w SIWZ**

**3. Okres gwarancji** (waga w ocenie ofert: 10 % w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VII ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3).

Oferuję następujący okres gwarancji przedmiotu zamówienia- \_\_\_\_\_ **miesiący\*** od dnia podpisania protokołu odbioru końcowego. (jednak nie krócej niż 24 miesiące)

*\* podać liczbę pełnych miesięcy*

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

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

Nazwa dokumentu .....  
 ..... zał. nr .....  
 Nazwa dokumentu .....  
 ..... zał. nr .....  
 Nazwa dokumentu .....  
 ..... zał. nr .....

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

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

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

Niniejszym potwierdzam i akceptuję okres i warunki gwarancji określone w rozdz. VI pkt 4 SIWZ i Wzorzec umowy.

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

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. VI pkt 5 SIWZ i Wzorzec umowy.

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

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

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

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

#### V. WPLATA WADIUM

[ Zgodnie z rozdziałem III 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 UMÓW**

[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 Pzp. / Patrz rozdział VI 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 21 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. HASŁO DESZYFRUJĄCE JEDNOLITY EUROPEJSKI DOKUMENT ZAMÓWIENIA**

[Patrz rozdział II pkt 9 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

Należy podać wymagane informacje zachowując oryginalną pisownię stworzonego przez wykonawcę hasła, którego użył w celu zaszyfrowania przesłanego elektronicznie JEDZ.

**XI. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI**

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

**XII. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

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

**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 umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
- Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do należytego wykonania przedmiotu zamówienia oraz zobowiązujemy się dochować staranności wynikającej z zawodowego charakteru prowadzonej przez nas działalności.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

---

*podpis i pieczęćka 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 funkcjonalno-techniczne, warunki graniczne oraz parametry oceniane aparatury medycznej	
...		

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 192/18**PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:**Dostawa, instalacja i uruchomienie fabrycznie nowej  
aparatury medycznej: respiratory***Pieczęć ubiegającego się o zamówienie***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****- zgodnie z rozdz. V 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 pieczęćki imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*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 pieczęćki imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

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 pieczęćki imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP- 192/18

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:**Dostawa, instalacja i uruchomienie fabrycznie nowej  
aparatury medycznej: respiratory**

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

**OFEROWANE PARAMETRY TECHNICZNO-EKSPLOATACYJNE I WARUNKI GRANICZNE**Nижe wymienione parametry/warunki graniczne stanowią wymagania odcinające -  
niespełnienie nawet jednego z wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

Lp.	Parametr/warunek	Warunek graniczny	Parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)	Ocena punktowa
1.	2.	3.	4.	5.
<b>Respirator stacjonarny - 9 sztuk</b>				
1.	Oferent/Producent	<i>Podać</i>		x
2.	Nazwa i typ respiratora	<i>Podać</i>		x
3.	Kraj pochodzenia	<i>Podać</i>		x
4.	Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2018	TAK		x
5.	Podać klasę i typ ochrony przed porażeniem elektrycznym	<i>Podać</i>		x
I.	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
6.	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, co najmniej dwa koła z blokadą	TAK		x
7.	Zakres wagowy obejmuje pacjentów powyżej 5 kg.	TAK		x
8.	Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,5 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor.	TAK		x
9.	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,5 do 5,0 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor.	TAK		x
10.	Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz	TAK		x
II.	<b>TRYBY WENTYLACJI</b>			



11.	Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist – IPPV	TAK		x
12.	Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV	TAK		x
13.	Wentylacja spontaniczna	TAK		x
14.	Dodatknie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP	TAK		x
15.	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV	TAK		x
16.	Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej)	TAK		x
17.	Wdech manualny	TAK		x
18.	Oddech kontrolowany objętością VCV	TAK		x
19.	Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV	TAK		x
20.	Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+	TAK		x
21.	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB	TAK		x
22.	Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej typu ATC, TC, TRC	TAK		x
23.	<p>Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PAV+ zgodne z algorytmem Younesa umożliwiające naturalną zmienność wzorca oddechowego z automatycznym dostosowaniem wspomaganie do zmian mierzonych parametrów płuc - minimum podatności, elastancji i oporów oddechowych pacjenta</p> <p><b>lub</b></p> <p>Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PPS z automatycznym dostosowywaniem oraz możliwością przełączenia na wentylację ze zmiennym wspomaganie ciśnieniowym Variable Pressure Support, generującą zmienne ciśnienie wspomaganie, mechanicznie naśladujące zmienność naturalnego trybu oddechowego.</p> <p><b>lub</b></p> <p>Tryb automatycznej spontanicznej próby oddechowej posiadający regulację czasu</p>	TAK		x

	trwania próby oraz regulację poziomu alarmów wentylacji minutowej wydechowej niskiej i wysokiej oraz niskiej i wysokiej ilość oddechów, których przekroczenie spowoduje automatyczny powrót do trybu i ustawień wentylacji sprzed rozpoczęcia próby oraz tryb wentylacji dwupoziomowej ze wsparciem ciśnieniowym oddechu pacjenta na obu poziomach			
24.	Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV	TAK		x
III.	PARAMETRY NASTAWIALNE			
25.	Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 100 na minutę	TAK		x
26.	Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2000 ml	TAK		x
27.	Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo-kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 3 do 120 l/min	TAK		x
28.	Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 9 do 4:1	TAK		x
29.	Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 80 cmH <sub>2</sub> O	TAK		x
30.	Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 60 cmH <sub>2</sub> O	TAK		x
31.	Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH <sub>2</sub> O	TAK		x
32.	Płynnie lub skokowo regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB	TAK		x
33.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 1 do 9 l/min	TAK		x
IV.	POMIARY PARAMETRÓW			
34.	Integralny pomiar stężenia tlenu	TAK		x
35.	Pomiar całkowitej częstości oddychania	TAK		x
36.	Pomiar objętości pojedynczego oddechu	TAK		x
37.	Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej	TAK		x
38.	Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej	TAK		x
39.	Pomiar ciśnienia szczytowego	TAK		x
40.	Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym	TAK		x
41.	Pomiar stosunku wdech/wydech I:E	TAK		x

42.	Pomiar ciśnienia plateau	TAK		x
43.	Pomiar ciśnienia PEEP/CPAP	TAK		x
44.	Pomiar ciśnienia AutoPEEP	TAK		x
45.	Pomiar podatności statycznej lub dynamicznej płuc pacjenta	TAK <i>Podać</i>		x
46.	Pomiar oporności wdechowej płuc pacjenta	TAK		x
47.	Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej.	TAK		x
48.	Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms.	TAK		x
49.	Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt)	TAK		x
50.	Możliwość rozbudowy o pomiar CO <sub>2</sub> z prezentacją krzywej kapnograficznej na ekranie respiratora.	TAK		x
V.	<b>MONITOR GRAFICZNY</b>			
51.	Graficzna prezentacja pętli ciśnienie-objętość lub przepływ-objętość.	TAK		x
VI.	<b>ALARMY / SYGNALIZACJA</b>			
52.	Hierarchia alarmów w zależności od ważności	TAK		x
53.	Alarm zaniku zasilania sieciowego	TAK		x
54.	Alarm zaniku zasilania baterijnego	TAK		x
55.	Alarm niskiego ciśnienia tlenu	TAK		x
56.	Alarm niskiego ciśnienia powietrza	TAK		x
57.	Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym	TAK		x
58.	Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej	TAK		x
59.	Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej	TAK		x
60.	Alarm wysokiego ciśnienia	TAK		x
61.	Alarm wysokiej częstości oddechów	TAK		x
62.	Alarm wysokiej objętości oddechowej	TAK		x
63.	Alarm niskiej objętości oddechowej	TAK		x
64.	Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu	TAK		x
65.	Pamięć alarmów z komentarzem	TAK		x
VII.	<b>INNE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE</b>			
66.	Automatyczna detekcja pacjenta	TAK		x
67.	Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji	TAK		x
68.	Funkcja czuwania. Respirator musi mieć możliwość świadomego odłączenia układu oddechowego od pacjenta, z zawieszeniem wszystkich alarmów. Po ponownym podłączeniu układu oddechowego do pacjenta respirator powinien rozpocząć	TAK		x

	wentylacje z parametrami z przed rozłączenia.			
69.	Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji	TAK		x
70.	Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu	TAK		x
71.	Test aparatu sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika	TAK		x
72.	Respirator ma być wyposażony w 5 kompletnych układów oddechowych jednorazowych, 2 zastawki wydechowe-sterylizowalne <u>lub</u> wydechowe filtry przeciwbakteryjne z pojemnikiem na skropliny dla każdego respiratora: 100 szt. filtrów jednorazowych i 5 szt. wielorazowych	TAK <i>Podać</i>		x
73.	Ramię do podtrzymywania rur pacjenta.	TAK		x
74.	Nebulizator wielorazowy nie wymagający przepływu gazu do napędu, do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami zaintubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. MMAD < 5.0 µm. Do każdego respiratora jeden kompletny zestaw	TAK		x
75.	Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora.	TAK		x

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

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

.....

(podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

## PARAMETRY OCENIANE

Lp.	Parametr/warunek	Warunek graniczny	Parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)	Ocena punktowa
1.	2.	3.	4.	5.
I.	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1.	Awaryjne zasilanie z wbudowanego akumulatora na nie mniej niż 20 min. pracy	TAK <i>Podać</i>		Czas $\geq 20 \div \leq 30$ min. = 0 pkt, Czas $> 30 \div \leq 45$ min. = 2 pkt, Czas $> 45$ min. = 5 pkt,
II.	<b>TRYBY WENTYLACJI</b>			
2.	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP ze wsparciem ciśnieniowym na obu poziomach lub tryb automatycznego odzwyczajania pacjenta od wentylacji mechanicznej z automatyczną regulacją poziomu wspomaganie ciśnieniowego na podstawie analizy EtCO <sub>2</sub> , częstości i objętości oddechów	TAK <i>Podać</i>		Wsparcie na obu poziomach ciśnienia= 10 pkt, Pozostałe= 0 pkt
3.	Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV	TAK <i>Podać</i>		Tylko VCV lub PCV = 0 pkt VCV, PCV, PRVC = 5 pkt.
III.	<b>PARAMETRY NASTAWIALNE</b>			
4.	Czas wdechu Ti od 0.25 do 5.0s	TAK <i>Podać</i>		Czas $T_i \leq 5,0$ s = 0 pkt Czas $T_i > 5 \div \leq 10$ s = 1 pkt Czas $T_i > 10$ = 5 pkt
5.	Możliwość ustawienia parametrów w celu uzyskania czasu plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s.	TAK <i>Podać</i>		Czas $\leq 2,0$ s = 0 pkt Czas $> 2 \div \leq 8$ s = 1 pkt Czas $> 8$ = 5 pkt
6.	Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 50%	TAK <i>Podać</i>		0 pkt za spełnienie wymogu, 5 pkt za większy zakres
7.	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od- 0,5 do 10 cmH <sub>2</sub> O	TAK/ <b>NIE</b> <i>Podać</i>		0 pkt za brak funkcji; 5 pkt za ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w podanym lub szerszym zakresie
8.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie przez mieszalnik elektroniczno -	TAK <i>Podać</i>		Tak- regulacja podczas bezdechu = 10 pkt, <b>brak regulacji</b> = 0 pkt

	pneumatyczny kontrolowany mikroprocesorowo w zakresie od 21 do 100% co 1%, <b>opcjonalnie</b> regulacja stężenia tlenu w powyższym zakresie także podczas bezdechu w trybie wentylacji rezerwowej			
IV.	<b>POMIARY PARAMETRÓW</b>			
9.	Możliwość rozbudowy o moduł realizujący pomiary i obrazujący zmierzone parametry na ekranie respiratora: VC02- wytwarzania dwutlenku węgla, V02- zużycia tlenu, RQ-wskaźnika oddechowego, EE-wydatku energetycznego u chorego we wstrząsie wielonarządowym. Nastawy pomiarów, zarządzanie danymi poprzez menu respiratora	TAK/ NIE		Tak- 20 pkt Nie- 0 pkt
10.	Możliwość rozbudowy o pomiar czynnościowej pojemności zalegającej, pomocnej w diagnozie stanu pacjenta jak i postępowaniu w przypadku chorób płuc o podłożu zaporowym jak i restrykcyjnym. Wyświetlanie pomiaru na ekranie respiratora oraz nastawy pomiaru z menu respiratora	TAK/NIE		Tak- 20 pkt Nie- 0 pkt
11.	Wyznaczanie ciśnienia w tchawicy za pomocą cewnika umieszczonego w rurce	TAK/NIE		Tak- 20 pkt Nie- 0 pkt
12.	Możliwość rozbudowy o pomiar krzywej dynostatycznej szacującej ciśnienie pęcherzyków	TAK/NIE		Tak- 20 pkt Nie- 0 pkt
13.	Respirator kompatybilny z posiadanymi na oddziale modułami pomiarowymi : VC02- wytwarzania dwutlenku węgla, V02- zużycia tlenu, RQ-wskaźnika oddechowego, EE-wydatku energetycznego. Możliwość podłączenia posiadanych modułów.	TAK/NIE		Tak- 30 pkt Nie- 0 pkt
V.	<b>MONITOR GRAFICZNY</b>			
14.	Podstawowy kolorowy, dotykowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14" do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji	TAK <i>Podać przekątną całkowitą</i>		0 pkt za spełnienie wymogu, 5 pkt za przekątną =>15"
15.	Dodatkowy kolorowy monitor, wyświetlacz na którym prezentowane są podstawowe parametry respiratora, komunikaty alarmowe w przypadku	TAK/NIE <i>Podać</i>		Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.

	uszkodzenia podstawowego ekranu			
16.	Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej i pionowej w stosunku do respiratora	TAK <i>Podać</i>		2 płaszczyzny- 0 pkt 3 płaszczyzny- 10 pkt
17.	Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu Co najmniej 3 krzywe jednocześnie na ekranie	TAK <i>Podać</i>		Powyżej 3 krzywych- 5 pkt 3 krzywe - 0 pkt
18.	Możliwość prezentacji danych z ostatnich 48 godzin . Trendy w postaci graficznej i tabelarycznej	TAK <i>Podać</i>		0 pkt za spełnienie wymogu, 5 pkt za >48 h
VI.	<b>ALARMY / SYGNALIZACJA</b>			
19.	Alarm rozłączenia układu oddechowego lub alarm niskiego ciśnienia wdechowego	TAK <i>Podać</i>		Alarm rozłączenia = 5 pkt., Alarm niskiego ciśnienia = 0 pkt.
VII.	<b>INNE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE</b>			
20.	Pomiar stężenia O <sub>2</sub> przy pomocy niezżywalnego czujnika tlenu (nie galwanicznego)	TAK/NIE <i>Podać</i>		Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.
21.	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/NIE <i>Podać</i>		Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.
22.	Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta lub na podstawie wzrostu i płci pacjenta	TAK <i>Podać</i>		Na podstawie wagi, wzrostu i płci- 5 pkt Pozostałe- 0 pkt

1. Wszystkie parametry liczbowe lub wymagane funkcje podane jako funkcja lub parametr graniczny w powyższych tabelach stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
2. Brak odpowiedzi w rubryce „Parametry oferowane” traktowany będzie jako pominięcie pozycji określającej daną funkcję lub parametr w zestawieniu parametrów funkcjonalno-technicznych, co spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenia są kompletne i po zmontowaniu, podłączeniu i uruchomieniu będą gotowe do podjęcia pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami zużywalnymi).

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

.....  
(podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)