|  |
| --- |
| . . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  [pieczątka 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**. **Adres 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. **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie** 2. **Specjalistyczne Centrum Medyczne S. A. w Polanicy Zdroju** 3. **Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**   znak: **ZZP-215/17** na:  **dostawa, instalacja i uruchomienie fabrycznie nowych respiratorów**  *\* wypełnić fakultatywnie* |

**III**. **PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW**

**dostawa, instalacja i uruchomienie fabrycznie nowych respiratorów**

**w liczbie 18 sztuk**

1. **Cena oferty**

**Łączna wartość wpisana w kolumnie 4 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**\* | **liczba sztuk** | **cena całkowita brutto za całość przedmiotu zamówienia**\* |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **respirator**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **producent**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **typ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **rok produkcji**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **-zł** | **18** | **-zł** |

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

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 4 – wynosi słownie:

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

**2. Termin dostawy** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin dostawy: \_\_\_\_\_\_\_\_dni

**3. Okres gwarancji** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3).

**Okres gwarancji ………… miesięcy**

**IV**. **POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** **I OBOWIAZKÓW WYKONAWCY**

1. **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.

1. **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 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

1. **Warunki gwarancji** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję okres i warunki gwarancji określone w rozdz. V pkt 4 oraz w zał. nr 2 do oferty

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

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

1. **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.

1. **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**. **WPŁATA WADIUM**

[ Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

1. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . zał. nr . . . . . . . . . . . . .

1. **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 NIEUCZCIWEJ 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 pieczątka 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. | Oświadczenie wykonawcy potwierdzające spełnienie parametrów ocenianych *(jeżeli nie występują w postaci FMI)* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie ponumerowanych stron.

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

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

*podpis i pieczątka imienna*

*osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

***załącznik nr 1 do oferty***

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**postępowanie znak: ZZP-215/17**

**prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego przez**

**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia na:**

**dostawa, instalacja i uruchomienie**

**fabrycznie nowych respiratorów**

**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 pieczątka 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 pieczątka 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 pieczątka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

*lub podpis osoby fizycznej*

***załącznik nr 2 do oferty***

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**postępowanie znak: ZZP-215/17**

**prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego przez**

**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia na:**

**dostawa, instalacja i uruchomienie**

**fabrycznie nowych respiratorów**

**RESPIRATOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRODUCENT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TYP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ROK PRODUKCJI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | | | | | | | | | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Respiratory – 18 sztuk** | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Parametry techniczne, wymagania ogólne** | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Respirator fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017 roku | TAK | | | | | | |  | | |
| 1.2 | 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 | | | | | | |  | | |
| 1.3 | Zakres wagowy obejmuje pacjentów powyżej 5 kg. | TAK | | | | | | |  | | |
| 1.4 | 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 | | | | | | |  | | |
| .1.5 | 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 | | | | | | |  | | |
| 1.6 | Kompresor wbudowany w podstawę respiratora. Kompresor musi się załączać automatycznie przy braku zasilania w sprężone powietrze. Praca na kompresorze w pełnym zakresie wszystkich parametrów | TAK | | | | | | |  | | |
| 1.7 | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz | TAK | | | | | | |  | | |
| 1.8 | Awaryjne zasilanie z wbudowanego akumulatora (sam respirator bez kompresora) na nie mniej niż 0,5 godziny pracy |  | | | | | | |  | | |
| 1.9 | Awaryjne zasilanie z wbudowanego akumulatora kompresora na nie mniej niż 0,5 godziny | TAK | | | | | | |  | | |
| 1.10 | Możliwość wymiany akumulatora (bez przerwy w pracy respiratora) przez obsługę w trakcie pracy respiratora przy zasilaniu akumulatorowym | TAK | | | | | | |  | | |
| **2.** | **Tryb wentylacji** | | | | | | | | | | |
| 2.1 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana  CMV/ Assist – IPPV | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.2 | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.3 | Wentylacja spontaniczna | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.4 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.5 | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.6 | Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej) | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.7 | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.8 | Wdech manualny | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.9 | Oddech kontrolowany objętością VCV | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.10 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.11 | Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.12 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.13 | Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej typu ATC, TC, TRC | TAK | | | | | | | |  | |
| 2.14 | 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  lub  Moduł 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 | |  | | | | | | | |
| 2.15 | Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV | TAK | |  | | | | | | | |
| **3.** | **Parametry nastawialne** | | | | | | | | | | |
| 3.1 | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 100 na minutę | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.2 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2000 ml | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.3 | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 3 do150 l/min | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.4 | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 9 do 4:1 | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.5 | Czas wdechu Ti od 0.2 do 5.0s | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.6 | Czas plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s. | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.7 | Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 80 cmH2O | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.8 | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 60 cmH2O | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.9 | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH2O | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.10 | Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB | TAK | |  | | | | | | | |
| 3.11 | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 50% | TAK  Podać | | |  | | | | | | |
| 3.12 | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 l/min |  | | |  | | | | | | |
| 3.13 | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 cmH2O | TAK  Podać | | |  | | | | | | |
| 3.14 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie przez mieszalnik elektroniczno -pneumatyczny kontrolowany mikroprocesorowo w zakresie od 21 do 100% co 1%. | TAK | | |  | | | | | | |
| **4.** | **Pomiary parametrów** | | | |  | | | | | | |
| 4.1 | Integralny pomiar stężenia tlenu | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.2 | Pomiar całkowitej częstości oddychania | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.3 | Pomiar objętości pojedynczego oddechu | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.4 | Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.5 | Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.6 | Pomiar ciśnienia szczytowego | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.7 | Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.8 | Pomiar stosunku wdech/wydech I:E | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.9 | Pomiar ciśnienia plateau | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.10 | Pomiar ciśnienia PEEP/CPAP | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.11 | Pomiar ciśnienia AutoPEEP | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.12 | Pomiar podatności statycznej płuc pacjenta | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.13 | Pomiar oporności wdechowej płuc pacjenta | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.14 | Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.15 | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms. | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.16 | Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.17 | Pomiar objętości przecieku w fazie wdechu przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.18 | Pomiar przecieku w fazie wydechowej przy danym ciśnieniu PEEP przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | TAK | | |  | | | | | | |
| 4.19 | Pomiar CO2 z prezentacją krzywej kapnograficznej na ekranie respiratora. Preferowany pomiar w strumieniu głównym, który zapewnia synchronizację (brak opóźnień w pomiarze) prezentacji CO2 z innymi krzywymi oddechowymi (przepływu, ciśnienia, objętości). | TAK.  Podać | | |  | | | | | | |
| **5.** | **Monitor graficzny** | | | | | |  | | | | |
| 5.1 | Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14” do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji | TAK  Podać przekątną całkowitą | | | | |  | | | | |
| 5.2 | Dodatkowy kolorowy monitor, wyświetlacz na którym prezentowane są podstawowe parametry respiratora, komunikaty alarmowe w przypadku uszkodzenia podstawowego ekranu | TAK | | | | |  | | | | |
| 5.3 | Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora | TAK | | | | |  | | | | |
| 5.4 | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu Co najmniej 3 krzywe jednocześnie na ekranie | TAK | | | | |  | | | | |
| 5.5 | Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość lub przepływ- objętość. | TAK | | | | |  | | | | |
| 5.6 | Możliwość prezentacji danych z ostatnich 48 godzin . Trendy w postaci graficznej i tabelarycznej | TAK Podać | | | | |  | | | | |
| **6.** | **Alarmy / sygnalizacja** | | | | | |  | | | | |
| 6.1 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.2 | Alarm wizualny ma być widoczny z każdej strony respiratora w zakresie 360o , nawet gdy obsługa znajduje się z tyłu respiratora | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.3 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.4 | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.5 | Alarm niskiego ciśnienia tlenu | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.6 | Alarm niskiego ciśnienia powietrza | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.7 | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.8 | Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.9 | Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.10 | Alarm wysokiego ciśnienia | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.11 | Alarm rozłączenia układu oddechowego oparty na pomiarach i porównaniach objętości/przepływu wdechowej i wydechowej lub alarm niskiego ciśnienia wdechowego | TAK,  Podać | | | | |  | | | | |
| 6.12 | Alarm wysokiej częstości oddechów | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.13 | Alarm wysokiej objętości oddechowej | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.14 | Alarm niskiej objętości oddechowej | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.15 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | TAK | | | | |  | | | | |
| 6.16 | Pamięć alarmów z komentarzem | TAK | | | | |  | | | | |
| **7.** | **Inne funkcje i wyposażenie** | | | | | | | | | | |
| 7.1 | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | TAK  Podać | | | | | |  | | | |
| 7.2 | Możliwość regulowanego wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, APRV | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.3 | Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.4 | 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 | | | | | |  | | | |
| 7.5 | Wentylacja bezpieczeństwa. Zachowanie ciągłości wentylacji poprzez obejście elementów podejrzanych o uszkodzenie, gdy testy diagnostyczne prowadzone w tle normalnej pracy wykryją problem dotyczący elementów mieszania gazów, systemu wdechowego lub systemy wydechowego. Funkcja ta ma za zadanie dać operatorowi czas na wymianę respiratora na sprawny. | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.6 | 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 | | | | | |  | | | |
| 7.7 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.8 | Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.9 | Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.10 | Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta oraz na podstawie wzrostu i płci pacjenta | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.11 | Test aparatu sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.12 | Wydechowy filtr przeciwbakteryjny z pojemnikiem na skropliny dla każdego respiratora: 100 szt. filtrów jednorazowych lub 2 szt. wielorazowe. Konstrukcja respiratora uniemożliwiająca użycie urządzenia bez filtra | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.13 | Wdechowy filtr przeciwbakteryjny dla każdego respiratora: 100 szt. filtrów jednorazowych lub 2 szt. wielorazowe. | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.14 | Sztuczne płuco testowe- worek testowy dla każdego respiratora | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.15 | Ramię do podtrzymywania rur pacjenta. | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.16 | Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowy. 10 kompletnych układów do każdego respiratora | TAK | | | | | |  | | | |
| 7.17 | 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 < 4.0 µm. Do każdego respiratora jeden kompletny zestaw | TAK | | | |  | | | | | |
| 7.18 | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora. | TAK | | | |  | | | | | |
| 7.19 | Wbudowany w respirator lub niezależny manometr elektroniczny do pomiaru ciśnienia i automatycznego dostosowywania ciśnienie w mankiecie w zależności od dokonanych nastaw w mankietach rurek intubacyjnych i tracheostomijnych. Alarm wizualny i dźwiękowy w razie wzrostu ciśnienia w mankiecie. Regulacja granicy ciśnienia w zakresie min od 0 do 99 cm H2O (dokładność +/-1 cmH2O) | TAK | | | |  | | | | | |
| 7.20 | Wbudowany w respirator lub niezależne urządzenie do odsysania wydzieliny z przestrzeni podgłośniowej (kompatybilne z rurkami intubacyjnymi i tracheostomijnymi). Minimum dwa nastawy urządzenia – tryb ssania ciągłego i tryb ssania przerywanego (regulacja siły ssania na urządzeniu lub w respiratorze). Na wyposażeniu zestaw startowy akcesoriów zużywalnych do oferowanego systemu odsysania oraz min 10 sztuk rurek intubacyjnych z mankietem w kształcie stożka do przedłużonej intubacji, wyposażonych w system drenażu przestrzeni podgłośniowej kompatybilnych | TAK | | | |  | | | | | |
| **8.** | **Pozostałe wymagania** | | | | | | | | | | |
| 8.1 | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | TAK | | | | | | |  | | |
| 8.2 | Instalacja i uruchomienie | TAK | | | | | | |  | | |
| 8.3 | Podać klasę i typ ochrony przed porażeniem elektrycznym | Podać | | | | | | |  | | |
| 8.4 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | Tak  Podać | | | | | | |  | | |
| 8.5 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa ze sprzętem) | TAK | | | | | | |  | | |
| 8.6 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia – nie dłuższy niż 2 dni robocze | TAK | | | | | | |  | | |
| 8.7 | Określenie zasad dezynfekcji z podaniem preparatów dopuszczonych do dezynfekcji urządzenia | Opisać | | | | | | |  | | |
| 8.8 | Dwa nieodpłatne przeglądu gwarancyjne:  - pierwszy wykonany po roku od dostawy sprzętu,  - drugi wykonany 15 dni przed upływem okresu gwarancji | TAK | | | | | | |  | | |
| 8.09 | Przegląd okresowy i legalizacja sprzętu (jeżeli dotyczy) w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami – odnotowany w paszporcie urządzenia | TAK | | | | | | |  | | |
| 8.10 | Dokumentacji techniczno – ruchowa do odnotowywania przeglądów i napraw (DTR) (wraz z dostawą sprzętu) – tzw. paszport urządzenia – wypełniony zgodnie z danymi urządzenia | TAK | | | | | | |  | | |
| 8.11 | Urządzenie pozbawione blokad serwisowych, które po upływie okresu gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę system przez inny niż Wykonawca podmiot, w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | TAK |  | | | | | | | | |

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

**UWAGA:**

W celu potwierdzenia, że oferowany sprzęt posiada parametry i właściwości opisane w załączniku nr 2 do oferty Zamawiający wymaga złożenia ulotek, folderów, instrukcji obsługi, dokumentacji techniczno-ruchowej bądź innych dokumentów, określanych dalej jako „materiały informacyjne producenta”, zawierających potwierdzenie wymaganych parametrów i właściwości. Materiały informacyjne winny być wystawione przez producenta oferowanego sprzętu. W przypadku, gdy producent oferowanego sprzętu i wyrobów ma siedzibę poza granicami RP materiały informacyjne winny być załączone w języku obcym wraz z tłumaczeniem na język polski.

Wykonawca zobowiązany jest podać numer strony w ofercie, na której znajduje się potwierdzenie w materiałach informacyjnych punktów określonych w załączniku nr 2 do oferty

**UWAGA:**

W przypadku, gdy dokumenty wymienione powyżej nie będą zawierały informacji Zamawiający dopuszcza możliwość załączenia do oferty oświadczenia wystawionego przez Producenta bądź autoryzowanego Przedstawiciela Producenta zawierającego wymagane informacje.

Na folderach, ulotkach, instrukcjach, DTR winien znajdować się np. znak firmowy (logo) producenta względnie inna informacja świadcząca o tym, że w/w materiały zawierają dane opracowane przez producenta. Natomiast inne materiały informacyjne, które zostały wystawione przez producenta na potrzeby prowadzonego postępowania przetargowego winny być podpisane przez producenta i opatrzone pieczęcią firmową producenta oraz pieczęcią imienną osoby składającej podpis.

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

*podpis i pieczątka imienna*

*osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*