Załącznik nr 4 do SIWZ po zmianach II

 Załącznik nr 1 do umowy TZ.372.10.3.2020

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY – Zadanie nr 3**

1. Przedmiot zamówienia:

**Respirator – 2 szt.**

1. Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI | Wartość wymagana | Oferowana wartość\*  |
| **I** | **Respirator – 2 szt.** |
|  | Urządzenie typ, model | Podać |  |
|  | Producent/ Firma | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji  | 2019/2020 |  |
|  | Oznakowanie CE | Tak |  |
| **Parametry techniczne** |  |  |
|  | Respirator przeznaczony do wentylacji okresowej i ciągłej (24 godziny na dobę) dla dorosłych i dzieci o wadze ciała od 5 kg. Respirator do prowadzenia wentylacji pacjenta metodą nieinwazyjną i inwazyjną, do zastosowania stacjonarnego oraz transportu wewnątrzszpitalnego. | Tak |  |
|  | System do gromadzenia i analizy danych terapeutycznych wraz z niezbędnymi urządzeniami do zapisu w/w danych. | Tak |  |
|  | Waga urządzenia ze zintegrowanym(-i) akumulatorem(-ami) Li-On zapewniającym(-i) nieprzerwaną pracę urządzenia min. 5 godzin bez konieczności ich ładowania: max. 7 kg | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania dodatkowego, zewnętrznego akumulatora zasilającego(12V) | Tak/Nie |  |
|  | Możliwość zastosowania obwodu pacjenta z zastawką oddechową, jak i obwodu bez zastawki (z portem wydechowym) zarówno dla trybów sterowanych objętością i ciśnieniem. Zastosowanie zarówno przy wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej. | Tak |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz LCD umożliwiający jednoczesne wyświetlanie na ekranie w czasie wentylacji następujących parametrów:objętość oddechowa Vt, tryb wentylacji, aktualny poziom ciśnienia, częstość oddechów (RR), wentylacja minutowa (MV), szczytowy przepływ (peak flow), średnie ciśnienie terapeutyczne (MAP), stosunek I:E, maks. ciśnienie wdechowe (PIP), wskaźnik poziomu naładowania akumulatorów zasilających, informacja na temat sposobu inicjacji wdechu – spontaniczny pacjenta lub wymuszony, oraz przecieków powietrza (przy zastosowaniu obwodu z portem wydechowym) | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie w sprężony tlen z układu centralnego min. ciśnienie 3 bar do 5,5 bar | Tak |  |
|  | Możliwość wyświetlania na ekranie min. 2 krzywych oddechowych  | Tak |  |
|  | Płynnie regulowane stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej 21-100% | Tak |  |
|  | Menu w języku polskim | Tak |  |
|  | Uchwyt umożliwiający łatwe przenoszenie urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkowym wyłączeniem urządzenia | Tak |  |
|  | Dwa poziomy dostępu do nastaw i parametrów wentylacji (tzw. lekarza i pacjenta) | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia zdalnego alarmu respiratora(przywołaniepielęgniarki) oraz modułu pomiaru SpO2, integralnego z urządzeniem. | Tak |  |
|  | Możliwość rejestracji i wyświetlania na ekranie urządzenia dziennika zdarzeń oraz dziennika alarmów (min. 20 ostatnich alarmów) | Tak |  |
|  | **TRYBY WENTYLACJI I NASTAWY** |  |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej | Tak |  |
|  | Dwa profile nastaw z możliwością zaprogramowania i zapamiętania różnych parametrów wentylacji w każdym; możliwość przełączania profili nastaw przez pacjenta | Tak |  |
|  | Możliwość zmieniania trybu wentylacji w trakcie wentylacji | Tak |  |
|  | Tryby wentylacji sterowane ciśnieniem | Tak |  |
|  | Wentylacja wspomagana ciśnieniem spontaniczna (PSV S) | Tak |  |
|  | Wentylacja wspomagana ciśnieniem spontaniczno-czasowa (PSV S/T) | Tak |  |
|  | Wentylacja wspomagana ciśnieniem czasowa (PSV T) | Tak |  |
|  | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem (PC) | Tak |  |
|  | Hybrydowy tryb wentylacji z jednoczesnym automatycznym dostosowaniem ciśnień wdechowych (PS) i automatycznym doborem ciśnień wydechowych w celu eliminacji zaburzeń oddychania o charakterze obturacyjnym TYPU BEZDECH, SPŁYCENIE, CHRAPANIE ( auto – PEEP) | Tak |  |
|  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona z wentylacją PC (PC-SIMV) | Tak |  |
|  | Dla trybów wentylacji sterowanej ciśnieniem (tryby: PS, PS S/T, PS T, PC) możliwość zaprogramowania określonej objętości oddechowej wydechowej (TVexh.) w zakresie 50-2000ml przy zastosowaniu obwodu z portem wydechowym; | Tak |  |
|  | Tryby wentylacji sterowane objętością | Tak |  |
|  | Wspomagana/kontrolowana wentylacja mechaniczna (AC) | Tak |  |
|  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) | Tak |  |
|  | Kontrolowana wentylacja mechaniczna (CV) | Tak |  |
|  | **Parametry wentylacji sterowanej ciśnieniem** |  |  |
|  | Zakres ciśnienia wdechowego IPAP: 4-50 cmH20 | Tak |  |
|  | Zakres ciśnienia wydechowego EPAP: 4-25 cmH20 | Tak |  |
|  | Min. częstość oddychania (back-up rate): 5- 60 oddech/min | Tak |  |
|  | Czas trwania wdechu: 0.3 – 5.0 sekund | Tak |  |
|  | Regulacja szybkości narastania ciśnienia przy przejściu z fazy wydechu na wdech - min. 6 nastaw | Tak |  |
|  | Możliwość nastawy czasu liniowego narastania ciśnienia ( funkcja typu RAMP) w zakresie 5 - 45 min ułatwiającego zaśnięcie pacjenta | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania automatycznego triggera wyzwalającego zmiany ciśnienia pomiędzy fazami oddechowymi (wdech-wydech oraz wydech-wdech), reagującego na spontaniczny wysiłek oddechowy pacjenta bez konieczności manualnego dostosowania | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania triggera wdechowego przepływowego, min. 8 poziomów | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania triggera wydechowego w zakresie 10% - 90% przepływu szczytowego | Tak |  |
|  | **Parametry wentylacji sterowanej objętościowo** |  |  |
|  | Objętość oddechowa (Vt) – minimalny zakres 50-2000 ml | Tak |  |
|  | Możliwość nastawy PEEP w zakresie 0-25 cmH20 dla obwodu z zastawką wydechową | Tak |  |
|  | Czas trwania wdechu 0.3 – 5.0 sekund | Tak |  |
|  | Min. częstość oddychania (backup rate) 5-60 oddech/min | Tak |  |
|  | Krzywe przepływu: prostokątna, opadająca | Tak |  |
|  | Możliwość włączenia funkcji westchnienia | Tak |  |
|  | **System alarmów wizualno- akustycznych** |  |  |
|  | Alarmy wentylacji i pracy respiratora | Tak |  |
|  | Stopniowanie alarmów ze względu na ważność, różniące się sygnałami dźwiękowymi i optycznymi | Tak |  |
|  | Alarm odłączenia obwodu pacjenta | Tak |  |
|  | Alarm braku zasilania | Tak |  |
|  | Alarm bezdechu | Tak |  |
|  | Alarm niskiej wentylacji minutowej | Tak |  |
|  | Alarm wysokiej wentylacji minutowej | Tak |  |
|  | Alarm wysokiej częstości oddechów | Tak |  |
|  | Alarm niskiej częstości oddechów | Tak |  |
|  | Alarm niskiej objętości oddechu (TV) | Tak |  |
|  | Alarm wysokiej objętości oddechu (TV) | Tak |  |
|  | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego (IPAP) przy wentylacji sterowanej objętościowo | Tak |  |
|  | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego (IPAP) przy wentylacji sterowanej objętościowo | Tak |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające transfer i gromadzenie danych terapeutycznych oraz nadzór nad przebiegiem terapii wraz z niezbędnymi akcesoriami do zapisu danych;Umożliwiające zapis m.in:ram czasowych stosowania terapii, częstości oddychania, poziom ciśnienia terapeutycznego, objętości oddechowych pacjenta, informacji o przeciekach powietrza | Tak |  |
|  | Maska ustno-nosowa do wentylacji nieinwazyjnej-maska bez punktu wsparcia na grzbiecie nosa-maska bez podpory czołowej-Mocowanie na twarzy pacjenta za pomocą 4- punktowej uprzęży wyposażonej w klipsy-Maska z możliwością zamontowania wymiennych silikonowych poduszek w rozmiarach  S, M, L.- Przeznaczona do min. 20 krotnej sterylizacji (w tym sterylizacji temperaturowej, chemicznej-port wydechowy bezpośrednio w poduszce silikonowej-przestrzeń martwa dla rozmiaru L nie większa niż 170 ml2 zestawy kompletnych masek w rozmiarze S, M i L /aparat. | Tak |  |
|  | Maska ustno-nosowa do wentylacji nieinwazyjnej- Obrotowe, przeciekowe kolanko wykonane z wytrzymałego plastiku- Silikonowa podpora czołowa zapewniająca oparcie maski na twarzy pacjenta.- Podpora czołowa z możliwością regulacji pochylenia maski względem twarzy pacjenta.- Przeznaczona do min. 20 krotnej sterylizacji (w tym sterylizacji temperaturowej, chemicznej ).- Maska z możliwością zamontowania wymiennych żelowych poduszek w rozmiarach P, S, M, L.- Mocowanie na twarzy pacjenta za pomocą 4- punktowej uprzęży wyposażonej w klipsy2 zestawy kompletnych masek w rozmiarze S, M i L /aparat. | Tak |  |
|  | Maska pełnotwarzowa 2 szt. rozmiar S i L (tj. obejmująca usta, nos oraz oczy pacjenta).- Część maski przylegająca do twarzy pacjenta wykonana z silikonu, zapewniająca doszczelnienie maski podczas wentylacji.- Wyposażona w materiałową uprząż z dwoma klipsami ułatwiającymi dopasowanie maski do twarzy chorego.- Przeznaczona do min. 5 krotnej sterylizacji (w tym sterylizacji temperaturowej, chemicznej oraz plazmowej i autoklawu). - Maska z możliwością regulacji stopnia przecieku.Przeznaczona do min. 5 krotnej sterylizacji (w tym sterylizacji temperaturowej, chemicznej).  | Tak |  |
|  | Kompletny układ pacjenta - 5 sztuk | Tak |  |
|  | Respirator na wózku jezdnym posiadającym blokadę min. dwóch kół i koszyk na akcesoria  | Tak |  |
|  | **Informacje dodatkowe** |  |  |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące max. 60 miesięcy.** | **Podać** |  |
|  | Dostawa i instalacja aparatu  | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu (min. 3 osoby) w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury | Tak |  |
|  | Paszporty techniczne, karta gwarancyjna oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów wraz z dostawą aparatury | Tak |  |
|  | Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Podać |  |
|  | Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. | Podać |  |

\*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

1. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
2. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa***netto* | **Wartość** *netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena jednostkowa***brutto**8=5+7* | **Wartość** *brutto* | Uwagi |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **I** | **Respirator**  | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |  | x |  |  |

Wykonawca oferuje realizację przedmiotu zamówienia za cenę …………………….złotych,

słownie złotych…………………………

………………….. dnia ……………………………………

 podpis osoby lub osób upoważnionych

 do reprezentowania wykonawcy