Załącznik nr 5 do SIWZ po zmianach

Załącznik nr 1 do umowy TZ.372.10.4.2020

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY- Zadanie nr 4**

1. Przedmiot zamówienia:

**Defibrylator – 2 szt.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| **I** | **Defibrylator – 2 szt.** | | |
|  | Urządzenie typ, model | Podać |  |
|  | Producent/ Firma /Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji | 2019/2020 |  |
|  | Oznakowanie CE | Tak |  |
|  | **Parametry techniczne** |  |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V/50 Hz oraz akumulatorowe (zasilacz wbudowany (\*) lub zgodnie z dopuszczeniem zasilacz z możliwością „wypięcia” bez użycia narzędzi, który jest częścią integralną po „wpięciu” w slot zasilania.) | Tak |  |
|  | Czas ładowania akumulatorów do pełnej pojemności maksymalnie 5 godzin | Tak |  |
|  | Akumulator bez efektu pamięci | Tak |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (opis na panelu i komunikaty ekranowe) | Tak |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacyjna | Tak |  |
|  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna (komunikaty głosowe w trybie AED w języku polskim) | Tak |  |
|  | Wykonywanie kardiowersji | Tak |  |
|  | Energia maksymalna defibrylacji min. 360 J | Tak |  |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej max. 7 sekund | Tak |  |
|  | Automatyczna kompensacja impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek i elektrod jednorazowych | Tak |  |
|  | Zakres regulacji poziomu energii od 2 do 360 J min 24 poziomy energii  (\*) lub zgodnie z dopuszczeniem  Zakres regulacji poziomu energii od 1 do 360 J łącznie 23 poziomy energii  (\*) lub zgodnie z dopuszczeniem  Zakres regulacji poziomu energii od 1 do 360 J łącznie 22 poziomy energii | Tak |  |
|  | Defibrylacja dzieci i dorosłych - zintegrowane łyżki dla dzieci i dorosłych | Tak |  |
|  | Pełna obsługa defibrylacji za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach (ładowanie, rozładowanie) | Tak |  |
|  | Monitorowanie EKG min. 3 odprowadzeniami wraz z kpl. kabli | Tak |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej min. 5,5 " | Tak |  |
|  | Min. 5 wartości wzmocnienia sygnału | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru częstości pracy serca hr min 20 -300/min | Tak |  |
|  | Rejestrator EKG na papierze minimum 50 mm | Tak |  |
|  | Szybkość wydruku min 25 mm/sek. | Tak |  |
|  | Pamięć wewnętrzna epizodów i fragmentów EKG | Tak |  |
|  | Możliwość wprowadzenia do pamięci danych pacjenta oraz nazw wykonywanych procedur i podawanych leków | Tak |  |
|  | Stymulacja zewnętrzna | Tak |  |
|  | Tryb asynchroniczny i ,,na żądanie’’ | Tak |  |
|  | Częstotliwości stymulacji w zakresie min. 40 -170 imp/min | Tak |  |
|  | Prąd stymulacji w zakresie min. 10-140 mA | Tak |  |
|  | 3 komplety elektrod dla dorosłych do stymulacji | Tak |  |
| **Informacje dodatkowe** | | | |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące max. 60 miesięcy** | **Tak, podać** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów wraz z dostawą | Tak, z dostawą |  |
|  | Dostawa i instalacja | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego (min. 3 osoby) w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Podać |  |
|  | Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. | Podać |  |

***(\*) Wykonawca zobowiązany jest do jednoznacznego wskazania oferowanych parametrów poprzez przekreślenie parametrów, których nie oferuje***

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** | **Defibrylator** | **szt.** | **2** |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | |  | | x | |  | |  | |

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

……………………………., dnia ………………. r.

……………………………………

podpis osoby lub osób upoważnionych

do reprezentowania wykonawcy