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

1. Przedmiot zamówienia:

**Monitor funkcji życiowych– 2 szt.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| **I** | **Monitor funkcji życiowych– 2 szt.** | | |
|  | Urządzenie typ, model | Podać |  |
|  | Producent/ Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji | 2020 |  |
|  | Oznakowanie CE | Tak |  |
| **Parametry techniczne** | | | |
|  | Monitor funkcji życiowych umieszczony na stabilnym, pięciokołowym statywie jezdnym, z możliwością zablokowania dwóch kół, z przegródkami na akcesoria (np. mankiety, sensory, kapturki) i wbudowanym oświetleniem LED półki (do pracy nocnej), systemem prowadzenia kabli, zintegrowanym uchwytem na pojemnik na odpady lub chusteczki dezynfekujące | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 8 cali i rozdzielczości min. 800 x 600 pikseli | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone dla pacjentów dorosłych i pediatrycznych | Tak |  |
|  | Wszystkie komunikaty i menu w języku polskim | Tak |  |
|  | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej sześciu parametrów | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy urządzenia o Skalę Wczesnego Ostrzegania (EWS) - wskaźnik stanu pacjenta na podstawie algorytmu parametrów (NIBP, SpO2, tętno, ciepłota ciała, ilość oddechów) | Tak |  |
|  | Monitorowanie NIBP, tętna, SpO2 oraz ciepłoty ciała na błonie bębenkowej lub w jamie ustnej/ pod pachą | Tak |  |
|  | Możliwość ręcznego wprowadzania parametrów takich jak: respiracja, wzrost, waga, poziom odczuwanego bólu | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o interfejs sieci bezprzewodowej umożliwiający transfer danych do systemu szpitalnego | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o Identyfikacje pacjentów i personelu za pomocą kodu kreskowego | Tak |  |
|  | Praca minimum w dwóch trybach: pomiar punktowy, monitorowanie ciągłe | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy urządzenia o stację pomiarową do określania wagi i wzrostu, z obciążeniem do min. 250 kg, z bezprzewodową transmisją danych, przeznaczoną do stosowania w szpitalach i zalegalizowaną do celów medycznych | Tak |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja urządzenia ze stacją pomiarową do określania wzrostu, wagi - wyniki wyświetlane bezpośrednio na ekranie monitora | Tak |  |
|  | Możliwość ustawiania przez użytkownika progów alarmowych NIBP, SpO2; Alarmy w formie wizualnej i dźwiękowej, z możliwością czasowego zawieszenia i wyciszenia | Tak |  |
|  | **Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia krwi w trakcie inflacji mankietu. Typowy czas określania ciśnienia tętniczego nie dłuższy niż 15 sek. | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed „przepompowaniem”, tj. powyżej 300 mmHg, +/- 15 mmHg | Tak |  |
|  | Wymóg spełnienia standardu ANSI/AAMI SP10:2002 (dokładność pomiaru) | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia skurczowego: min. od 30 do 260 mmHg | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia rozkurczowego: min. od 20 do 220 mmHg | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia średniego: min. od 25 do 230 mmHg | Tak |  |
|  | W zestawie dwa mankiety w rozmiarach „standard” i „duży”, wykonane z tworzywa sztucznego, wykończone powłoką antybakteryjną, z możliwością dezynfekcji poprzez całkowite zanurzenie, z możliwością obrócenia przewodu o 360⁰, wyposażone w szybkozłącze (wymiana mankietu bez odkręcania przewodów) | Tak |  |
|  | Możliwość stosowania mankietów jednopacjentowych | Tak |  |
|  | W trybie monitorowania : granice alarmowe oraz wyniki ostatniego pomiaru ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego stale widoczne na ekranie głównym | Tak |  |
|  | W trybie monitorowania : możliwość dokonywania pomiarów w odstępach automatycznych lub z możliwością zaprogramowania przez użytkownika min. 2 algorytmów interwałowych | Tak |  |
|  | **Pomiar temperatury** |  |  |
|  | Pomiar ciepłoty ciała dokonywany bezprzewodowym, elektronicznym termometrem dousznym z podgrzewaną końcówką (eliminuje wychłodzenie kanału słuchowego), pomiar wyświetlany na ekranie monitora lub pomiar temperatury w jamie ustnej/pod pachą | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru temperatury : min. 20°C do 42°C lub min. 26,7°C do 43°C | Tak |  |
|  | Dokładność kalibracji 0,2°C | Tak |  |
|  | Sonda pomiarowa chroniona osłonkami usuwanymi bezdotykowo – w dostawie min. 800 szt. osłonek | Tak |  |
|  | **Pomiar saturacji i tętna** |  |  |
|  | Pomiar SPO2 zakresie min. 1 – 100% | Tak |  |
|  | W komplecie wielorazowy czujnik palcowy dla pacjentów dorosłych | Tak |  |
|  | Wyświetlanie wartości liczbowej, krzywej pletyzmograficznej, częstości tętna oraz wykresu słupkowego amplitudy tętna (do wyboru przez użytkownika) | Tak |  |
|  | Progi alarmowe stale widoczne na ekranie w trybie monitorowania | Tak |  |
|  | Pomiar częstości tętna w zakresie min. od 20 do 250 uderzeń na minutę (plus minus 3 ud/min) | Tak |  |
|  | **Pamięć i zarządzanie danymi** |  |  |
|  | Pamięć wykonanych pomiarów min. z ostatnich 24 godzin; automatyczne kasowanie zapisów po 24 godzinach. | Tak |  |
|  | Możliwość wprowadzania danych pacjenta przez klawiaturę alfanumeryczną na ekranie lub wyboru pacjenta z listy | Tak |  |
|  | Możliwość ręcznego wpisywania dodatkowych danych pacjenta: wzrost, waga, częstość oddechu, poziom bólu | Tak |  |
|  | **Zasilanie** | Tak |  |
|  | Zasilanie urządzenia sieciowe (100–240 V, AC 50–60 Hz) i z wbudowanego akumulatora | Tak |  |
|  | Akumulator litowo-jonowy o czasie ładowania do pełnej pojemności max. 4 godz., pozwalający na wykonanie min. 45 kompletów pomiarów | Tak |  |
|  | Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na ekranie | Tak |  |
|  | Komunikacja : Port USB, 802.11.x Ethernet RJ45, WiFi 802.11 a/b/g, port przywołania pielęgniarki, możliwość rozbudowy o wbudowaną drukarkę termiczną | Tak |  |
| **Informacje dodatkowe** | | | |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące max. 60 miesięcy** | **Tak, podać** |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych przez okres co najmniej 8 lat od daty dostawy | Tak |  |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | Tak |  |
|  | Montaż i uruchomienie, szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | Tak |  |
|  | 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 |  |
|  | Częstość 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=9/4* | **Wartość** *brutto*  *9=6+7* | Uwagi |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **I** | **Monitor funkcji życiowych** | **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