

## Załącznik nr 2. Formularz ofertowo – cenowy

### Zadanie nr 1. Kapnometr – 1 szt.

Rok produkcji:

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Pomiar ETCO2 w strumieniu głównym	TAK	
2.	Możliwość podłączenia do rurki intubacyjnej, worka resuscytacyjnego, przewodu pacjenta	TAK	
3.	Temperatura pracy -5 do + 40	TAK	
4.	Rozmiar ok. 52x39x39 mm	TAK	
5.	Ciężar ok. 60 g	TAK	
6.	Wyświetlacz numeryczny LED	TAK	
7.	Alarmy przekroczenia progów wysokiego i niskiego poziomu ETCO2	TAK	
8.	Zasilanie: bateryjne	TAK	
9.	Certyfikat zgodności z dyrektywą 93/43 EEC	TAK	
10.	Odporny na uderzenia	TAK	
11.	Przygotowany do transportu w ambulansie - zgodność z normą EN-1789	TAK	
12.	Komplet złączek	TAK	
13.	Etui do kapnometru	TAK	
14.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
15.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
16.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
17.	Rok produkcji 2011	TAK	
18.	Instrukcja obsługi w jęz. polskim wraz z dostawą	TAK	
19.	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany		

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczeń i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

## Zadanie 2. Kardiomonitor – 1 szt.

Rok produkcji:

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj:

Lp.	Opis wymaganych parametrów	Parametr wymagany	Parametr wymagany
1.	Monitor kompaktowy o wadze nie większej niż 5 kg.	TAK	
2.	Przekątna ekranu LCD TFT.	min. 12”	
3.	Rozdzielczość ekranu 800 x 600.	TAK	
4.	Ilość kanałów dynamicznych.	min. 4	
5.	Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich parametrów.	min. 72 godz.	
6.	Funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy).	TAK	
7.	Zasilanie monitora 230V/50Hz.	TAK	
8.	Wewnętrzne zasilanie akumulatorowe na co najmniej 1.5 godziny pracy.	TAK	
9.	Akumulator wymienny przez użytkownika bez rozkręcania obudowy monitora.	TAK	
10.	Instrukcja w języku polskim.	TAK	
11.	Statyw na kółkach koszykiem na akcesoria, lub uchwyt do zamocowania na ścianie.	TAK	

12.	Oprogramowanie w języku polskim - obsługa przy pomocy pokręta i dedykowanych do podstawowych czynności obsługi przycisków funkcyjnych.	TAK	
13.	Rozbudowane funkcje zapamiętywania i przeglądu danych: Min 400 wyników pomiarów nieinwazyjnego ciśnienia. Min 70 zdarzeń alarmowych. Min 70 zdarzeń arytmii.	TAK	
14.	Monitor kompatybilny z zainstalowanymi na Oddziale Intensywnej Terapii monitorami (akcesoria i praca w sieci monitorowania).	TAK	
<b><i>Pomiar EKG/ ST/RESP</i></b>			
15.	Pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 300 B/min.	TAK	
16.	Pomiar odchylenia odcinka ST w wybranym odprowadzeniu w zakresie co najmniej od -2 do +2 mV.	TAK	
17.	Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min.	TAK	
18.	Przewód EKG z 3 końcówkami.	TAK	
19.	100 jednorazowych elektrod EKG na podkładzie z gąbki, z przesuniętym w stosunku do środka elektrody złączem do podłączenia końcówek EKG.	TAK	
20.	Respiracja: Zakres pomiarowy: dorośli 0-120 R/min; noworodki/dzieci 0-150 R/min, rozdzielczość 1 R/min.	TAK	
21.	Analiza arytmii: wykrywanie rodzajów zaburzeń.	TAK	
<b><i>Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną</i></b>			
22.	Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego.	TAK	
23.	Tryb pracy ręczny.	TAK	
24.	Tryb pracy automatyczny - przedziały czasowe pomiaru co najmniej od 3 do 480 minut.	TAK	
25.	Mankiety średni i mały dla dorosłych oraz mankiety pediatryczny. Przewód łączący mankiety z monitorem.	TAK	
26.	NIBP: Zakresy pomiarowe: dorośli 10-270mmHg, dzieci 10-200mmHg, noworodki 10-135mmHg, rozdzielczość 1 mmHg.	TAK	
<b><i>Pomiar saturacji i pletyzmografia</i></b>			
27.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu.	TAK	
28.	Dźwięk wykrycia pulsu o zmiennym tonie zależnym od wartości saturacji.	TAK	
29.	Czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec. Przewód łączący czujnik z monitorem.	TAK	

<b>Pomiar temperatury</b>			
29.	Wyświetlanie wartości temperatury ciała.	TAK	
30.	Czujnik temperatury powierzchniowy, wielorazowy.	TAK	
40.	Gwarancja minimum 24 miesiące.		
41.	Serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres 10 lat.		
42.	Czas reakcji serwisu 24 godz.		
43.	Rok produkcji 2011 r.		
44.	Załączyć instrukcje obsługi w jęz. Polskim wraz z dostawą aparatu.		
45.	Deklaracja zgodności CE Ulotki informacyjne + karty katalogowe Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany		

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 3. Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa – 2 szt.**

Rok produkcji:

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj:

Lp.	Opis wymaganych parametrów	Parametr wymagany	Parametr oferowany
Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa.			
1.	Dostosowanie do strzykawki o obj. (10ml; 20ml;50ml).	TAK	
2.	Praca pomp musi odbywać się także poza siecią zasilającą.	TAK	
3.	Prosta obudowa ułatwiająca dezynfekcję.	TAK	
4.	Pompa ma być dwustrzykawkowa (2-torowa).	TAK	
5.	Posiada uchwyt mocujący pompę do stojaka.	TAK	
6.	Posiada możliwość zaprogramowania/ nastawienia: -szybkości (zakres 0,1 ml/godz -200 ml/godz) -objętości infuzji (objętość do wydozowania), -alarm końca infuzji.	TAK	
7.	Instrukcja do pompy dołączona w j.polskim.	TAK	
8.	Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki.	TAK	
9.	Bolus manualny i automatyczny.	TAK	
10.	Programowana szybkość podaży Bolusa.	TAK	
11.	Czas pracy z akumulatora min 10h przy inf 5 ml/h.	TAK	
12.	Uchwyt do przenoszenia pompy (rączka) nie wymagający demontażu przy przenoszeniu pomp.	TAK	
13.	System alarmów: -nieprawidłowe mocowanie strzykawki, -pusta strzykawka, koniec infuzji, -akumulator rozładowany, -okluzja, -pompa uszkodzona.	TAK	
14.	Załączyć instrukcję obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatu.	TAK	
15.	Deklaracja zgodności CE. Ulotki informacyjne + karty katalogowe. Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany.	TAK	
16.	Gwarancja min. 24 miesiące.	TAK	
17.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat.	TAK	

18.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
19.	Rok produkcji 2011.	TAK	
	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany		

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto za dwa urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,  
podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto za serwisowanie dwóch urządzeń: .....zł, cena netto: .....  
zł, podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 4. Respirator z własnym źródłem powietrza – 1 szt.**

Rok produkcji:

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj:

L.p.	Opis wymaganych parametrów	Parametr wymagany	Parametr oferowany
------	----------------------------	-------------------	--------------------

1.	Deklaracja zgodności i certyfikat CE (podać nr certyfikatu)	TAK	
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>		
2.	Respirator stacjonarny oraz do transportu wewnątrzszpitalnego dla dzieci i dorosłych.	TAK	
3.	Zasilanie gazowe w tlen z centralnej instalacji. minimalny zakres 2,8 do 5,5 bar	TAK	
4.	Zasilanie gazowe w tlen pod niskim ciśnieniem, max do 2,1 bar	TAK	
5.	Własne zasilanie gazowe w sprężone powietrze (kompresor, turbina, itp.)	TAK	
6.	Respirator na podstawie jezdnej, min dwa kółka wyposażone w blokadę.	TAK	
7.	Zasilanie AC 230 V 50 Hz +/-10%	TAK	
8.	Awaryjne zasilanie respiratora z akumulatora wewnętrznego min 90 minut (łącznie z awaryjnym zasilaniem w powietrze)	TAK Podać czas pracy	
9.	Waga respiratora (bez podstawy)	Maksymalnie 17 kg	
<b>II</b>	<b>TRYBY WENTYLACJI</b>		
10.	Wentylacja kontrolowana objętością VCV	TAK	
11.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem PCV	TAK	
12.	Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana z docelową objętością oddechową	TAK	
13.	CMV/ Assist	TAK	
14.	SIMV	TAK	
15.	PSV	TAK	
16.	VSV	TAK	
17.	PEEP/CPAP	TAK	
18.	Wdech manualny	TAK	
19.	Oddech spontaniczny	TAK	
20.	Westchnienia automatyczne	TAK	
21.	Wentylacja spontaniczna na dwóch poziomach ciśnienia: BIPAP, Bilevel, SPAP i podobne	TAK	
22.	Wentylacja nieinwazyjna we wszystkich trybach wentylacji	TAK	
23.	Wentylacja awaryjna przy bezdechu	TAK	
24.	Tryb automatycznie przełączanej wentylacji wymuszonej/spontanicznej	TAK	
<b>III</b>	<b>PARAMETRY REGULOWANE</b>		
25.	Częstość oddechów minimalny zakres 4–100 odd/min	TAK	
26.	Objętość pojedynczego oddechu minimalny zakres 50– 2000 ml	TAK	
27.	Czas wdechu minimalny zakres 0,2 – 5 s	TAK	
28.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 – 100%	TAK	
29.	Ciśnienie wdechowe PCV minimalny zakres 3 – 80 cmH <sub>2</sub> O	TAK	

30.	Ciśnienie wspomaganie PSV minimalny zakres 3 – 60 cmH <sub>2</sub> O	TAK	
31.	PEEP/CPAP minimalny zakres 0 – 35 cmH <sub>2</sub> O	TAK	
32.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta minimalny zakres 1– 10 l/min	TAK	
IV	<b>OBRAZOWANIE MIERZONYCH PARAMETRÓW WENTYLACJI</b>		
33.	Wbudowany kolorowy, dotykowy monitor obrazowania parametrów wentylacji, przekątna minimum 10 cali do prezentacji parametrów nastawianych i mierzonych oraz krzywych dynamicznych. Obsługa poprzez przyciski, pokrętło, ekran dotykowy.	TAK Opisać, podać przekątną ekranu	
34.	Integralny pomiar stężenia tlenu	TAK	
35.	Całkowita częstość oddychania	TAK	
36.	Częstość oddechów spontanicznych	TAK	
37.	Wydechowa objętość pojedynczego oddechu	TAK	
38.	Wydechowa objętość całkowitej wentylacji minutowej	TAK	
39.	Ciśnienie szczytowe	TAK	
40.	Średnie ciśnienie w układzie oddechowym	TAK	
41.	Stosunek wdech/wydech I:E	TAK	
42.	Ciśnienie PEEP/CPAP	TAK	
43.	Możliwość równoczesnego obrazowania trzech przebiegów falowych w czasie rzeczywistym dla ciśnienia, przepływu i objętości w funkcji czasu i jednej pętli zamkniętej do wyboru: ciśnienie/objętość lub przepływ/objętość	TAK	
44.	Wykresy trendów parametrów mierzonych (minimum 48 godzinne)	TAK	
V	<b>ALARMY</b>		
45.	Braku zasilania w energię elektryczną	TAK	
46.	Całkowitej objętości minutowej (wysokiej i niskiej)	TAK	
47.	Niskiej objętości oddechowej pojedynczego oddechu	TAK	
48.	Wysokiego ciśnienia w układzie pacjenta	TAK	
49.	Niskiego ciśnienia w układzie pacjenta	TAK	
50.	Wysokiej i niskiej częstości oddechowej	TAK	
51.	Bezdechu	TAK	
52.	Pamięć alarmów z ich opisem, minimum 500 zdarzeń	TAK	
VI	<b>INNE POŻĄDANE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE</b>		
53.	Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji	TAK Opisać	
54.	Wstępne ustawienia parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta IBW	TAK	



55.	Autotest aparatu sprawdzający poprawność działania elementów pomiarowych, szczelność i podatność układu oddechowego.	TAK	
56.	Kompletny układ oddechowy wielorazowy dla dorosłych + 2 sztuki na urządzenie.	TAK	
57.	Możliwość stosowania układów, filtrów oddechowych od różnych producentów	TAK	
	<b>POZOSTAŁE</b>		
58.	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	TAK	
59.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
60.	Serwis pogwarancyjny, <b>odpłatny przez okres min. 10 lat</b>	TAK	
61.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
62.	Rok produkcji 2011	TAK	
63.	Deklaracja zgodności CE Ulotki informacyjne + karty katalogowe Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany.	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis upoważnionego  
przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie nr 5. Stół do badań – 2 szt.**

Rok produkcji:

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Szerokość całkowita 670 mm (+/- 20 mm)	TAK	
2.	Długość całkowita 1950 mm (+/- 20 mm)	TAK	
3.	Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie 810- 1110 mm (+/- 50 mm)	TAK	
4.	Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej od 0 <sup>0</sup> do 15 <sup>0</sup> (+/- 3 <sup>0</sup> ) – regulacja płynna	TAK	
5.	Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie od 0 <sup>0</sup> do 13 <sup>0</sup> (+/- 3 <sup>0</sup> ) –regulacja płynna	TAK	
6.	Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
7.	Leże czterosegmentowe, podnoszony zagłówek o szer. min. 50 cm	TAK	
8.	Segmenty leża tapicerowane bezszwowo	TAK	
9.	Bezstopniowa regulacja oparcia pleców dokonywana mechanizmem dociskowym w zakresie 0 - 80 <sup>0</sup> (+/- 5 <sup>0</sup> )	TAK	
10.	Regulacja segmentu siedziska 0 <sup>0</sup> - 20 <sup>0</sup> (+/- 5 <sup>0</sup> )	TAK	
11.	Możliwość uzyskania pozycji fotelowej	TAK	
12.	Uchwyt do rolki prześcieradła jednorazowego wraz z prześcieradłem	TAK	
13.	Wysuwana misa ze stali nierdzewnej	TAK	
14.	Z boków stołu szyny ze stali nierdzewnej do mocowania wyposażenia dodatkowego	TAK	
15.	Stół wyposażony w: - wieszak kroplówki (1 szt.) - podkolanniki (2 szt.) - uchwyty ręki (2szt.) - podpora ręki (1 szt.) - podpory stopy (2 szt.) - komplet zacisków (7 szt.)	TAK	
16.	Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych	TAK	
17.	Gwarancja min. 24 miesięcy	TAK	

18.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
19.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres min. 10 lat	TAK	
20.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
21.	Deklaracja zgodności CE Ulotki informacyjne + karty katalogowe Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto za dwa urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,  
podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto za serwisowanie dwóch urządzeń: .....zł, cena netto: .....  
zł, podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczeń i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 6. Zestaw szyn typu MODURA**

Nazwa typu profilu/przekroju szyny:

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

L.p.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Szyna typu MODURA ciężka wykonana z anodowanego aluminium długości 3m	TAK	
2.	Wspornik szyny typu MODURA ciężkiej wykonany z anodowanego aluminium	TAK 5 szt.	
3.	Zakończenie szyny typu MODURA ciężkiej	TAK 1 komplet	
4.	Szyna typu MODURA lekka profilowana wykonana z anodowanego aluminium długości 3m	TAK	
5.	Wspornik szyny typu MODURA lekkiej profilowanej wykonany z anodowanego aluminium	TAK 7 szt.	
6.	Zakończenie szyny typu MODURA lekkiej profilowanej	TAK 1 komplet	
7.	Szyna typu MODURA ciężka wykonana z anodowanego aluminium długości 2,5m	TAK	
8.	Wspornik szyny typu MODURA ciężkiej wykonany z anodowanego aluminium	TAK 5 szt.	
9.	Zakończenie szyny typu MODURA ciężkiej	TAK 1 komplet	
10.	Szyna typu MODURA lekka profilowana wykonana z anodowanego aluminium długości 2,5m	TAK	
11.	Wspornik szyny typu MODURA lekkiej profilowanej wykonany z anodowanego aluminium	TAK 7 szt.	
12.	Zakończenie szyny typu MODURA lekkiej profilowanej	TAK 1 komplet	
13.	Obciążenie pomiędzy punktami mocowania dla szyny typu MODURA ciężkiej max = 100 kg	TAK	
14.	Obciążenie pomiędzy punktami mocowania dla szyny typu MODURA lekkiej profilowanej max = 40 kg	TAK	
15.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
16.	Serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres 10 lat.	TAK	
17.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
18.	Rok produkcji 2011 r.	TAK	
19.	Załączyć instrukcje obsługi w jęz. Polskim wraz z dostawą aparatu.	TAK	

20.	Deklaracja zgodności CE Ulotki informacyjne + karty katalogowe Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	
-----	--	-----	--

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis upoważnionego  
przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie nr 7. Wózek funkcyjny – 1 szt.**

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

Lp	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału charakteryzującego się wysoką wytrzymałością i trwałością: stal nierdzewna lub wysokoodporne tworzywo BAYDUR	TAK	
2.	Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad – zamykany na klucz.	TAK	
3.	Wymiary zewnętrzne wózka: - Wysokość : 90 cm, +/-5 cm - Głębokość : 72 cm, +/-5 cm - Szerokość: 83cm, +/-5cm	TAK	
4.	Wózek wyposażony w: - trzy szuflady o wysokości 100 mm - dwie szuflady o wysokości 150 mm	TAK	
5.	Czoła szuflad z przezroczystymi pojemnikami z możliwością umieszczenia opisu identyfikującego zawartość szuflady. Pojemniki szuflad jednoczęściowe - odlane w formie bez elementów łączenia, bez miejsc narażonych na kumulacje brudu ognisk infekcji.	TAK	
6.	Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne w tym 2 z blokadą, o średnicy min. 65 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem rozmieszczone w równych odległościach od siebie (kwadracie) zwiększające zwrotność wózka lub system z piątym centralnie umiejscowionym kołem.	TAK	
7.	Wyposażenie podstawowe wózka: - blat zabezpieczony przed zsuwaniem się przedmiotów, - uchwyt do przetaczania, - pojemnik do zużytych igieł, - otwieracz ampułek, - pojemnik na cewniki, - pojemnik na butelki, - co najmniej dwa przezroczyste umożliwiające identyfikację tego co znajduje się w środku odchylane pojemniki „kieszenie”, - wysuwaną spod blatu półkę do pisania, - półkę na żel, - uchwyt na butlę z tlenem, - zintegrowane dwie boczne szuflady	TAK	

	wysuwane spod blatu: jedna z wkładem ze stali nierdzewnej, druga na leki natychmiastowego użycia –ratujące życie z przezroczystą ścianką pozwalające na ich identyfikacje  Wymienione wyposażenie nie powodujące zwiększenia gabarytów wózka i nie narażające na ich uszkodzenie – zintegrowane w budowie wózka		
8.	Wyposażenie dodatkowe (wymagane wraz z dostawą): - nadstawka na leki - półka ze stali nierdzewnej na monitor/defibrylator montowana na nadstawce na monitor - półka ze stali nierdzewnej na ssak/defibrylator przy podstawie jezdnej - wieszak kroplówki - listwa z zasilaniem elektrycznym min. 2 gniazda - płyta do masażu serca - listwa ze stali nierdzewnej z dwoma małymi kuwetami, dodatkowo dwie podwójne małe kuwety	TAK	
9.	Kolorystyka szafki do wyboru, podać możliwości Szuflady w kolorze zielonym	TAK	
10.	Gwarancja 24 miesiące	TAK	
11.	Deklaracja zgodności CE Ulotki informacyjne + karty katalogowe Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	
12.	Serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres 10 lat.	TAK	
13.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
14.	Załączyć instrukcje obsługi w jęz. Polskim wraz z dostawą aparatu.	TAK	
	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany		

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis upoważnionego  
przedstawiciela Wykonawcy

### **Zadanie nr 8. Aparat do masażu uciskowego – 1 szt.**

Producent:

Nazwa i typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

L.p.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Kolorowy ekran dotykowy 5.7" ułatwiający sterowanie aparatem	TAK	
2.	Liczba komór 12	TAK	
3.	Zakres ciśnienia 20 -160 mmHg	TAK	
4.	Gradient 0 -100% płynna regulacja	TAK	
5.	Encyklopedia z gotowymi protokołami zabiegowymi minimum 15	TAK	
6.	Gotowe sekwencje programów zabiegowych	TAK	
7.	Możliwość tworzenia i zapisywania do 100 własnych programów użytkownika	TAK	
8.	Niezależna regulacja ciśnienia dla każdej komory	TAK	
9.	Regulacja prędkości nadmuchiwanie aplikatora	TAK	



10.	Parametry aktywności komór aplikatora widoczne na ekranie	TAK	
11.	Aplikatory: 2 mankiety na nogi - 10 komór (prawa i lewa); 2 mankiety na ręce 8 komór (prawa i lewa)		
12.	Waga maks. 7,5 kg	TAK	
13.	Czas trwania terapii do 99 minut	TAK	
14.	Złącze umożliwiające łatwą i szybką wymianę aplikatorów	TAK	
15.	Automatyczna identyfikacja aplikatora przez aparat	TAK	
16.	Możliwość wyłączenia poszczególnych komór w aplikatorze	TAK	
17.	Oryginalny stolik producenta aparatu wyposażony w kabel zasilający, uchwyt na zasilacz do aparatu oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce.	TAK	
18.	Gwarancja min. 24 miesiące.	TAK	
19.	Serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres 10 lat.	TAK	
20.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
21.	Rok produkcji 2011 r.	TAK	
22.	Załączyć instrukcje obsługi w jęz. Polskim wraz z dostawą aparatu.	TAK	
23.	Deklaracja zgodności CE Ulotki informacyjne + karty katalogowe Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Cena brutto urządzenia: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł.

Koszt ryczałtowy serwisowania urządzenia zawierający wszystkie koszty w tym: koszty dojazdu/wysyłki, robocizny i wartości wymienianych podzespołów (części zamiennych) za okres 2 lat po upływie okresu gwarancyjnego, wyliczany dla każdego zadania odrębnie, wynosi:

cena brutto: .....zł, cena netto: ..... zł,

podatek VAT: ..... zł

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis upoważnionego  
przedstawiciela Wykonawcy