**Załącznik nr 2 Formularz ofertowo – cenowy.**

**Zadanie nr 1**

RESPIRATOR STACJONARNY – 1 SZT.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry** | **Wartość wymagana/ graniczna** | **Potwierdzenie wymagań** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Nazwa, typ, model respiratora | podać |  |  |
| 2. | Producent | podać |  |  |
| 3. | Rok produkcji min. 2009 - 2012Zamawiający dopuszcza aparaty demonstracyjne z maksymalną liczbą godzin pracy 3500 h. | Tak. Podać |  |  |
|  | **Wymagania ogólne respiratora** |  |  |  |
| 4. | Respirator przeznaczony głównie do wentylacji dorosłych i dzieci | TAK |  |  |
| 5. | Waga respiratora do montażu na półce kolumny do intensywnej terapii | TAK |  |  |
| 6. | Zasilanie w tlen ciśnieniu od 2,8 do 6,0 bar Zasilanie w tlen o niskim ciśnieniu od 0 do 1,5 bar | TAK |  |  |
| 7. | Zasilanie AC 230 V 50 Hz +/- 10% | TAK |  |  |
| 8. | Awaryjne zasilanie akumulatorowe do podtrzymania pracy aparatu wraz z turbiną lub kompresorem na minimum 150 minut. | TAK |  |  |
| 9. | Zasilanie w powietrze wbudowane turbiny lub z kompresora | TAK |  |  |
| 10. | Obsługa poprzez przyciski, pokrętło i ekran dotykowy | TAK |  |  |
| 11. | System testów sprawdzających działanie respiratora | TAK |  |  |
| 12. | Funkcja autotestu dokonywana automatycznie lub na żądanie po włączeniu respiratora | TAK |  |  |
| 13. | Przygotowany do pracy z wymiennikami ciepła i wilgoci | TAK |  |  |
| 14. | Ramię uchylne z blokadą(uchwyt rur oddechowych) | TAK |  |  |
| 15. | Aparat na podstawie jednej z blokadą dwóch kół i ramieniem do podtrzymywania układu pacjenta | TAK |  |  |
| 16. | Możliwość transportu respiratora z pacjentem bez przerywania wentylacji | TAK |  |  |
|  | **Tryby wentylacji** |  |  |  |
| 17. | Wentylacja objętościowa wymuszona i asystująca z bezpośrednim ustawienie stosunku I: E w jednym parametrze, stałym przy zmianach częstości oddechowej | TAK |  |  |
| 18. | Wentylacja ciśnieniowa wymuszona i asystująca z bezpośrednim ustawieniem stosunku I: E w jednym parametrze, stałym przy zmianach częstości oddechowej | TAK |  |  |
| 19. | SIMV | TAK |  |  |
| 20. | PSIMV | TAK |  |  |
| 21. | Wentylacja PSV | TAK |  |  |
| 22. | PRVC, tryb wentylacji ze zmiennym ciśnieniem i docelowa objętością oddechową | TAK |  |  |
| 23. | Tryb wentylacji do wybudzania pacjentów, ze zmienną minimalną częstością oddechową zależną od częstości oddechów spontanicznych pacjenta | TAK |  |  |
| 24. | Wentylacja CPAP | TAK |  |  |
| 25. | Możliwość programowania westchnięć | TAK |  |  |
| 26. | Wentylacja bezdechu z możliwością wyboru czasu reakcji | TAK |  |  |
| 27. | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV | TAK |  |  |
|  | **Parametry Nastawiane** |  |  |  |
| 28. | Częstość oddechów min.: 4-120 odd/min | TAK |  |  |
| 29. | Objętość pojedynczego oddechu min.: 40-2000 ml | TAK |  |  |
| 30. | Regulowany czas wdechu zakres minimalny od 0,2 do 10,0 sek. | TAK |  |  |
| 31. | Stosunek I: E min. 1:9 do 4:1 lub stosunek Ti:TTot min. 3% - 80% | TAK |  |  |
| 32. | Możliwość wyboru sposobu nastawiania parametrów wdechu i wydechu min. z: I:E, Ti:Ttot, czas wdechu i szczytowy przepływ wdechowy | TAK |  |  |
| 33. | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane w zakresie od 21 do 100% | TAK |  |  |
| 34. | Ciśnienie wspomagania min od 2 do 40 cmH2O  | TAK |  |  |
| 35. | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta min. 1-10 l/min | TAK |  |  |
| 36. | Regulowane kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybach spontanicznych min. 5 –50% przepływu szczytowego | TAK |  |  |
| 37. | Czas plateau min. 0 -2 s | TAK |  |  |
| 38. | Ciśnienie PEEEP min od 0 do 50 cmH2O | TAK |  |  |
| 39. | Regulacja czasu narastania przepływu minimum 50-180 cmH2O/s (podać zakres regulacji) | TAK |  |  |
| 40. | Ciśnienie wdechowe min 2 - 90 cmH2O  | TAK |  |  |
| 41. | Manualne przedłużanie fazy wdechowej, co najmniej wymagany przedział regulacji 0 – 6 sekund  | TAK |  |  |
| 42. | Manualne przedłużenie fazy wdechowej, co najmniej wymagany przedział regulacji 0 – 10 sekund | TAK |  |  |
|  | **Obrazowanie mierzonych parametrów** **wentylacji** |  |  |  |
| 43. | Aktualnie prowadzony tryb wentylacji | TAK |  |  |
| 44. | Rzeczywista całkowita częstość oddechowa | TAK |  |  |
| 45. | Spontaniczna częstość oddechowa | TAK |  |  |
| 46. | Objętość pojedynczego oddechu (wydechowa) | TAK |  |  |
| 47. | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej (wydechowa) | TAK |  |  |
| 48. | Spontaniczna objętość minutowa | TAK |  |  |
| 49. | Szczytowe ciśnienie | TAK |  |  |
| 50. | Ciśnienie średnie | TAK |  |  |
| 51. | Ciśnienie Plateau | TAK |  |  |
| 52. | Ciśnienie PEEP | TAK |  |  |
| 53. | Trendy mierzonych parametrów z min. 24 godz. | TAK |  |  |
| 54. | Integralny pomiar stężenia tlenu | TAK |  |  |
|  | **Prezentacja graniczna** |  |  |  |
| 55. | Pojedynczy kolorowy ekran dotykowy oprzekątnej minimum 10 cali do prezentacji parametrów nastawianych i mierzonych, oraz krzywych dynamicznych | TAK |  |  |
| 56. | Jednoczesne wyświetlanie min. 2 krzywych dynamicznych:przepływ/czas, ciśnienie/czas | TAK |  |  |
| 57. | Wyświetlanie pętli:- P/V- V/F- F/P | TAK |  |  |
|  | **Alarmy** |  |  |  |
| 58. | Braku zasiania w energię elektryczną | TAK |  |  |
| 59. | Braku lub niskiego ciśnienia tlenu | TAK |  |  |
| 60. | Stężenia tlenu min/max | TAK |  |  |
| 61. | Za wysokiej częstości oddechowej | TAK |  |  |
| 62. | Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego | TAK |  |  |
| 63. | Alarm bezdechu | TAK |  |  |
|  | **Inne wymagania** |  |  |  |
| 64. | Możliwość podłączenia nebulizatora pneumatycznego, sterowanego przez respirator | TAK |  |  |
| 65. | Możliwość stosowania jednorazowych zastawek wydechowych | TAK |  |  |
| 66. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawianych parametrów | TAK |  |  |
| 67. | Wielorazowy układ oddechowy dla dorosłych x 2 szt. na urządzenie | TAK |  |  |
| 68. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą | TAK |  |  |
| 69. | Bezpłatne przeglądy okresowe z wymiana niezbędnych elementów), min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji | TAK |  |  |
|  | **Gwarancja** |  |  |  |
| 70. | Okres gwarancji min 24 miesięcy | TAKPodać |  |  |

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).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 1**

RESPIRATOR STACJONARNY – 1 SZT.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry** | **Wartość wymagana/ graniczna** | **Potwierdzenie wymagań** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Nazwa, typ, model respiratora | podać |  |  |
| 2. | Producent | podać |  |  |
| 3. | Rok produkcji - 2012 | Tak. Podać |  |  |
|  | **Wymagania ogólne respiratora** |  |  |  |
| 4. | Respirator przeznaczony głównie do wentylacji dorosłych i dzieci | TAK |  |  |
| 5. | Waga respiratora do montażu na półce kolumny do intensywnej terapii | TAK |  |  |
| 6. | Zasilanie w tlen ciśnieniu od 2,8 do 6,0 bar Zasilanie w tlen o niskim ciśnieniu od 0 do 1,5 bar | TAK |  |  |
| 7. | Zasilanie AC 230 V 50 Hz +/- 10% | TAK |  |  |
| 8. | Awaryjne zasilanie akumulatorowe do podtrzymania pracy aparatu wraz z turbiną lub kompresorem na minimum 150 minut. | TAK |  |  |
| 9. | Zasilanie w powietrze wbudowane turbiny lub z kompresora | TAK |  |  |
| 10. | Obsługa poprzez przyciski, pokrętło i ekran dotykowy | TAK |  |  |
| 11. | System testów sprawdzających działanie respiratora | TAK |  |  |
| 12. | Funkcja autotestu dokonywana automatycznie lub na żądanie po włączeniu respiratora | TAK |  |  |
| 13. | Przygotowany do pracy z wymiennikami ciepła i wilgoci | TAK |  |  |
| 14. | Ramię uchylne z blokadą(uchwyt rur oddechowych) | TAK |  |  |
| 15. | Aparat na podstawie jednej z blokadą dwóch kół i ramieniem do podtrzymywania układu pacjenta | TAK |  |  |
| 16. | Możliwość transportu respiratora z pacjentem bez przerywania wentylacji | TAK |  |  |
|  | **Tryby wentylacji** |  |  |  |
| 17. | Wentylacja objętościowa wymuszona i asystująca z bezpośrednim ustawienie stosunku I: E w jednym parametrze, stałym przy zmianach częstości oddechowej | TAK |  |  |
| 18. | Wentylacja ciśnieniowa wymuszona i asystująca z bezpośrednim ustawieniem stosunku I: E w jednym parametrze, stałym przy zmianach częstości oddechowej | TAK |  |  |
| 19. | SIMV | TAK |  |  |
| 20. | PSIMV | TAK |  |  |
| 21. | Wentylacja PSV | TAK |  |  |
| 22. | PRVC, tryb wentylacji ze zmiennym ciśnieniem i docelowa objętością oddechową | TAK |  |  |
| 23. | Tryb wentylacji do wybudzania pacjentów, ze zmienną minimalną częstością oddechową zależną od częstości oddechów spontanicznych pacjenta | TAK |  |  |
| 24. | Wentylacja CPAP | TAK |  |  |
| 25. | Możliwość programowania westchnięć | TAK |  |  |
| 26. | Wentylacja bezdechu z możliwością wyboru czasu reakcji | TAK |  |  |
| 27. | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV | TAK |  |  |
|  | **Parametry Nastawiane** |  |  |  |
| 28. | Częstość oddechów min.: 4-120 odd/min | TAK |  |  |
| 29. | Objętość pojedynczego oddechu min.: 40-2000 ml | TAK |  |  |
| 30. | Regulowany czas wdechu zakres minimalny od 0,2 do 10,0 sek. | TAK |  |  |
| 31. | Stosunek I: E min. 1:9 do 4:1 lub stosunek Ti:TTot min. 3% - 80% | TAK |  |  |
| 32. | Możliwość wyboru sposobu nastawiania parametrów wdechu i wydechu min. z: I:E, Ti:Ttot, czas wdechu i szczytowy przepływ wdechowy | TAK |  |  |
| 33. | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane w zakresie od 21 do 100% | TAK |  |  |
| 34. | Ciśnienie wspomagania min od 2 do 40 cmH2O  | TAK |  |  |
| 35. | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta min. 1-10 l/min | TAK |  |  |
| 36. | Regulowane kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybach spontanicznych min. 5 –50% przepływu szczytowego | TAK |  |  |
| 37. | Czas plateau min. 0 -2 s | TAK |  |  |
| 38. | Ciśnienie PEEEP min od 0 do 50 cmH2O | TAK |  |  |
| 39. | Regulacja czasu narastania przepływu minimum 50-180 cmH2O/s (podać zakres regulacji) | TAK |  |  |
| 40. | Ciśnienie wdechowe min 2 - 90 cmH2O  | TAK |  |  |
| 41. | Manualne przedłużanie fazy wdechowej, co najmniej wymagany przedział regulacji 0 – 6 sekund  | TAK |  |  |
| 42. | Manualne przedłużenie fazy wdechowej, co najmniej wymagany przedział regulacji 0 – 10 sekund | TAK |  |  |
|  | **Obrazowanie mierzonych parametrów** **wentylacji** |  |  |  |
| 43. | Aktualnie prowadzony tryb wentylacji | TAK |  |  |
| 44. | Rzeczywista całkowita częstość oddechowa | TAK |  |  |
| 45. | Spontaniczna częstość oddechowa | TAK |  |  |
| 46. | Objętość pojedynczego oddechu (wydechowa) | TAK |  |  |
| 47. | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej (wydechowa) | TAK |  |  |
| 48. | Spontaniczna objętość minutowa | TAK |  |  |
| 49. | Szczytowe ciśnienie | TAK |  |  |
| 50. | Ciśnienie średnie | TAK |  |  |
| 51. | Ciśnienie Plateau | TAK |  |  |
| 52. | Ciśnienie PEEP | TAK |  |  |
| 53. | Trendy mierzonych parametrów z min. 24 godz. | TAK |  |  |
| 54. | Integralny pomiar stężenia tlenu | TAK |  |  |
|  | **Prezentacja graniczna** |  |  |  |
| 55. | Pojedynczy kolorowy ekran dotykowy oprzekątnej minimum 10 cali do prezentacji parametrów nastawianych i mierzonych, oraz krzywych dynamicznych | TAK |  |  |
| 56. | Jednoczesne wyświetlanie min. 2 krzywych dynamicznych:przepływ/czas, ciśnienie/czas | TAK |  |  |
| 57. | Wyświetlanie pętli:- P/V- V/F- F/P | TAK |  |  |
|  | **Alarmy** |  |  |  |
| 58. | Braku zasiania w energię elektryczną | TAK |  |  |
| 59. | Braku lub niskiego ciśnienia tlenu | TAK |  |  |
| 60. | Stężenia tlenu min/max | TAK |  |  |
| 61. | Za wysokiej częstości oddechowej | TAK |  |  |
| 62. | Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego | TAK |  |  |
| 63. | Alarm bezdechu | TAK |  |  |
|  | **Inne wymagania** |  |  |  |
| 64. | Możliwość podłączenia nabulizatora pneumatycznego, sterowanego przez respirator | TAK |  |  |
| 65. | Możliwość stosowania jednorazowych zastawek wydechowych | TAK |  |  |
| 66. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawianych parametrów | TAK |  |  |
| 67. | Wielorazowy układ oddechowy dla dorosłych x 2 szt. na urządzenie | TAK |  |  |
| 68. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą | TAK |  |  |
| 69. | Bezpłatne przeglądy okresowe z wymiana niezbędnych elementów), min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji. | TAK |  |  |
|  | **Gwarancja** |  |  |  |
| 70. | Okres gwarancji min 24 miesięcy | TAKPodać |  |  |

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).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy