**Załącznik nr 4. Formularz ofertowo – cenowy.**

**Zadanie nr 1. Zakup i dostawa nowego kardiomonitora**

Oferent / Producent …………………….

Model / Typ ……………………………………………………….

Kraj pochodzenia ………………………………………………….

Aparat fabrycznie nowy, wyprodukowany w ………………………. r. (2012 r. lub 2013 r.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zestawienie wymaganych parametrów technicznych**  | **Wartości wymagane** |  **Wartości oferowane**  |
| 1. | Monitor kompaktowy o wadze nie większej niż 5 kg z akumulatorami. | Tak  |  |
| 2. | Ekran o przekątnej min. 12", kolorowy LCD TFT. | Tak |  |
| 3. | Monitor przystosowany do pracy w sieci Ethernet i w sieci bezprzewodowej. | Tak |  |
| 4. | Monitor przystosowany do współpracy w sieci z posiadanymi przez szpital monitorami PM-9000 oraz MEC2000. | Tak |  |
| 5. | Akcesoria oferowanego monitora kompatybilne z posiadanymi przez szpital monitorami PM-9000 oraz MEC2000. | Tak  |  |
| 6. | Ilość kanałów dynamicznych min.8. | Tak |  |
| 7. | Rozdzielczość co najmniej 800x600. | Tak |  |
| 8. | Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich parametrów z min. 96 godz. | Tak |  |
| 9. | Zasilanie monitora 230V/50Hz. | Tak  |  |
| 10. | Wewnętrzne zasilanie akumulatorowe na min. 2 godziny pracy. | Tak |  |
| 11. | Akumulatory wymienialne przez użytkownika bez rozkręcania monitora. | Tak |  |
| 12. | Obsługa przy pomocy pokrętła i dedykowanych do podstawowych czynności obsługi przycisków funkcyjnych. | Tak |  |
| 13. | Funkcja wyświetlania krótkich odcinków trendów obok odpowiadających im krzywych dynamicznych. | Tak  |  |
| 14. | Programowanie wyświetlania krzywych dynamicznych wraz z wartościami cyfrowymi i ekranu „dużych cyfr”. | Tak |  |
| 1. **Pomiar EKG/ST/RESP**
 |
| 15. | Pomiar częstości pracy serca pacjentów dorosłych w zakresie co najmniej od 15 do 300 B/min. | Tak |  |
| 16. | Pomiar odchylenia odcinka ST w wybranym odprowadzeniu w zakresie co najmniej od -2,0 do +2,0 mV. | Tak  |  |
| 17. | Pomiar częstości oddechu pacjentów dorosłych w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min. | Tak |  |
| 18. | Nadzór bezdechu – ustawienie czasu bezdechu w zakresie min. od 10 do 40 s. | Tak |  |
| 19. | Przewód EKG z 5. Końcówkami EKG. Odłączone pojedynczo końcówki – możliwość używania tylko 3. odprowadzeń. | Tak |  |
| 1. **Pomiar ciśnienia metoda nieinwazyjną.**
 |
| 20. | Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego. | Tak |  |
| 21. | Zakres pomiarowy ciśnienia co najmniej od 10 do 270 mmHg. | Tak |  |
| 22. | Tryb pracy ręczny oraz automatyczny – przedziały czasowe pomiaru co najmniej od 3 do 480 minut. | Tak |  |
| 23. | Mankiet średni dorosłych oraz przewód łączący mankiet z monitorem. | Tak  |  |
| 1. **Pomiar saturacji i pletyzmografia.**
 |
| 24. |  Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu. | Tak |  |
| 25. | Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywołania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie, na której założony jest czujnik. | Tak |  |
| 26. | Dźwięk wykrycia pulsu o zmiennym tonie zależnym od wartości saturacji. | Tak  |  |
| 27. | Czujnik pomiarowy dla dorosłych na palec. Przewód łączący czujnik z monitorem. | Tak |  |
|  | 1. **Pomiar temperatury.**
 |  |  |
| 28. | Wyświetlanie wartości temperatury ciała w dwóch punktach oraz temperatura różnicowa. | Tak |  |
| 29. | Czujnik temperatury powierzchniowy. | Tak  |  |
|  | 1. **Pomiar kapnografii w strumieniu bocznym.**
 |  |  |
| 30. | Zakres pomiarowy stężenia CO2 co najmniej od 0 do 90 mmHg. | Tak |  |
| 31. | Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 0 do 100 R/min. | Tak |  |
| 32. | 5 jednorazowych linii pomiarowych, 5 pułapek wodnych, 5 jednorazowych adapterów do układu pacjenta. | Tak  |  |
| 1. **Pomiar inwazyjnego ciśnienia krwi.**
 |
| 33. | Wyświetlanie wartości skurczowego, rozkurczowego i średniego. | Tak |  |
| 34. | Ustalenie granic alarmowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego. | Tak |  |
| 35. | Przewód interfejsowy po 2 jednorazowe przetworniki. | Tak  |  |
| 1. **Pomiar rzutu minutowego metod a termodyluzji.**
 |
| 36. | Pomiar i wyświetlanie wartości rzutu minutowego (CO), temperatury krwi i temperatury płynu. | Tak |  |
| 37. | Wyświetlanie krzywej iniekcji i możliwości rezygnacji z pomiaru przy obliczaniu średniej. | Tak |  |
| 38. | Komplet akcesoriów do pomiaru rzutu minutowego serca z pomiarem temperatury płynu, „Online”. | Tak  |  |
|  |
| 39. | Gwarancja 24 miesiące. | Tak |  |
| 40. | Instrukcja obsługi w jęz. polskim. | Tak |  |
| 41. | W okresie gwarancyjnym Wykonawca wykona niezbędne przeglądy na własny koszt z wymiana niezbędnych elementów urządzenia. | Tak |  |
| 42. | Maksymalny czas naprawy w okresie gwarancyjnym w ciągu 3 dni roboczych. | Tak |  |
| 43. | Maksymalny czas naprawy w okresie pogwarancyjnym w ciągu 7 dni roboczych. | Tak |  |
| 44. | Koszty dojazdu serwisu pogwarancyjnego będą liczone wg iloczynu stawek określonych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz.U. z 2002 r. Nr 27, poz.271 z późn. zm.) i kilometrów faktycznie przejechanych przez serwisanta do siedziby zamawiającego. | 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.

1. 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: ………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………….

 (podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)

**Zadanie nr 2. Rozbudowa posiadanego przez oddział kardiomonitora PM9000 o opcje.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zestawienie wymaganych parametrów** | **Wartości wymagane** |  **Wartości oferowane**  |
| 1. **Pomiar kapnografii w strumieniu bocznym.**
 |
| 1. | Zakres pomiarowy stężenia CO2 co najmniej od 0 do 90 mmHg. | Tak |  |
| 2. | Zakres pomiarowy częstości oddechu co najmniej od 0 do 100 R/min. | Tak |  |
| 3. | 5 jednorazowych linii pomiarowych, 5 pułapek wodnych, 5 jednorazowych adapterów do układu pacjenta. | Tak  |  |
|  | 1. **Pomiar inwazyjnego ciśnienia krwi.**
 |  |  |
| 4. | Wyświetlanie wartości skurczowego, rozkurczowego i średniego. | Tak |  |
| 5. | Ustalenie granic alarmowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego. | Tak |  |
| 6. | Przewód interfejsowy po 2 jednorazowe przetworniki. | Tak |  |
|  | 1. **Pomiar rzutu minutowego metoda termodyluzji.**
 |  |  |
| 7. | Pomiar i wyświetlanie wartości rzutu minutowego (CO), temperatury krwi i temperatury płynu. | Tak |  |
| 8. | Wyświetlanie krzywej iniekcji i możliwości rezygnacji z pomiaru przy obliczaniu średniej. | Tak |  |
| 9. | Komplet akcesoriów do pomiaru rzutu minutowego serca z pomiarem temperatury płynu, „Online”. | Tak  |  |
|  |  |  |
| 10. | Gwarancja 24 miesiące | Tak |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w jęz. polskim. | Tak |  |
| 12. | W okresie gwarancyjnym Wykonawca wykona niezbędne przeglądy na własny koszt z wymianą niezbędnych elementów urządzenia. | Tak |  |
| 13. | Maksymalny czas naprawy w okresie gwarancyjnym w ciągu 3 dni roboczych. | Tak  |  |
| 14. | Maksymalny czas naprawy w okresie pogwarancyjnym w ciągu 7 dni roboczych. |  |  |
| 15. | Koszty dojazdu serwisu pogwarancyjnego będą liczone wg iloczynu stawek określonych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz.U. z 2002 r. Nr 27, poz.271 z późn. zm.) i kilometrów faktycznie przejechanych przez serwisanta do siedziby zamawiającego. | 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.

1. 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: ………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………….

 (podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)