**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.265.3.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 1**

 A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Defibrylator z kardiowersją i wyposażeniem** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Defibrylator z kardiowersją i wyposażeniem – 2 szt.**
 | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Aparat przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań. |
|  | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci. |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub 140 defibrylacji x 200J |
|  | Ciężar defibrylatora max. 10 kg |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk  |
|  | Norma IP X1 |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED |
|  | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii od 2 do 360 J |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – 25 |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne z możliwością defibrylacji pacjentów pediatrycznych, elektrody naklejane |
|  | Łyżki twarde wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych ( defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie) |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie |
|  | Częstość stymulacji 40-170 impulsów/minutę |
|  | Regulacja prądu stymulacji 0-170 mA |
|  | Odczyt 3 odprowadzeń EKG |
|  | Alarmy częstości akcji serca |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-250 u/min |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,5 do 4cm/Mv, 8 poziomów wzmocnienia. |
|  | Prezentacja zapisu EKG – 3 kanały na ekranie |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej min. 5,7”  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości w zakresie min. 50 mm max 100 mm. |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł do transmisji danych  |
|  | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips na palec |
|  | Dodatkowy kabel terapeutyczny do stymulacji, kardiowersji i defibrylacji przez elektrody zewnętrzne – 1 szt., kabel EKG 3 odprowadzeniowy – 1 szt., czujnik saturacji SpO2 typu klips na palec – 1 szt. |
|  | **Informacje dodatkowe** |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania**Wykonawcy*  |
|  |  |