**Załącznik nr 2 do SWZ po zmianach z dnia 09.05.2023 r.**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.1.1.20223**

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

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 |
| **1.** | **Aparat**  **do nieinwazyjnej wentylacji** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aparat do nieinwazyjnej wentylacji – 3 szt.** | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE | |
|  | Respirator przeznaczony do wentylacji okresowej i ciągłej(24 godziny na dobę) dla dorosłych i dzieci o wadze ciała min. od 2,5 kg. Respirator do prowadzenia wentylacji pacjenta metodą nieinwazyjną i inwazyjną. Respirator przeznaczony do zastosowania stacjonarnego oraz transportu wewnątrzszpitalnego. | |
|  | Waga urządzenia ze zintegrowanym akumulatorem, oraz z wpinanym dodatkowym akumulatorem Li-On zapewniającymi nieprzerwaną pracę urządzenia min. 14 godzin bez konieczności ich ładowania: max. 6,3 kg | |
|  | Możliwość zastosowania dodatkowego, zewnętrznego akumulatora zasilającego (12 V) | |
|  | Możliwość ustawienia min. 4 programów wentylacji | |
|  | Aparat wyposażony w komunikację Bluetooth oraz WiFi | |
|  | Możliwość zgrania danych terapeutycznych w czasie terapii na nośniku pamięci (typu karta pamięci) lub zapisywanie w pamięci z urządzenia na pamięć zewnętrzną przez port typu USB (pendrive) | |
|  | Zasilanie w sprężony tlen z układu centralnego min. Ciśnienie 3 bar do 5,5 bar | |
|  | Zasilanie w tlen o niskim ciśnieniu z przepływem min. 0 do 30l/min | |
|  | Respirator wyposażony w mieszalnik tlenu. Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie minimum 21% do 100%. | |
|  | Wyświetlacz dotykowy min. 8” przekątnej ekranu umożliwiający jednoczesne monitorowanie: objętości oddechowej (VTe), częstości oddechów (RR), przecieków powietrza, ciśnień terapeutycznych, wentylacji minutowej (MV), stosunku I/E, szczytowego przepływu i ciśnienia oraz poziomu naładowania akumulatora zasilającego. | |
|  | Predefiniowanie ustawień pacjenta na podstawie wzrostu i/lub wagi | |
|  | Tryby pracy minimum:  CPAP  ST  PSV(Pressure Support Ventilation)  PAC (Pressure Assisted Control),  Typu V target (wspomaganie ciśnieniowe z gwarancją objętości),  AC,  VC,  SIMV,  PC-SIMV | |
|  | Dla trybów wentylacji sterowanej ciśnieniem (tryby: S/T, PSV, A/C- PC) możliwość zaprogramowania określonej objętości oddechowej wydechowej (TVexh.) w minimalnym zakresie 50-2000ml przy zastosowaniu obwodu z portem wydechowym; | |
|  | Hybrydowy tryb wentylacji z jednoczesnym automatycznym dostosowaniem ciśnień wdechowych (PS) i automatycznym doborem ciśnień wydechowych w celu eliminacji zaburzeń oddychania o charakterze obturacyjnym TYPU BEZDECH, SPŁYCENIE, CHRAPANIE ( auto – PEEP) | |
|  | Alarmy ustawiane w zakresie:  - Ciśnienie wdechowe min. 1 - 90 cm H20  - Objętość oddechowa min. 10 - 2000 mi lub wyłączony,  - Wentylacja minutowa min. 1 - 30 I/min lub wyłączony,  - Częstość oddechów min. I - 90 n/min lub wyłączony,  - Odłączenie obwodu min. 10 - 60 s lub wyłączony,  - Interwał bezdechu min. 10- 60 s, | |
|  | Monitorowanie parametrów w zakresie :  - Objętość oddechowa min. 0 - 2000 ml ,  - Szacunkowy wsp. przecieku min. 0- 200 I/min  - Szczytowy przepływ wdechowy min. 0-200 I /min  - Śr. ciśnienie w drogach oddechowych min. 0- 90 cm H20  - Współczynnik I:E min. 9,9: 1 - 1 : 9,9  - Wentylacja minutowa min. 0- 30 l/min  - Częstość oddechów min. 1 - 90 /min  - Szczytowe ciśnienie wdechowe min. 0 - 90cm H20  - Procent oddechów wyzwalanych przez pacjenta 0-100% | |
|  | Możliwość zastosowania automatycznego triggera wyzwalającego zmiany ciśnienia pomiędzy fazami oddechowymi (wdech-wydech oraz wydech-wdech), reagującego na spontaniczny wysiłek oddechowy pacjenta bez konieczności manualnego dostosowania | |
|  | Możliwość zastosowania triggera wdechowego przepływowego, min. 0,5 -9 l / min | |
|  | Możliwość zastosowania triggera wydechowego w zakresie 10% - 90% przepływu szczytowego | |
|  | Typy obwodów:  - aktywna zastawka wydechowa z proksymalnym ciśnieniem (PAP)  - aktywna zastawka wydechowa z czujnikiem przepływu  - pasywny układ pacjenta z portem wydechowym  - obwód dwuramienny | |
|  | Możliwość zastosowania obwodu pacjenta z zastawką oddechową, jak i obwodu bez zastawki (z portem wydechowym) zarówno dla trybów sterowanych objętością i ciśnieniem. Zastosowanie zarówno przy wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej. | |
|  | Ustawienia parametrów min. :  - IPAP min. 3-50 cm H2O,  - EPAP/PEEP min. 3-25 cm H2O,  - CPAP min. 3-25 cm H2O,  - wspomaganie ciśnieniowe min. 0 -30 cm H2O,  - objętość oddechowa min. 50-2000ml,  - częstość oddychania min. 0-80 oddechów na minutę,  - czas wdechu min. 0,3- 5,0 s,  - Czas narastania min. 0-6,  - czułość wyzwalania przepływem min. 0,5 – 9 l/min,  - czułość cyklu przepływu min. 10-90 %, | |
|  | Możliwość monitorowania Sp02, EtCO2 oraz FiO2 z wykorzystaniem dodatkowych czujników | |
|  | Możliwość wyświetlania na ekranie parametrów oporu dynamicznego | |
|  | Aparat wyposażony w składany uchwyt umożliwiający łatwe przenoszenie urządzenia | |
|  | **WYPOSAŻENIE** | |
|  | Respirator w zestawie z kompletnym układem pacjenta z portem wydechowym - 5 sztuk | |
|  | Respirator w zestawie z kompletnym układem pacjenta 22 mm z aktywną zastawką wydechową - 5 sztuk | |
|  | Respirator wyposażony w zasilanie zintegrowanym(-i) akumulatorem(-ami) Li-On zapewniającym(-i) nieprzerwaną pracę urządzenia min. 14 godzin bez konieczności ich ładowania | |
|  | **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. | |

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* |