**Załącznik nr 2 do SWZ po zmianach z dnia 07.09.2023 r.**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.6.1.2023**

**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 |
| **1.** | **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 | 2023/2022 | | |
|  | 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 ~~200~~ 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 ~~i przesłane/transmisja danych do: działu technicznego szpitala, koordynatora medycznego pogotowia~~ | | | |
|  | Norma ~~IP 43~~ 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~~, na wyposażeniu nakładki dziecięce/pediatryczne~~ | | | |
|  | Łyżki twarde ~~z regulacją energii defibrylacji~~, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia | | | |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (~~wybór energii~~, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie~~), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych~~ | | | |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | | | |
|  | Częstość stymulacji 40-170 impulsów/minutę | | | |
|  | Regulacja prądu stymulacji 0-170 mA | | | |
|  | Odczyt 3 ~~i 12~~ odprowadzeń EKG | | | |
|  | ~~Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta~~ | | | |
|  | 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” ~~8,4’’~~ | | | |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości w zakresie min. 50 mm max 100 mm. | | | |
|  | ~~Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG~~ | | | |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł do transmisji danych ~~przez wbudowany lub zewnętrzny modem do istniejących stacji odbiorczych w pracowniach kardiologii inwazyjnej.~~ | | | |
|  | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips na palec | | | |
|  | ~~Możliwość rozbudowy o modem do pomiaru NiBP.~~ | | | |
|  | Kabel terapeutyczny do stymulacji, kardiowersji i defibrylacji przez elektrody zewnętrzne – 3 szt., kabel EKG 3 odprowadzeniowy – 3 szt., czujnik saturacji SpO2 typu klips na palec – 3 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* |