**Załącznik nr 7 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.2.6.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 6**

 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** | **Respirator transportowy** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| **Respirator transportowy – 1 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Respirator stacjonarno-transportowy na podstawie jezdnej **do zastosowań w środowisku rezonansu magnetycznego**. Waga respiratora bez podstawy jezdnej max 8,5 kg |
|  | Pole magnetyczne do 3 T |
|  | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia |
|  | Respirator dla dorosłych i dzieci powyżej 3 kg IBW |
|  | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonych gazów od 3,0 do 6,0 bar lub z butli < 15 l/min, max 600 hPa  |
|  | Zasilanie 100-240 V 50 Hz ±10 % ,  |
|  | Awaryjne zasilanie respiratora z wewnętrznego akumulatora min. 480 minut  |
|  | Wewnętrzna turbina pozwalająca na pracę respiratora bez elektrycznego zasilania zewnętrznego  |
|  | Monitor z kolorowym ekranem, dotykowym min 8 cali |
|  | Tryb wentylacji S(CMV) |
|  | Tryb wentylacji PCV + |
|  | Wentylacja spontaniczna wspomagana ciśnieniem  |
|  | Tryb wentylacji SIMV+ |
|  | Adaptacyjny tryb wentylacji w zamkniętej pętli oddechowej wg wzoru Mead’a dla pacjentów aktywnych i pasywnych oddechowo od 3 kg IBW |
|  | Tryb wentylacji nieinwazyjnej NIV/NIV-ST  |
|  | **Parametry nastawne** |
|  | Częstość oddechów 1-80 odd/min |
|  | Objętość wdechowa 20 - 2000 ml |
|  | PEEP/CPAP 0-35 cmH2O |
|  | Stężenie tlenu 21-100% |
|  | Stosunek wdechu do wydechu (I:E) 1:9 do 4:1 |
|  | Czas wdechu od 0.1 do 12,0 sek |
|  | Wyzwalanie przepływem od 1 do 20 l/min |
|  | Ciśnienie wdechu 5 – 60 cm H2O powyżej PEEP/CPAP |
|  | Ciśnienie wspomagania minimalny zakres od 0 do 60 cm H2O powyżej PEEP/CPAP |
|  | Czas narastania ciśnienia 0 – 2000 ms |
|  | Czułość rozpoczęcia fazy wydechu minimalny zakres od 5 do 80% przepływu szczytowego wdechowego |
|  | Przepływ szczytowy spontaniczny >210 l/min |
|  | Regulowany czas bezdechu |
|  | **Monitorowanie i obrazowanie parametrów wentylacji** |
|  | Możliwość wyboru parametrów monitorowanych |
|  | Szczytowe ciśnienie  |
|  | Średnie ciśnienie  |
|  | Ciśnienie plateau |
|  | Ciśnienie PEEP/CPAP |
|  | Szczytowy przepływ wdechowy |
|  | Szczytowy przepływ wydechowy |
|  | Całkowita objętość wydechowa |
|  | Całkowita objętość wdechowa |
|  | Objętość pojedynczego oddechu  |
|  | Wydechowa objętość minutowa |
|  | Wydechowa objętość minutowa oddechów spontanicznych |
|  | % objętość przecieku |
|  | Stosunek wdechu do wydechu |
|  | Całkowita częstość oddechów |
|  | Całkowita częstość oddechów spontanicznych |
|  | Procentowa ilość oddechów spontanicznych |
|  | Czas wdechu i wydechu  |
|  | Podatność statyczna płuc |
|  | Index dyszenia RSB |
|  | PO.1  |
|  | Wysiłek oddechowy pacjenta PTP  |
|  | Stała czasowa wydechu |
|  | Koncentracja O2 (FiO2) |
|  | Stała czasowa wydechowa RCexp  |
|  | Wdechowy opór przepływu Rinsp.  |
|  | AutoPEEP |
|  | Obrazowanie krzywych w czasie rzeczywistym – objętość, przepływ, ciśnienie. Min. dwie krzywe obrazowane jednocześnie |
|  | Pamięć do 1000 zdarzeń  |
|  | Możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie w celu ich analizy |
|  | Wizualizacja pracy płuc pacjenta w czasie rzeczywistym |
|  | **Alarmy** |
|  | Alarm niskiej / wysokiej objętości minutowej |
|  | Alarm wysokiego / niskiego ciśnienia wdechowego |
|  | Alarm niskiej / wysokiej objętości oddechowej |
|  | Alarm niskiej / wysokiej częstości oddechów |
|  | Alarm czasu bezdechu |
|  | Alarm poziomu koncentracji tlenu |
|  | Alarm rozłączenia układu pacjenta |
|  | Alarm zatkania gałęzi wydechowej układu pacjenta |
|  | Alarm sensora przepływu |
|  | Alarm informujący o brak zasilania elektrycznego |
|  | Alarm informujący o niskim poziomie naładowania baterii |
|  | Alarm informujący o braku zasilania w tlen |
|  | Możliwość ustawienia poziomu głośności alarmów.  |
|  | **Pozostałe funkcje** |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów |
|  | Możliwość rozbudowy o terapię wysokimi przepływami tlenu |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję zastawki foniatrycznej |
|  | Uchwyt do szybkiego demontażu z podstawy jezdnej oraz zawieszenia na łóżku pacjenta |
|  | Funkcja sygnalizowania bezpiecznej odległości od rezonansu magnetycznego do 1 m. Wizualna i akustyczna |
|  | Integralny nebulizator synchroniczny |
|  | Złącze USB,  |
|  | Funkcja „zawieszenia” pracy respiratora (Standbay) |
|  | Autotest aparatu samoczynny i na żądanie |
|  | Kompletny układ oddechowy jednorazowy z czujnikiem przepływu o długości 3 m – minimum 10 szt. |
|  | Komunikacja w języku polskim |
|  | Uchwyt do zawieszenia na łóżku pacjenta w czasie transportu |
|  | **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. | Częstość 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*  |