**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* |