**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**Część 1. Elektryczne przenośne ssaki transportowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i model/numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Ssak transportowy elektryczny zawierający: jednorazowy zbiornik na treści z filtrem bakteryjnym mieszczący się w przedziale od 300 ml do 1000 ml - w ilości 10 szt.; akumulator; przewody zasilające 12 VDC przystosowane do gniazda w karetce z wtyczką dwupinową; płynną regulację podciśnienia, zakres regulacji podciśnienia minimum: od 3 do 80 kpa. Przepływ w zakresie minimum 22 l/minutę ± 10%; filtr zabezpieczający przed zanieczyszczeniem; niski poziom hałasu < 65dBA. Łatwo zmywalny panel kontrolny prezentujący dane, wskaźnik zasilania wewnętrznego, wskaźnik zasilania zewnętrznego, wskaźnik niskiego poziomu baterii. Wbudowany manometr lub diodowy wskaźnik aktualnego podciśnienia. Akumulator powinien wystarczyć na minimum ok. 45 minut ciągłej pracy. Minimum 3 stopniowy wskaźnik naładowania akumulatora. Wyposażony w torbę transportową. Mocowanie: uchwyt ścienny ssaka, do zamontowania w ambulansie; urządzenie powinno spełniać wymagania obowiązującej normy EN-1789 (lub normy równoważnej). Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski.Dokonanie dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu. | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i modeli/numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej/modelu, należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 2. Kapnografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i model/numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie przenośne, zasilane bateryjnie (wydajność urządzenia – minimum 9 godzin normalnej pracy). Urządzenie wodoodporne, posiadające etui ochronne. Możliwość zastosowania u dorosłych / dzieci i niemowląt. Urządzenie dokonujące pomiaru końcowego – wydechowego stężenia dwutlenku węgla (EtCO2) i częstości oddechów. Ciągła krzywa kapnografii umożliwiająca potwierdzenie poprawnego umiejscowienia rurki intubacyjnej. Alarmy dźwiękowe i graficzne ostrzegające o braku oddechu (bezdech). Alarm o wysokim i niskim poziomie (EtCO2). Alarm o stanie naładowania baterii. Alarm o braku lub niedrożności złączki. Zakres pomiaru CO2 minimum 0.2-95 mmHg 0.2—9.5 kpa. Zakres pomiaru RR 3 -150 bpm. Dokładność pomiaru CO2 0-40 mmHg +2 mmHg; 41-99 mmHg 0-5.3 kPa +0.3 kPa; 5.4-9.9 kPa. Temperatura pracy od -3 do 45° C. Temperatura przechowywania od -25 do 60° C. Waga (maksimum) 70 g (z bateriami). Dodatkowe wyposażenie: złączka dla dorosłych / dzieci - 10 sztuk, M złączka dla noworodków - 5 sztuk. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski.Dokonanie dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu. | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | kpl. | 6 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i modeli/numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej/modelu, należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 3. Pompy infuzyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i model/numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Pompy wykonane z łatwo zmywalnego materiału. W zestawie uchwyt i klema mocująca do szyny Modura. Biblioteka leków z możliwością modyfikacji (64 leki). Możliwość przeglądania historii infuzji do 2000 zdarzeń. Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji. Komunikacja zewnętrzna. Rozmiary strzykawek w zakresie: 5 - 60 ml. Prędkość KVO: 0 ÷ 5 ml, programowana co 0,1 ml/h. Dokładność infuzji ± 2% zgodnie z normą PN-EN 60601-2-24 (lub równoważną). Masa pacjenta: do 300 kg, ustawiana co 0,01 kg. Ciśnienie okluzji - 9 poziomów: 40 ÷ 120 kPa, co 10 kPa (75 mmHg). Trzy poziomy ważności: alarm wysoki, średni, niski (zgodnie z EN 60601-1-8 lub równoważną). Wyposażona w kabel zasilający w ambulansie 12V z wtyczką dwupinową Czas pracy akumulatora: min. 15 godzin przy prędkości 5 ml/h. Waga do 2,5 kg 17. Wymiary do 320 x 180 x 165 (szerokość x głębokość x wysokość). Klasyfikacja: klasa II, typ CF, odporność na defibrylację. Ochrona IP53 (obudowa pyłoszczelna, ochrona przed kroplami spadającymi pod kontem 60⁰). Wymogi bezpieczeństwa: EN 60601-1, EN 60601-1-2 (EMC), EN 60601-2-24, MDD 93/42/EEC (lub normy równoważne). Historia zapisów w pamięci: min 5 lat. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia.Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości użytkowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski.Dokonanie dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.Parametr punktowany: Czas pracy akumulatora: 20 godzin przy prędkości 5 ml/h: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i modeli/numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej/modelu, należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 4. Przenośne detektory jednogazowe CO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i model/numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie wykrywające 1 gaz – CO, z nieograniczonym czasem pracy. Zakres pomiaru 0-1000 ppm. Zakres pracy w temp. -40 do 550C. Wstrząsoodporna, wodoodporna obudowa klasy min. IP68; obrotowy zaczep pozwalający na mocowanie do ubrania lub pasa. Duży, czytelny wyświetlacz z podświetleniem wskazujący stężenie gazu, poziom naładowania baterii, alarmy; wyraźna sygnalizacja dźwiękowa i świetlna przekroczenia progów alarmowych; możliwość rejestru oraz przechowywania zdarzeń i zgrania ich na komputer.Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości użytkowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski.Dokonanie dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.Parametr punktowany: wyczuwalne wibracje w przypadku przekroczenia progów alarmowych.: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i modeli/numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej/modelu, należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 5. Przenośne pulsoksymetry**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i model/numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Pulsoksymetr przenośny z pomiarem wartości SpO2 oraz pulsu, z opakowaniem ochronnym. Przeznaczony dla pacjentów dorosłych, dzieci i niemowląt. Wyposażony w kabel zakończony klipsem palcowym wielokrotnego użytku. Możliwość współpracy z szeroką gamą czujników, w tym Nellcor (typu OXI-A/N Oximax do niskiej perfuzji), Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe, czas pracy minimum 50 godzin. Czytelny wyświetlacz cyfrowy lub LCD. Zakres pomiaru tętna: min. 30-250/minutę; zakres pomiaru SpO2 do 100%. Sygnalizacja niskiego poziomu baterii, błędów. Zgodny z normą: EN 61601, EN 80601 (lub normami równoważnymi). Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości użytkowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski.Dokonanie dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu. | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i modeli/numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej/modelu, należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 6. Uchwyty, modemy i inne wyposażenie do defibrylatorów Lifepak 15**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i model/numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Standardowa torba transportowa do defibrylatora LIFEPAK 15, zawierająca 2 kieszenie boczne. | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| 2. | Tylna kieszeń do defibrylatora LIFEPAK 15 | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pasek naramienny do defibrylatora LIFEPAK 15 | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| 4. | Uchwyt certyfikowany do karetki, spełniający wymagania obowiązującej normy EN-1789 (lub normy równoważnej). Certyfikat będzie stanowił przedmiotowy środek dowodowy, złożony wraz z ofertą. | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| 5. | Modem multitech 4G umożliwiający usługę teletransmisji i streamingowania danych z posiadanych przez Zamawiającego urządzeń – LIFEPAK 15. Wykonawca zobowiązany do bezpłatnej aktualizacji oprogramowania i dostosowania wskazanych przez Zamawiającego urządzeń. Koszty dojazdu do miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie. | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 6. | Ładowarka do akumulatorów do defibrylatora LIFEPAK 15, z możliwością podłączenia przewodu zasilającego 12 VDC, przystosowanego do gniazda, w karetce z wtyczką dwupinową. | Producent:……….……..……Model/Numer katalogowy:…….…………..… | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i modeli/numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej/modelu, należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)