

Data .....

**OFERTA**

(wzór)

na

**„Zakup, dostawa, uruchomienie kardiomonitora, defibrylatora oraz dostawa fotela zabiegowego" (ZP 41/14)**

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy

ul. .... kod .....- ..... miejscowość .....

województwo..... powiat.....

Nr telefonu ..... Nr faksu .....

e-mail: .....

NUMER NIP ..... NUMER REGON .....

Nr rachunku bankowego .....

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych  
**Numer ogłoszenia: 385964 - 2014; data zamieszczenia: 25.11.2014**

oferujemy wykonanie zamówienia za kwotę :

**KARDIOMONITOR** : (NAZWA ) .....

1. wartość netto ..... (słownie: .....),

2. wartość podatku VAT ..... (słownie: .....),

3. wartość brutto ..... (słownie: .....),

4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności : .....\*

A) Adres serwisu ..... forma zgłoszeń napraw (dostępność zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok) tel. .... / fax. .... e-mail .....

B) 1- przegląd po okresie gwarancji ..... tak/nie,

C) 2 – przeglądy po okresie gwarancji ..... tak/nie.

**DEFIBRYLATOR:** (NAZWA ) .....

1. wartość netto ..... (słownie: .....),
2. wartość podatku VAT ..... (słownie: .....),
3. wartość brutto ..... (słownie: .....),
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności : .....\*

A) Adres serwisu ..... forma zgłoszeń napraw (dostępność zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok) tel. .... / fax. .... e- mail .....

B) 1- przegląd po okresie gwarancji ..... tak/nie,

C) 2 – przeglądy po okresie gwarancji ..... tak/nie.

**FOTEL ZABIEGOWY:** (NAZWA ) .....

1. wartość netto ..... (słownie: .....),
2. wartość podatku VAT ..... (słownie: .....),
3. wartość brutto ..... (słownie: .....),
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności : .....\*

A) Adres serwisu ..... forma zgłoszeń napraw (dostępność zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok) tel. .... / fax. .... e- mail .....

B) 1 rok po podstawowym okresie gwarancji – .....tak/nie,

C) 2 lata po podstawowym okresie gwarancji – .....tak/ nie .

Ponadto:

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w SIWZ.
3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że powierzmy podwykonawcom wykonanie przedmiotu zamówienia w części dotyczącej ..... / że przedmiot zamówienia wykonamy w całości bez udziału podwykonawców\*.

5. Oświadczamy, że nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust 2 pkt 5) ustawy z dnia 29.01.2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 poz. 907 ze zm.)\*
6. Oświadczamy, że należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust 2 pkt 5) ustawy z dnia 29.01.2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 poz. 907 ze zm.) w której skład wchodzi poniższe podmioty\*

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) ..... itd.

(w przypadku przynależności do grupy kapitałowej, należy wykazać wszystkie podmioty wchodzące w jej skład).

7. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- a)
- b)
- c)

.....  
*Podpisy osób uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy.*

- niepotrzebne skreślić.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH****Przedmiot : kardiomonitor – 1 szt.**

Nazwa i typ: .....

Producent: .....

Rok produkcji 2014 (urządzenie fabrycznie nowe)

L. p.	PARAMETRY TECHNICZNE	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY (NALEŻY PODAĆ STRONĘ W OFERCIE)
1	Uniwersalny monitor pacjenta, przeznaczony do wszystkich kategorii wiekowych, wyposażony w algorytmy pomiarowe dostosowane do monitorowania dorosłych, dzieci i noworodków. Wybór kategorii pacjenta automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do przedziału wiekowego pacjenta	TAK	
2	Monitor przystosowany do ciągłej pracy w zakresie temperatur przynajmniej do 40°C	TAK	
3	Kolorowy ekran ze sterowaniem dotykowym o przekątnej przynajmniej 15”	TAK	
4	Wygodne włączanie, przy użyciu jednej operacji (jak np. naciśnięcie przycisku) ekranu z widokiem wszystkich monitorowanych parametrów ze wszystkimi krzywymi dynamicznymi (min. 11), oraz ekranu z wartościami liczbowymi parametrów wyświetlanymi dużą czcionką wraz z małą krzywą dynamiczną odpowiadającą wyświetlanemu parametrowi, zapewniającą dobrą widoczność z większej odległości	TAK	
5	Bezpośredni powrót do powyższych ekranów powinien być dostępny z każdego innego wyświetlanego układu ekranu	TAK	
6	Zasilanie AC 230 V 50 Hz 1	TAK	
7	Sterowanie funkcjami monitora za pomocą ekranu dotykowego, stałych przycisków do uruchamiania najczęściej używanych funkcji jak: wyciszenie alarmu, uruchamianie pomiaru ciśnienia, dostęp do menu, uruchamianie wydruku itp., oraz pokrętła	TAK	
8	Menu ekranowe, dostępne za pomocą funkcji dotykowej, powinno umożliwić przeprowadzenie większości działań za pomocą prostych operacji, nie wymagających zagłębiania się wielopoziomowe struktury	TAK	
9	Monitor wyposażony w funkcję „standby”, pozwalającą na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączenia monitora i na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania	TAK	
10	Monitor przystosowany do przenoszenia, posiada rączkę lub równoważne rozwiązanie ułatwiające trzymanie w dłoni. Masa max. 7 kg.	TAK, podać	
11	Monitor umożliwia kontynuację monitorowania w czasie transportu i w czasie zaniku zasilania sieciowego – posiada	TAK	

	wbudowany akumulator zapewniający samodzielną pracę przynajmniej przez 2 godziny		
12	Monitor umożliwia przegląd danych retrospektywnych – jest wyposażony w funkcję zapamiętywania trendów tabelarycznych i graficznych wszystkich monitorowanych parametrów z ostatnich 5 dni z rozdzielczością 1 minuty	TAK	
13	monitor umożliwia wybranie zapisu trendów z wyższą rozdzielczością, poniżej 10 sekund	TAK	
14	Monitor wyposażony w pamięć przynajmniej 60 zdarzeń alarmowych, z zapisem wartości liczbowych parametrów i krzywych dynamicznych z chwili alarmu	TAK	
15	Monitor wyposażony w kalkulator leków z tabelami miareczkowania, ułatwiającymi przeliczanie dawek powiązanych z masą ciała pacjenta na szybkość podawania leku w ml/godz. Kalkulator powinien mieć wpisane podstawowe leki stosowane w intensywnej terapii oraz umożliwiać skonfigurowanie przynajmniej 4 własnych leków	TAK	
16	Monitor wyposażony we wbudowaną drukarkę, pozwalającą na drukowanie danych bieżących i archiwalnych, np. zapamiętanych zdarzeń alarmowych, zdarzeń arytmii, trendów, wyników obliczeń kalkulatora leków	TAK	
17	Pomiary	TAK	
18	<b>Pomiar EKG:</b> Możliwość pomiaru z 3 i z 5 elektrod, z możliwością wyświetlenia jednocześnie 7 odprowadzeń	TAK	
19	Wyświetlanie przebiegów EKG i częstości akcji serca; pomiar częstości akcji serca w zakresie min. 15 – 350 ud/min	TAK, podać	
20	Tor pomiaru EKG wyposażony w uruchamiany na żądanie filtr chirurgiczny	TAK	
21	W komplecie przewód EKG do 3 elektrod oraz 30 elektrod EKG	TAK	
22	<b>Pomiar odchylenia ST:</b> We wszystkich monitorowanych odprowadzeniach, w zakresie od – 20 do +20 mm, włączany na żądanie	TAK	
23	Prezentacja ST w postaci wartości liczbowych i graficzna, w postaci odpowiednich zespołów QRS. Możliwość ręcznej zmiany punktów pomiarowych ST	TAK	
24	<b>Analiza arytmii:</b> Włączana na żądanie, wg. przynajmniej 16 definicji arytmii, u pacjentów ze stymulatorem i bez stymulatora. Pomiar liczby przedwczesnych skurczów komorowych na minutę	TAK	
25	<b>Pomiar oddechu:</b> Z elektrod EKG w zakresie: 0 ÷ 150 odd/min. Wyświetlanie fali oddechowej i częstości oddechów. Możliwa zmiana odprowadzenia EKG użytego do monitorowania oddechu, bez konieczności zmiany położenia elektrod. Ustawianie czasu alarmu bezdechu w zakresie min. 10-40 s. z ustawianiem co 5 s.	TAK	
26	<b>Pomiar SpO2:</b> W zakresie 0 ÷ 100% z dokładnością co najmniej ±2%. Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości liczbowych saturacji i tętna. Pomiar tętna z czujnika saturacji w zakresie: 25 ÷ 300 ud/min z dokładnością do ± 2 ud/min. W komplecie czujnik na palec dla dorosłych	TAK	
27	<b>Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną:</b> Zakres pomiaru ciśnienia w mankiecie 10 ÷ 270 mmHg. Możliwość uruchomienia pomiaru na żądanie, pomiarów automatycznych z ustawianym czasem powtarzania od 1	TAK	

	minuty do 8 godzin i pomiarów ciągłych. Wyświetlane wartości liczbowe ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego. W komplecie mankiety pomiarowe dla dorosłych w rozmiarze standardowym		
28	Pomiar temperatury skóry: W zakresie 0-50°C. Wyświetlana wartość liczbowa temperatury. Możliwy pomiar jednocześnie dwóch temperatur. W komplecie jeden czujnik temperatury skóry.	TAK	
29	<b>Pomiar ( ciągły ) ciśnienia metodą inwazyjną ( IPC ):</b> Wyświetlanie fali ciśnienia oraz wartości liczbowych ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego. Wybór nazwy mierzonego ciśnienia, powiązany z automatycznym dopasowaniem sposobu wyświetlania. W komplecie akcesoria niezbędne do uruchomienia pomiaru, oraz 5 jednorazowych linii pomiarowych z przetwornikami ciśnienia	TAK	
30	Pomiar CO2: Wyświetlanie fali oddechowej oraz wartości liczbowej częstości oddechów. Ustawianie czasu alarmu bezdechu. W komplecie akcesoria niezbędne do uruchomienia pomiaru	TAK	
31	Możliwość rozbudowy o pomiar stężenia gazów anestetycznych, N2O, O2, na wdechu i wydechu. Pomiar stężenia O2 metodą paramagnetyczną.	TAK	
32	Minimalny okres gwarancji 24 miesiące	TAK	
33	Autoryzacja na terenie Polski w zakresie sprzedaży i serwisu	TAK	

.....  
*Podpisy osób uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy.*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**Przedmiot: **defibrylator – 1 szt.**

Nazwa i typ: .....

Producent: .....

Rok produkcji 2014 (urządzenie fabrycznie nowe)

<b>L. p.</b>	<b>PARAMETRY TECHNICZNE</b>	<b>PARAMETR WYMAGANY</b>	<b>PARAMETR OFEROWANY (NALEŻY PODAĆ STRONĘ W OFERCIE)</b>
1.	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa	TAK podać 7.	
2.	Defibrylacja ręczna i tryb AED	TAK 8.	
3.	Metronom z możliwością ustawień rytmu częstotliwości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci.	TAK 9.	
4.	Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta.	TAK 10.	
5.	Zakres wyboru energii w J min. 2 ÷ 360 J w trybie manualnym.	TAK 11.	
6.	Zakres wyboru energii w J min. 150 ÷ 360J w trybie AED.	TAK 12.	
7.	Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej minimum 25	TAK podać 13.	
8.	Czas ładowania do energii 200 J poniżej 5 s	TAK 14.	
9.	Ekran monitora kolorowy	TAK 15.	
10.	Przekątna ekranu monitora minimum 5 cali	TAK, 16.	
11.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe	TAK 17.	
12.	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK 18.	
13.	Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem max 6 kg	TAK 19.	
14.	Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci	TAK 20.	
15.	Wydruk zapisu na papierze o szerokości min. 50 mm	TAK 21.	
16.	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230 V 50 Hz	TAK 22.	
17.	Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń	TAK 23.	
18.	Zakres pomiaru tętna min. 20 ÷ 300 u/min	TAK 24.	
19.	Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; 0,5; 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 4 cm/Mv	TAK, podać 25.	
20.	Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne radiotransparentne	TAK 26.	
21.	Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40 ÷ 170 imp./min	TAK 27.	
22.	Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 10 ÷ 150 mA	TAK 28.	
23.	Możliwość rozbudowy o pomiar saturacji krwi tętnicznej przez czujnik wielorazowy typu klips w zakresie od 1 do 100 % w technologii cyfrowej	TAK 29.	

	eliminacji zakłóceń z obserwacją krzywej pletyzmograficznej na ekranie.		
24.	Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie.	TAK	30.
25	Minimalny okres gwarancji 24 miesiące	TAK	
26	Autoryzacja na terenie Polski w zakresie sprzedaży i serwisu	TAK	

.....  
*Podpisy osób uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy.*



**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH****Przedmiot : fotel zabiegowy – 1 szt.**

Nazwa i typ: .....

Producent: .....

L.p.	PARAMETRY TECHNICZNE	WARUNEK GRANICZNY	PARAMETR OFEROWANY (NALEŻY PODAĆ STRONĘ W OFERCIE)
1	Rok produkcji 2014 (urządzenie fabrycznie nowe)	TAK	
2	Fotel przeznaczony do ustalenia i utrzymania pacjenta w pozycji siedzącej podczas badań okulistycznych oraz umożliwiający uzyskanie pozycji leżanki	TAK	
3	Długość w pozycji leżanki min. 1400mm +/-50mm, szerokość siedziska min.480mm	TAK	
4	Szerokość segmentu pleców: 420 mm +/- 50mm	TAK	
5	Podstawa w kształcie litery „ X „, gwarantująca stabilność przy badaniach oraz łatwość dostępu do pacjenta	TAK	
6	Szerokość podstawy min. 550mm +/-30mm	TAK	
7	Długość podstawy min. 700mm +/-50mm	TAK	
8	Regulacja wysokości fotela elektromechaniczna w zakresie: 510 ÷710 mm - sterowanie kablowy pilot ręczny	TAK	
9	Regulacja segmentu plecowego w zakresie: + 5° do + 95° manualna - sprężyna gazowa	TAK	
10	Obrót siedziska o kąt: 90° w lewo i 90° prawo z możliwością blokady za pomocą mechanizmu śrubowego	TAK	
11	Fotel osadzony na przejezdnej podstawie kółka średnica: 75mm z hamulcami	TAK	
12	Segment nożny regulowany manualnie w zakresie: 0 do - 90°	TAK	
13	Podglówek z regulacją kąta pochylenia w zakresie: +/-30°	TAK	
14	Możliwość wyboru koloru tapicerki: min 10 kolorów	TAK	
15	Fotel wyposażony w odchylane, demontowane podrażniki w kolorze białym	TAK	
16	Tworzywowe ( ABS ) osłony podstawy, oparcia pleców	TAK	
17	Powierzchnie fotela łatwe do czyszczenia i dezynfekcji	TAK	
18	Udźwig min. 150kg	TAK	
19	Minimalny okres gwarancji 24 miesiące	TAK	
20	Autoryzacja na terenie Polski w zakresie sprzedaży i serwisu	TAK	

.....  
*Podpisy osób uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy.*