**Znak sprawy:** **DOA.272.3.30.2021**

**Załącznik nr 1**

………………………………..

(nazwa i adres wykonawcy)

NIP:

Tel…………………………..

e-mail………………………

**Formularz oferty – Część 1**

**Defibrylator**

W odpowiedzi na Informację o ogłoszeniu nr **………………… z** dnia **……………………. r.** dot. zamówienia pn. **Dostawa aparatury i wyposażenia do Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie.**

Ja/My niżej podpisany/ni:

………………………………………….......................................................................................

………………………………………….......................................................................................

Działając/cy w imieniu i na rzecz Wykonawcy:

………………………………………….......................................................................................

(**należy podać pełną nazwę/firmę NIP, REGON)**

1. **Oferuję/emy realizację zamówienia zgodnie ze wszystkimi postanowieniami wskazanymi w ogłoszeniu i załącznikach, za cenę brutto ……………………………………..……………zł.**

**1a. Akceptujemy sposób płatności opisany we wzorze umowy.**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
|  **Defibrylator – 1 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:..........*..........*** |
|  | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji  |
|  | Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7’’ |
|  | Możliwość wyświetlania na ekranie 3 krzywych dynamicznych. |
|  | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej. |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji. |
|  | Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J. |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej. |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej 200J max. 3 sekund. |
|  | Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji. |
|  | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi AHA/ERC z 2015 r.  |
|  | Energia defibrylacji w trybie AED min. od 10 do 360 J. |
|  | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J. |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych. |
|  | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej. |
|  | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii. |
|  | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych. |
|  | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta. |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji. |
|  | Monitorowanie EKG min. z 3 odprowadzeń. |
|  | a. Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min. |
|  | b. Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; auto |
|  | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna. |
|  | a.tryby stymulacji: sztywny i na żądanie. |
|  | b.natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA. |
|  | c.zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp/min. |
|  | Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych . |
|  | a. Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie |
|  | Pomiar nieinwazyjnego ciśnienia krwi (NIBP):metoda pomiaru oscylometryczna, zakres pomiaru od 10-290 mmHg, pomiar ręczny i automatyczny. |
|  | Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów. |
|  | Wbudowana drukarka termiczna. |
|  | Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm. |
|  | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych . |
|  | Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG. |
|  | Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive. |
|  | Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową. |
|  | Możliwość rozbudowy o czujnik monitorowania jakości uciśnięć z wyświetlaniem krzywej głębokości uciśnięć na ekranie. |
|  | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 4 godzin. |
|  | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci. |
|  | Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi. |
|  | Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 300 minut monitorowania. |
|  | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V. |
|  | Możliwość wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach. |
|  | Programowanie automatycznie codziennie wykonywanego testów bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test). |
|  | Uchwyt na ramę łóżka. |
|  | Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 6,5 kg. |
|  | Stolik pod aparaturę medyczną wyposażony w (od góry): 1x szuflada, 1xblat 450x320mm (+/- 10%), 1xszuflada. |
|  | Stelaż stolika wykonany z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na wybrany kolor z palety RAL - min. 19 kolorów do wyboru przez Zamawiającego. Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia szuflad, blatu oraz rozbudowę stolika w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów. |
|  | Blat, szuflada i podstawa stalowe, lakierowane proszkowo na wybrany kolor z palety RAL - min. 19 kolorów do wyboru przez Zamawiającego. Blat z pogłębieniem. Wierzchnia część korpusu szuflady z pogłębieniem, z polem odkładczym stanowiącym powierzchnię roboczą. |
|  | Podstawa wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 75 mm (białe), w tym dwa z blokadą. |
|  | Stolik wyposażony w listwę zasilającą na 5 gniazd z adapterem umożliwiającym zwinięcie przewodu (przewód min. 3m). |
|  | Uchwyty szuflad bez ostrych krawędzi, wykonane z aluminium anodowanego lub lakierowane proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego - minimum 19 kolorów do wyboru. |
|  | Wymiary stolika bez wyposażenia opcjonalnego: - szerokość: 530 mm (+/- 20mm) - głębokość: 400 mm (+/- 20mm) - wysokość od podłoża do blatu: 900 mm (+/- 20mm). |
|  | Wymiary blatu: - szerokość: 450mm (+/- 20mm) - głębokość: 320 mm (+/- 20mm). |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej blatu: - szerokość: 400 mm (+/- 20mm) - głębokość: 270 mm (+/- 20mm). |
|  | Wymiary szuflady: - szerokość: 450 mm (+/- 20mm) - głębokość: 320 mm (+/- 20mm) - wysokość: 155 mm (+/- 20mm). |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: - szerokość: 375 mm (+/- 20mm) - głębokość: 280 mm (+/- 20mm) - wysokość: 105 mm (+/- 20mm). |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć **defibrylator** do siedziby Zamawiającego wskazanej w umowie. Dostarczony **defibrylator** musi być kompletny i zgodny z jego opisem w załączniku nr 1. Niedopuszczalne jest, aby dla zapewnienia prawidłowego użytkowania **defibrylatora,** konieczne było instalowanie dodatkowych elementów w późniejszym czasie, szczególnie za dodatkową opłatą (nie dotyczy materiałów zużywalnych).
2. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ww. parametry techniczno-użytkowe. Niespełnienie parametrów wymaganych skutkuje odrzuceniem oferty.

2. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z Ogłoszeniem oraz jego załącznikami, nie wnosimy do ich treści zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania. Zrealizujemy zamówienie zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i złożoną ofertą.

3. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, która stanowi załącznik do Ogłoszenia. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4. Jestem/Jesteśmy związani niniejszą Ofertą przez okres 30 dni, odpowiadającą warunkom Zamawiającego określonym w Ogłoszeniu i załącznikach.

5. Wypełniłem/Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*

 6. Pozostałe kryteria oceny ofert:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis kryterium**  | **Oferowany parametr – ilość miesięcy** |
| **1** | **Okres gwarancji**  |  |

**W ramach udzielnej gwarancji na oferowane produkty, zgodnej z powyższą tabelą:**

Serwis gwarancyjny będzie prowadzony przez\* ………………………………………………….

\*podać nazwę firmy

7. Przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie do **10 dni od dnia podpisania umowy**.

8. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

1) .............................................................................................

2) .............................................................................................

3) .............................................................................................

4) .............................................................................................

................................, dn. ...........................................

......................................................................

(podpis wykonawcy)