**Załącznik nr 1.4 do siwz – Formularz Szczegółowy Oferty (Pakiet nr 4)**

**Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.43.2018**

**Pakiet nr 4**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Respirator transportowy – 1 szt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis** |  |
| 1. | Wytwórca |  |
| 2. | Nazwa – model/typ |  |
| 3. | Rok produkcji 2018 |  |

**Część A: ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETR1W TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowany** |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 |  |
|  | Respirator do długotrwałej terapii oddechowej w trakcie transportu wewnątrzszpitalnych dla osób dorosłych |  |
|  | Odporny na wstrząsy i uderzenia |  |
|  | Na podstawie jednej z blokadą kół, podstawa wyposażona w uchwyt dla dwóch min. 5 l butli z tlenem, 2 butle i 1 reduktor do tlenu z przyłączem AGA |  |
|  | Uchwyt do połączenia respiratora na wózek pacjenta na czas transportu |  |
|  | **Tryb wentylacji**: |  |
| a) | Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/Assist -IPPV |  |
| b) | Synchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV |  |
| c) | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV |  |
| d) | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ciągle dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP |  |
| e) | Wentylacja ciśnieniowo-kontrolowana PCV |  |
| f) | Wentylacja ciśnieniowo-kontrolowana z gwarantowaną objętością |  |
| g) | Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV |  |
| h) | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP |  |
| i) | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV |  |
| j) | Automatyczne westchnienie z regulacją parametrów westchnień |  |
| k) | Wentylacja bezdechu z regulacją |  |
|  | **Regulacje:** |  |
| a) | Częstość oddechów w zakresie min. 5-80 L/min. |  |
| b) | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie min. 50-1500 ml |  |
| c) | Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10-90 cm H2O |  |
| d) | Ciśnienie wspomagające PSV w zakresie min. 0-70 H2O |  |
| e) | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie min. 0-35 cm H2O |  |
| f) | Czas wdechu dla oddechów VCV regulowany w zakresie min. 0,2 – 8,0 sek. |  |
| g) | Zakres temperatury pracy od – 18 stopni do + 50 stopni |  |
| h) | Tryb pracy IPPV, SIMV, CPAP |  |
| i) | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie min. 21-100 % |  |
| j) | Płynna regulacja czasu lub współczynnika przyśpieszenia przepływu dla oddechów ciśnieniowo kontrolowanych i wspomaganych |  |
| k) | Wyzwalanie oddechu, czułość triggera 1-10 L/min. |  |
|  | **Parametry monitorowane:** |  |
| a) |  Aktualnie prowadzony tryb wentylacji |  |
| b) | Rzeczywista całkowita częstość oddychania |  |
| c) | Częstość oddechów spontanicznych |  |
| d) | Objętość pojedynczego oddechu |  |
| e) | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV |  |
| f) | Wentylacja minutowa spontaniczna |  |
| g) | Wentylacja minutowa, udział procentowy objętości przecieku |  |
| h) | Szczytowe ciśnienie wdechowe |  |
| i) | Ciśnienie średnie |  |
| j) | Ciśnienie fazy plateau |  |
| k) | Podatność statyczna lub dynamiczna płuc |  |
| l) | Integralny pomiar stężenia tlenu |  |
|  | **Prezentacja graficzna:** |  |
| a) | Na kolorowym, min. 12 calowym ekranie prezentacja krzywych oddechowych, minimum – ciśnienie/czas, przepływ/czas, objętość/czas |  |
|  | **Wyposażenie:** |  |
| a) | 4 kompletne układy do współpracy ze sztucznymi nosami/filtrami FHME |  |
| b) | 100 sztuk jednorazowych filtrów/nawilżaczy FHME |  |

1. **Wózek reanimacyjny – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis** |  |
| 1. | Wytwórca |  |
| 2. | Nazwa – model/typ |  |
| 3. | Rok produkcji 2018 |  |

**Część A: ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETR1W TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowany** |
| **1.** | 2 x szuflady, 1 x blat boczny wysuwany |  |
| **2.** | 3 x odcinki szyny instrumentalnej |  |
| **3.** | 1 x wieszak kroplówki |  |
| **4.** | 1 x kosz na odpady |  |
| **5.** | 1 x koszyk na akcesoria mały |  |
| **6.** | 1 x deska do przeprowadzenia RKO |  |
| **7.** | 1 x uchwyt do butli z tlenem |  |
| **8.** | 1 x półka pod defibrylator |  |
| **9.** | 1 x uchwyt do prowadzenia |  |
| **10.** | blat z pogłębieniem, otoczony z 3 stron bandami |  |
| **11.** | blat, szafka ze stali kwasoodpornej |  |
| **12.** | podstawa z odbojami, wyposażona w koła o średnicy min. 125 mm, w tym dwa z blokadą |  |
| **13.** | wymiary szafki: długość: min. 600 mm, szerokość: min. 500 mm wysokość od podłoża do blatu: 1000 mm |  |

1. **Zestaw do intubacji z ssakiem – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis** |  |
| 1. | Wytwórca |  |
| 2. | Nazwa – model/typ |  |
| 3. | Rok produkcji 2018 |  |

**Część A: ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETR1W TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowany** |
| **1.** | Rękojeść do łyżek światłowodowych typ C (na 2 baterie R14) wyposażona w żarówkę ksenonową |  |
| **2.** | Rękojeść do łyżek światłowodowych "krótka" (na 2 baterie R14) wyposażona w żarówkę ksenonową |  |
| **3.** | zestaw łyżek krzywych (Macintosh) o rozmiarach 1,2,3,4,5, w zestawie |  |
| **4.** | Zestaw łyżek prostych (Miller) o rozmiarach 1,2,3,4 w zestawie |  |
| **5.** | Urządzenie dopuszczone do stosowania w jednostkach służby zdrowia zgodnie z obowiązującymi prepisami prawnymi potwierdzone stosownymi dokumentami |  |
| **6.** | Ssaki do odssysania (oczyszczania górnych dróg oddechowych w trakcie intubacji |  |

Zamawiający informuję, że w przypadku użycia w którymkolwiek miejscu SIWZ zapisów opisujących przedmiot zamówienia poprzez odniesienie do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne. Ponadto w przypadku użycia w którymkolwiek miejscu SIWZ znaków towarowych nazw wyrobów, producentów itp., Zamawiający dopuszcza zaoferowanie rozwiązań, materiałów, wyrobów równoważnych.”

UWAGA!:

Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia parametrów wymaganych w rubryce „PARAMETR OFEROWANY” wraz z opisem. Nie spełnienie któregokolwiek z tych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.

**Część B: FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa** | **Wartość** | **VAT** |
| **netto** | **brutto** | **netto** | **brutto** |
| 1. | Respirator transportowy | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 2. | Wózek reanimacyjny | 1 szt |  |  |  |  |  |
| 3. | Zestaw do intubacji z ssakiem | 1 szt |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |