**Załącznik nr 1 do SIWZ - Formularz Szczegółowy Oferty**

oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.29.2019

**PAKIET NR 1**

**Dzierżawa analizatora parametrów krytycznych wraz z niezbędnymi odczynnikami i akcesoriami do oddziału neonatologii z patologią
i intensywną terapią.**

**ILOŚC OZNACZEŃ: 18 000 / 36 MIESIĘCY**

1. Oznaczanie: parametry krytyczne (RKZ, MetHb, COHb, Hhb, HbF, Na, K, Cl, glukoza, bilirubina całkowita, mleczany Ca zjoniz.)
2. Ilość odczynników materiałów kontrolnych i eksploatacyjnych każdy z Wykonawców oblicza samodzielnie na podstawie informacji podanych przez Zamawiającego o przewidywanej w okresie obowiązywaniu umowy ilości oznaczeń **– 18 000 OZNACZEŃ.** W podanej ilości oznaczeń nie uwzględniono kontroli i kalibracji.
3. Obliczając ilość odczynników należy kierować się zasadą zaokrąglania ilości oferowanych odczynników do pełnego opakowania
w górę.
4. Kalkulację ilości kalibratorów, kontroli oraz wszystkich materiałów zużywalnych należy podać na podstawie podanych ilości oznaczeń
i zaleceń producenta.
5. Wszystkie wyroby medyczne muszą być dopuszczone do obrotu i używania na terytorium RP zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r.; wszystkie wyroby medyczne muszą być oznaczone znakiem CE i spełniać wymagania zasadnicze określone dla tych wyrobów.
6. Towar musi posiadać co najmniej **12 miesięczny termin ważności** od daty dostawy.

**Załącznik nr 1 do SIWZ - Formularz Szczegółowy Oferty**

oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.29.2019

**Tabela nr 1 – odczynniki do oznaczeń parametrów krytycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwa odczynnika** | **Ilość oznaczeń** | **Numer katalogowy****Wytwórca** | **Wielkość oferowanego opakowania** | **Ilość oferowanych** **opakowań do pełnego opakowania**  | **Cena jedn. netto****opakowania** | **Stawka VAT (%)** | **Cena jedn. brutto****opakowania** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
|  | **ODCZYNNIKI:**  |
|  |  | 18 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ :** |  |  |

**Tabela nr 2 - dodatkowe akcesoria**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwa handlowa** | **Numer katalogowy****Wytwórca** | **Wielkość oferowanego opakowania** | **Ilość oferowanych** **opakowań do pełnego opakowania**  | **Cena jedn. netto****opakowania** | **Stawka VAT (%)** | **Cena jedn. brutto****opakowania** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ :** |  |  |

\*Wykonawca zobowiązany jest wymienić wszystkie dodatkowe akcesoria (kalibratory, kontrole, materiały zużywalne itp.) i ich ilości konieczne do wykonania pełnej ilości oznaczeń określonych przez Zamawiającego w SIWZ.

**Załącznik nr 1 do SIWZ - Formularz Szczegółowy Oferty**

oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.29.2019

**Tabela nr 3 - dzierżawa analizatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa handlowa przedmiotu dzierżawy\*)** | **Typ/model** | **Producent** | **Cena jednostkowa brutto dzierżawionego urządzenia** | **Cena czynszu netto****za 1 m-c dzierżawy** | **Cena czynszu brutto****za 1 m-c dzierżawy** | **Wartość całkowita netto****dzierżawy za 36 m-cy** | **Stawka VAT****(%)** | **Wartość całkowita brutto****dzierżawy za 36 m-cy** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tabela 4 - wartość oferty**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Odczynniki – tabela nr 1 |  |  |
| 2 | Dodatkowe akcesoria – tabela nr 2 |  |  |
| 3 | Dzierżawa analizatora – tabela nr 3 |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

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

 */podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

 **Załącznik nr 1 do SIWZ - Formularz Szczegółowy Oferty**

oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.29.2019

**PAKIET NR 2**

**DIATERMIA DEDYKOWANA DO ZABIEGÓW ENDOSKOPOWYCH**

**A. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane****TAK / NIE** |
| 1 | Ekran dotykowy, kolorowy |  |
| 2 | Interfejs w języku polskim |  |
| 3 | Zrozumiałe komunikaty błędów w języku polskim |  |
| 4 | Możliwość zapisywania ustawień procedur dla wielu użytkowników |  |
| 5 | Możliwość zapisywania zgrupowanych ustawień stanowiących kolejne kroki danej procedury |  |
| 6 | Możliwość przełączania między kolejnymi ustawieniami danego zabiegu za pomocą dedykowanego przycisku na włączniku nożnym |  |
| 7 | Włącznik nożny bezprzewodowy z trzema przyciskami: do cięcia, koagulacji oraz zmiany ustawień |  |
| 8 | Cięcie monopolarne z automatycznym dopasowaniem mocy do 120 W |  |
| 9 | Koagulacja monopolarna do 120 W |  |
| 10 | Koagulacja bipolarna do 120 W |  |
| 11 | Dwa tryby przerywanego cięcia monopolarnego |  |
| 12 | Sygnał dźwiękowy o różnych częstotliwościach, informujący o korzystaniu z opcji cięcia lub koagulacji |  |
| 13 | Monitor oporności styku płytki pacjenta, pozwalający na ograniczenie ryzyka wystąpienia urazów termicznych |  |
| 14 | Wózek do umieszczania diatermii wraz z przystawką argonową, z uchwytem na włącznik nożny, półkę do pompy endoskopowej, szufladę na akcesoria i przewody, schowkiem na butlę z argonem |  |
| 15 | Przystawka do współpracy z argonem |  |
| 16 | Automatyczne regulowanie przepływu argonu w zależności od rodzaju używanej sondy |  |
| 17 | Koagulacja argonowa do 120 W |  |
| 18 | Funkcja pomiaru natężenia iskry podczas cięcia, automatycznie dostosowująca moc wyjściową, w celu utrzymania powtarzalności koagulacji tkanek oraz zapewnienia większej żywotności narzędzi do endoterapii |  |
| 19 | Tryb koagulacji argonowej, w którym obszar koagulacji jest niezależny od odległości między sobą a tkanką, umożlwiający przeprowadzenie stałej i bezpiecznej hemostazy z ograniczoną karbonizacją, zwłaszcza dla delikatnych struktur tkankowych |  |
| 20 | Funkcja natychmiastowego zapłonu iskry, umożliwiający cięcie bez opóźnień, co przekłada się na wysoką wydajność tego trybu |  |
| 21 | Funkcja kontroli prądu upływowego, zmniejszającego ryzyko przypadkowego narażenia pacjenta lub użytkownika na niebezpieczeństwo |  |
| 22 | Elektroda neutralna, jednorazowa – min. 500 szt. |  |
| 23 | Kabel przyłączeniowy do narzędzi, wielorazowy – 3 szt. |  |
| 24 | Kabel do elektrod neutralnych jednorazowych, wielorazowy – 1 szt. |  |
| 25 | Sonda argonowy, jednorazowa, ze zintegrowanym przyłączem, śr. 2,3 mm, dł. 2,2 m – 30 szt. |  |
| 26 | Sonda argonowy, jednorazowa, ze zintegrowanym przyłączem, śr. 2,3 mm, dł. 3,0 m – 30 szt. |  |
| 27 | Butla argonowa 5L – min. 1 szt. |  |
| 28 | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (wraz z dostawą urządzenia) |  |
| 29 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji z częstotliwością oraz z zakresem wg zaleceń producenta |  |
| 30 | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokument równoważny |  |
| 31 | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 32 | Rok produkcji nie starszy niż 2019. Zestaw fabrycznie nowy, nieużywany, wyklucza się urządzenia rekondycjonowane oraz ich odpowiedniki |  |
| 33 | Zastępczy sprzęt na czas napraw |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej wyposażenie jest fabrycznie nowe, nie używane, nie było przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta *lub autoryzowanego dystrybutora oferowanego urządzenia*.**

**Brak potwierdzenie któregokolwiek z parametru spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta ***lub autoryzowanego dystrybutora oferowanego urządzenia*.**

**Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta wyrobu.**

 **Załącznik nr 1 do SIWZ - Formularz Szczegółowy Oferty**

oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.29.2019

**B. FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Opis oferowanego wyposażenia (typ, model/ symbol/ nr katalogowy)** | **Wytwórca** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Diatermia z wyposażeniem do zabiegów endoskopowych** |  |  | **1** |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

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

 */podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*