

Projekt „Poprawa opieki zdrowotnej nad dziećmi w regionie przygranicznym Litwy i Polski” w ramach Programu Interreg V-A Lithuania-Poland (nr projektu: LT-PL-1R-042)

**Załącznik nr 1.7 do siwz – Formularz Szczegółowy Oferty**

**Oznaczenie postępowania: DA-ZP-252-15/17**

**Pakiet nr 7**

**Inkubator zamknięty do intensywnej opieki– 3 szt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis** |  |
| 1. | Wytwórca |  |
| 2. | Nazwa – model/typ |  |
| 3. | Kraj pochodzenia |  |
| 4. | Rok produkcji 2016/2017 |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany\***  (podać nr strony w załączonych materiałach informacyjnych potwierdzających spełnienie parametru) |
|  | **Ogólne** |  |
| 1. | Spełnia wymagania „CE”, |  |
| 2. | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce |  |
|  | **Kopuła** |  |
| 3. | Dostęp do wnętrza:   * wygodny dostęp do wnętrza z 4 stron * duże drzwiczki z wyciszonymi zamkami * drzwiczki z cichym zamkiem z 4 stron inkubatora * odchylana przednia i tylna ścianka |  |
| 4. | Wymiary materacyka: szerokość przynajmniej 35 cm, długość przynajmniej 75 cm |  |
| 5. | Otwory – uszczelnione przepusty w wyjmowanymi uszczelkami do wprowadzania rur respiratora, cewników i przewodów monitorowania, przynajmniej 12 niezależnych otworów z uszczelkami.  Z czego po jednym w drzwiczkach na ściankach bocznych – przeznaczone do przeprowadzania rur respiratora. |  |
| 6. | Podwójne ścianki zapewniające ochronę przed utratą ciepła i zaparowania ścianek przy dużej wilgotności powietrza w inkubatorze. Opisać. |  |
| 7. | Możliwość wyjęcia dziecka z inkubatora bez odłączania przewodów i drenów |  |
| 8. | Hałas we wnętrzu ≤ 47 dB |  |
| 9. | Przystosowany do zdjęć rentgenowskich – kaseta rtg wkładana do szuflady pod materacykiem bez dotykania dziecka. |  |
| 10. | Płynna regulacja nachylenia materacyka przynajmniej +/- 12 stopni |  |
| 11. | Pokrętła regulacji nachylenia materacyka po bokach inkubatora |  |
|  | **Podstawa** |  |
| 12. | Na kółkach z hamulcami i elektryczną regulacją wysokości |  |
| 13. | Wygodne uchwyty do przemieszczania inkubatora |  |
|  | **Regulacja temperatury** |  |
| 14. | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury powietrza w zakresie min. 20-39° C |  |
| 15. | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka min. 34-38°C |  |
| 16. | Zabezpieczenie przed przypadkowym nastawieniem temperatury powietrza i skóry > 37 ° |  |
| 17. | Możliwość jednoczesnego pomiaru dwóch temperatury skóry. |  |
| 18. | Jednoczesne wyświetlanie obydwu zmierzonych temperatur pacjenta |  |
| 19. | W komplecie 1 czujnik temperatury skóry i 25 plasterków do mocowania czujnika |  |
|  | **Nawilżanie powietrza** |  |
| 20. | Bezpieczny nawilżacz: zbiornik, komora parownika oraz przewód doprowadzenia pary do przedziału pacjenta w całości demontowane bez użycia narzędzi, w celu sterylizacji |  |
| 21. | Automatyczne utrzymywanie zadanej wilgotności powietrza, wilgotność maksymalna co najmniej 95 % |  |
| 22. | Wilgotność programowana co 1 % |  |
| 23. | Świetlny i dźwiękowy alarm braku wody |  |
|  | **System kontroli kondensacji** |  |
| 24. | Wbudowany w inkubator system gromadzenia skroplin |  |
|  | **Wbudowana waga** |  |
| 25. | Pomiar masy ciała pacjentów w zakresie od 0 do 7000 g |  |
| 26. | Rozdzielczość wyświetlania masy ciała – 1 g |  |
| 27. | Funkcja pomiaru bez tarowania |  |
|  | **Inne** |  |
| 28. | Wieszak na giętkim ramieniu do mocowania rur respiratora/CPAP wewnątrz inkubatora przymocowany do tacy materacyka wyjeżdża razem z nim |  |
| 29. | min. 3 szuflady na akcesoria |  |
| 30. | Zestaw akcesoriów do pozycjonowania noworodka obejmujący gniazdo typu Hug-it, rogalik i 4 poduszeczki |  |
| 31. | Kołderka/osłona inkubatora przystosowana do prowadzenia fototerapii |  |
|  | **Wyświetlane informacje** |  |
| 32. | Jednocześnie wszystkie nastawione i zmierzone wartości w postaci liczbowej |  |
|  | **Układy alarmowe** |  |
| 33. | Sygnalizacja świetlna pozwalająca łatwo odróżnić alarmujący inkubator z większej odległości. |  |
| 34. | Jednoznaczna informacja o przyczynie alarmu, podać sposób realizacji. |  |
| 35. | Komunikaty tekstowe po polsku opisujące przyczyną alarmu |  |
| 36. | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku temperatury powietrza i skóry |  |
| 37. | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku stężenia tlenu |  |
| 38. | Alarmy techniczne sygnalizujące uszkodzenia lub odłączenie |  |

\*należy podać oferowany parametr

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły są fabrycznie nowe, nie używane, nie były przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu i zamontowaniu 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.

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 sprzętu.

**Część B: FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa** | | **Wartość** | | **VAT** |
| **netto** | **brutto** | **netto** | **brutto** | **%** |
| 1. | Inkubator zamknięty do intensywnej opieki | 3 szt |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | |  |  |  |

dnia

*/podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela* /