**Załącznik nr 1.3 do SIWZ – Formularz Szczegółowy Oferty (DA-ZP-252-46/17)**

**Pakiet nr 3**

**I. Respirator mobilny – 1 szt**

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

\*należy wypełnić

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane\*** |
| 1. | **Wymagania ogólne:** |  |
| 1.1 | Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia dla dorosłych, |  |
| 1.2 | Respirator na podstawie jezdnej z blokadą kół. Możliwość odłączenia od podstawy jezdnej. Podstawa jezdna wyposażona w uchwyt do minimum jednej 2 litrowej butli z tlenem, 1 butla i jeden reduktor do tlenu z przyłączem DIN. |  |
| 1.3 | Uchwyt do połączenia respiratora na wózku z łóżkiem pacjenta na czas transportu |  |
| 1.4 | Możliwośc pracy na baterii min 120 min.  |  |
| 2. | **Tryb wentylacji:** |  |
| 2.1 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/Assist - IPPV |  |
|  2.2 | Synchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV |  |
|  2.3 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV |  |
|  2.4 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP |  |
| 2.5 | Wentylacja ciśnieniowo-kontrolowana PCV |  |
| 2.6 | Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana z gwarantowaną objętością |  |
| 2.7 | Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV |  |
| 2.8 | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP |  |
| 2.9 | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV |  |
| 2.10 | Automatyczne westchnienie z regulacją parametrów westchnień |  |
|  2.11 | Wentylacja bezdechu z regulacją |  |
| 3. | **Regulacje:** |  |
| 3.1 | Częstość oddechów w zakresie min. 5-80 L/min. |  |
| 3.2 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie min. 50-1500 ml |  |
| 3.3 | Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10-90 cm H2O |  |
| 3.4 | Ciśnienie wspomagania PSV w zakresie min. 0-70 cm H2O |  |
| 3.5 | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie min. 0-35 cm H20 |  |
| 3.6 | Czas wdechu dla oddechów VCV regulowany w zakresie min. 0,2 – 8,0 sek. |  |
| 3.7 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie min. 21-100 % |  |
| 3.8 | Płynna regulacja czasu lub współczynnika przyspieszenia przepływu dla oddechów ciśnieniowo kontrolowanych i wspomaganych |  |
| 3.9 | Wyzwalanie oddechu, czułość triggera 1-10 L/min. |  |
| 4. | **Parametry monitorowane:** |  |
| 4.1 | Aktualnie prowadzony tryb wentylacji |  |
| 4.2 | Rzeczywista całkowita częstość oddychania |  |
| 4.3 | Częstość oddechów spontanicznych |  |
| 4.4 | Objętość pojedynczego oddechu |  |
| 4.5 | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV |  |
| 4.6 | Wentylacja minutowa spontaniczna |  |
| 4.7 | Wentylacja minutowa, udział procentowy objętości przecieku  |  |
| 4.8 | Szczytowe ciśnienie wdechowe |  |
| 4.9 | Ciśnienie średnie |  |
| 4.10 | Ciśnienie fazy plateau |  |
| 4.11 | Podatność statyczna lub dynamiczna płuc |  |
| 4.12 | Integralny pomiar stężenia tlenu |  |
| 5. | **Prezentacja graficzna:** |  |
| 5.1 | Prezentacja na kolorowym minimum 12 calowym ekranie respiratora krzywych oddechowych minimum: ciśnienie czas, przepływ/czas, objętość/czas.  |  |
| 6. | **Wyposażenie:** |  |
| 6.1 | 4 kompletne układy do współpracy ze sztucznymi nosami/filtrami FHME do każdego respiratora |  |
| 6.2 | 100 sztuk jednorazowych filtrów/nawilżaczy FHME |  |
| 6.3 | Przejściówka z złącza DIN na system AGA 2 sztuki |  |

\*należy wypełnić

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.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do ofert 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 uproducenta sprzętu.

 **Część B: FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa** | **Wartość** | **VAT** |
| **netto** | **brutto** | **netto** | **brutto** |  |
| I. | Respirator mobilny | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

 dnia

*/podpis i pieczątka upoważnionego*

 *przedstawiciela* /