

FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY

Część A – formularza asortymentowo-cenowego

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena brutto zł (jednostkowa)	Wartość brutto zł	1) Producent 2) Nazwa 3) Typ, Model, Rok produkcji 4) Numer katalogowy Stawka podatku VAT
1	Zakup systemu do wspomagania oddechowego z wyposażeniem	1			
			RAZEM:		

słownie złotych brutto:

Miejsce, data i podpis:

(podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)

DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ PODPISEM ZAUFANYM, PODPISEM OSOBISTYM LUB KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY CZEŚĆ „B” - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Uwaga:

W kolumnie „Parametry oferowane” należy czytelnie zaznaczyć odpowiedź „TAK” lub „NIE” poprzez skreślenie niepoprawnej odpowiedzi lub wyraźnie zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi. Dodatkowo oferowane parametry należy wpisać tylko w polach wskazanych przez Zamawiającego tj. zawierających tekst: „Należy podać”.

APARAT DO TERAPII TLENOWEJ WYSOKOPRZEPŁYWOWEJ Z WYPOSAŻENIEM		
Lp.	Parametry wymagane	Parametry oferowane
Ogólne parametry		
1	Nazwa, numer katalogowy, Producent oferowanego urządzenia	Należy podać
2	Nawilżacz z wbudowanym generatorem przepływu, który dostarcza ogrzane i nawilżone gazy oddechowe o wysokim przepływie samodzielnie oddychającym pacjentom poprzez różnego rodzaju przyłącza pacjenta	TAK / NIE
3	Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2026	TAK / NIE
4	Cyfrowy, dotykowy, kolorowy wyświetlacz z możliwością wyświetlania co najmniej 5 parametrów jednocześnie: temperatura, prędkość przepływu, stężenie tlenu, natlenowanie krwi obwodowej, tętno.	TAK / NIE Należy podać
5	Wyświetlane informacje w języku polskim	TAK / NIE
6	Min zakres ustawienia temperatury: 31 - 37 stopni C, regulacja co 1 stopień C	TAK / NIE Należy podać
7	Min zakres prędkości przepływu: 2-70L/min, możliwość prowadzenia terapii u noworodków	TAK / NIE
8	Możliwość uzyskania stężenia tlenu FiO2 zakresie od 21 % do 100 %.	TAK / NIE
9	Urządzenie z wbudowanym reduktorem tlenowym	TAK / NIE
10	Zintegrowane mieszanie tlenu	TAK / NIE
11	Wbudowany ultradźwiękowy czujnik tlenowy	TAK / NIE
12	Wbudowany w urządzenie port tlenu pod wysokim ciśnieniem (HPO) oraz pod niskim ciśnieniem (LPO)	TAK / NIE

13	Urządzenie wyposażone w akumulator litowo-jonowy, czas ładowania akumulatora od 0 do 100%: mniej niż 7 godzin	TAK / NIE
14	Urządzenie wyposażone w co najmniej 2 gniazda USB	TAK / NIE
15	Alarmy dotyczące min.: terapii, zasilania, tlenu, pulsoksymetrii ze słownym i graficznym wskazaniem błędu w języku polskim.	TAK / NIE
16	Alarmy pogrupowane według pilności i stopnia ważności w ramach trzech poziomów priorytetu: niski, średni, wysoki. W przypadku aktywnych kilku alarmów, alert dźwiękowy, kontrolka i kolor tła paska komunikatów sygnalizują, że aktywny jest alarm o najwyższym priorytecie.	TAK / NIE
17	Możliwość ustawienia limitów alarmów	TAK / NIE
18	Możliwość rejestracji przez urządzenie do 24 godzin danych terapii, które można przeglądać na ekranie w formie danych i wykresów.	TAK / NIE
19	Przycisk wyciszania alarmu	TAK / NIE
20	Masa aparatu max 5 kg (masa aparatu łącznie z akumulatorem)	TAK / NIE
21	Wymiary urządzenia max: 30,0 cm x 21 cm x 20 cm	TAK / NIE
22	Urządzenie z akcesoriami: dodatkowe 1 filtr powietrza, wąż tlenowy O2-AGA, rura do dezynfekcji termicznej, dodatkowe kolanko do dezynfekcji, podgrzewany układ oddechowy z łącznikiem do nebulizatora, kaniula donosowa do terapii Optiflow Junior 2 po 1 szt. rozmaru M, L, XL	TAK / NIE
	DEZYNFEKCJA	
1	Bieżące monitorowanie dezynfekcji na wyświetlaczu urządzenie po każdorazowym uruchomieniu	TAK / NIE
2	Czas dezynfekcji max 55 min w tym przynajmniej 30 min w temperaturze 87 st.C. Temperatura przy użyciu termicznej wielorazowej rury do dezynfekcji	TAK / NIE
3	Możliwość wymiany kolanka wylotowego pomiędzy pacjentami – brak konieczności dezynfekcji urządzenia, same kolanko wylotowe może być dezynfekowane oddzielnie	TAK / NIE
	MOBILNY STOJAK	
1	1 uchwyt mocujący min. < 40 kg,	TAK / NIE Należy podać
2	Statyw zakończony uchwytem o nośności min. < 5 kg posiadającym 2 wieszaki na kroplówki i mocowanie układu oddechowego	TAK / NIE

3	Uchwyt na butle z tlenem 2l	TAK / NIE
4	Koszyk	TAK / NIE
5	Uchwyt mobilnego stojaka	TAK / NIE
Pozostałe wymagania :		
40	Min. 24 miesięczna gwarancja, przeglądy techniczne w okresie gwarancji wliczone w cenę umowy.	TAK / NIE <i>Należy podać</i>
41	Czas reakcji serwisu od zgłoszenia awarii sprzętu (podjęcie naprawy) – nie dłuższy niż 24 godziny.	TAK / NIE <i>Należy podać</i>
42	Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży – co najmniej 10 lat.	TAK / NIE <i>Należy podać</i>
43	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez Zamawiającego czas reakcji serwisu.	TAK / NIE
44	Sprzęt jest kompletny i będzie gotowy do pracy zgodnie z instrukcją obsługi bez żadnych dodatkowych zakupów.	TAK / NIE
45	Paszport techniczny dostarczony wraz z dostawą.	TAK / NIE
46	Wykaz punktów serwisowych dostarczony wraz z dostawą.	TAK / NIE
47	Wykaz dostawców części zamiennych lub materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych dostarczony wraz z dostawą.	TAK / NIE
48	Oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, rok produkcji 2026.	TAK / NIE

Miejsce, data i podpis: _____
 (podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)

DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ PODPISEM ZAUFANYM, PODPISEM OSOBISTYM LUB
 KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM

