Załącznik nr 1

**IMPLADENT MDC Sp. z o.o. S.k.**

**ul. Andromedy 3, 80-180 Kowale**

OFERTA CENOWA

Nazwa Oferenta ...........................................................................................................................

Siedziba Oferenta .........................................................................................................................

Tel.. ..................................................................... tel/fax. ...........................................................

e-mail ..........................................................................................................................................

Podstawa prowadzenia działalności1/: .........................................................................................

Osoba/osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta:

imię i nazwisko ............................................................................................................................

funkcja/stanowisko ......................................................................................................................

imię i nazwisko ............................................................................................................................

funkcja/stanowisko ......................................................................................................................

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert składam swoją propozycję cenową

1. **Aparat do znieczulenia ogólnego z monitorem – 1szt.**

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

-------------------------------------------------------------------

1/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS, numer i data wpisu

| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **WYMAGANE PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Urządzenie musi posiadać certyfikat CE |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |
| II | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1 | Zasilanie CA 230 V 50 Hz |  |  |
| 2 | Aparat mocowany do kolumny anestezjologicznej Movita Lift posiadanej przez Zamawiającego |  |  |
| 3 | Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na minimum 30 minut |  |  |
| 4 | Ssak injektorowy napędzany powietrzem lub próżniowy z regulacją siły ssania i zbiornikiem o pojemności min 0,6 l oraz zapasowy wymienny zbiornik na wydzieliny |  |  |
| 5 | Precyzyjne, elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu, powietrza, elektroniczny mieszalnik gazów. |  |  |
| 6 | System automatycznego utrzymywania minimalnego stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej na poziomie 23% ± 2% stężenia tlenu |  |  |
| 7 | Kalibracja przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami. Przepływ świeżych gazów ≤ 300 ml/min |  |  |
| 8 | Kompaktowy układ oddechowy do wentylacji o niskiej podatności. Układ oddechowy podgrzewany- zapobiegający zbieraniu się skroplin, podgrzewany tłok respiratora |  |  |
| 9 | Regulowana ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa z funkcją natychmiastowego ręcznego uwolnienia ciśnienia z układu oddechowego przy wentylacji Man/Spont. |  |  |
| 10 | Respirator nie zużywający gazów do napędu miecha, tłoka |  |  |
| 11 | Tryb ręczny wentylacji |  |  |
| 12 | Oddech spontaniczny |  |  |
| 13 | Synchronizowana wentylacja kontrolowana ciśnieniem ze wspomaganiem ciśnieniowym |  |  |
| 14 | Awaryjny tryb wentylacji mechanicznej pacjenta w przypadku zaniku zasilania w gazy medyczne (z sieci centralnej i z butli) |  |  |
| 15 | Regulacja stosunku wdechu do wydechu przy wentylacji objętościowej minimum 2:1 do 1:4 |  |  |
| 16 | Regulacja częstości oddechu minimum od 5 do 100 1/min |  |  |
| 17 | Regulacja objętości oddechowej minimum 20 do 1400 ml w trybie wentylacji objętościowej |  |  |
| 18 | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego |  |  |
| 19 | Alarm braku zasilania w energię elektryczna |  |  |
| 20 | Alarm braku zasilania w gazy |  |  |
| 21 | Pomiar ciśnienia tlenu w butlach awaryjnych na panelu przednim aparatu |  |  |
| 22 | Pomiar w aparacie wdechowego i wydechowe stężenia tlenu w gazach oddechowych, pomiar paramagnetyczny lub równoważny (nie dopuszcza się czujników galwanicznych, elektrochemicznych) |  |  |
| 23 | Prezentacja na kolorowym minimum 12 calowym ekranie aparatu parametrów znieczulenia |  |  |
| 24 | Obrazowanie na kolorowym minimum 12 calowym ekranie aparatu krzywych ciśnienia w drogach oddechowych, przepływu, stężenia tlenu inCO2 , etCO2 |  |  |
| 25 | Automatyczny test kontrolny aparatu sprawdzający poprawność działania urządzenia, nie wymagający ingerencji użytkownika w trakcie trwania procedury |  |  |
| 26 | Komunikacja z całym systemem w języku polskim, aparat i monitor jednego producenta |  |  |
| 27 | Monitor modułowy (dotyczy sprzętu i oprogramowania), jeden producent aparatu i monitora |  |  |
| 28 | Bezpieczne i wygodne mocowanie do aparatu, umożliwiające łatwe dopasowanie położenia ekranu, Stacja dokująca z multiplikatorem portów ułatwiająca szybkie zakładanie i ściąganie monitora zapewniająca minimum zasilanie elektryczne i przekazywanie sygnału sieciowego |  |  |
| 29 | pomiar częstości akcji serca – zakres minimum 30 ÷ 250/min |  |  |
| 30 | monitorowanie jednocześnie 3 z 7 odprowadzeń rzeczywistych, dokładność pomiaru częstości akcji serca przynajmniej 1 % |  |  |
| 31 | pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie minimum 5 ÷ 120 odd/min, wyświetlane wartości cyfrowe i fala oddechu, dokładność pomiaru częstości oddechów przynajmniej +/-2 oddechy na minutę |  |  |
| 32 | Pomiar ciśnienia ręczny i automatyczny z regulowanym interwałem w zakresie minimum 1 ÷ 240 min |  |  |
| 33 | prezentacja wartości skurczowej, rozkurczowej oraz średniej, ciągłe pomiary przez określony czas staza żylna |  |  |
| 34 | w komplecie przewód i zestaw mankietów dla dorosłych ( min. trzy rozmiary), mankiety pomiarowe bez lateksu |  |  |
| 35 | możliwość pomiaru i wpisania nazw różnych ciśnień, w tym ciśnienia śródczaszkowego, dokładność pomiaru ciśnienia min. +/- 1 mmHg |  |  |
| 36 | Minimum 24-godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów w postaci tabel i wykresów aktualizacja prezentacji co 60 sek |  |  |
| 37 | moduł zwiotczenia mięśni NMT, Pomiar metodą ST, TOF i PTC. sterowanie modułem z przedmiotowego monitora, komunikacja moduł jednostka centralna w języku polskim. Nie dopuszcza się osobnego urządzenia. |  |  |
| 38 | Możliwość rozbudowy o moduł ciągłego nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia CNAP |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: ...............................................................................

1. Monitoring przenośny pacjenta po zabiegu 1 szt.

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | System monitorowania zapewniający nieprzerwane, pełne i jednoczesne monitorowanie wszystkich wymaganych parametrów (zapisy dynamiczne i trendy) pacjenta na stanowisku. System pomocy w języku polskim wbudowany w monitor |  |  |
| 2 | System zapewniający przenoszenie danych pacjenta z monitora do monitora przez sieć przesyłu danych oraz kartę pamięci lub moduł. |  |  |
| 3 | Konstrukcja umożliwiająca istotne ograniczenie liczby przewodów między monitorem zamocowanym na stanowisku a pacjentem |  |  |
| 4 | Bezpieczne i wygodne mocowanie do aparatu, umożliwiające łatwe dopasowanie położenia ekranu, Stacja dokująca z multiplikatorem portów ułatwiająca szybkie zakładanie i ściąganie monitora zapewniająca minimum zasilanie elektryczne i przekazywanie sygnału sieciowego |  |  |
| 5 | |  | | --- | | Przekątna ekranu min. 10 cali, min 5 krzywych wyświetlanych jednocześnie. | |  |  |
| 6 | Zasilanie monitora 230V/50Hz oraz zasilanie z wbudowanego akumulatora na min 150 minut pracy |  |  |
| 7 | Wieloodprowadzeniowa analiza EKG do zliczania częstości akcji serca i do analizy arytmii. Przynajmniej 2 odprowadzenia analizowane jednocześnie, odprowadzenia do analizy dowolnie wybierane przez użytkownika |  |  |
| 8 | Monitorowanie arytmii |  |  |
| 9 | W komplecie przewody EKG: do podłączenia 3 i 5 elektrod, dokładność pomiaru min ± 1% |  |  |
| 10 | Pomiar oddechu metodą impedancyjną, wyświetlane wartości cyfrowe i fale oddechu |  |  |
| 11 | Minimalny zakres 5-140 odd/min Dokładność pomiaru częstości oddechów przynajmniej +/-1 oddech na minutę |  |  |
| 12 | Pomiar saturacji (SpO2), zakres pomiarowy minimum 70-100% z dokładnością min+/- 3%, pomiar pulsu w zakresie min. 30 – 240 |  |  |
| 13 | W komplecie przewód i min. trzy mankiety dla dorosłych w różnych rozmiarach do pomiaru ciśnienia |  |  |
| 14 | Dokładność pomiaru temperatury ± 0,1 ° C lub lepsza |  |  |
| 15 | Przynajmniej dwa tory pomiarowe do inwazyjnego pomiaru ciśnienia z możliwością rozbudowy o kolejne tory pomiarowe, powyżej 4 |  |  |
| 16 | Zakres pomiarowy ciśnienia minimum od -20 do +340 mmHg, dokładność pomiaru ciśnienia min. +/- 1 mmHg |  |  |
| 17 | Możliwość rozbudowy o moduł ciągłego nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia CNAP |  |  |
| 18 | Ręczne i automatyczne ustawianie wszystkich granic alarmowych na podstawie bieżących parametrów monitorowanych u pacjenta |  |  |
| 19 | Monitor wyposażony w oprogramowanie i elementy niezbędne do połączenia z siecią przesyłania danych |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

Łączna wartość oferty (a+b)

Oferowana łączna cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: ...............................................................................

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem się z zaproszeniem do składania ofert wraz z załącznikami,
2. uzyskałem od Zamawiającego informacje niezbędne do przygotowania niniejszej propozycji,
3. przy kalkulowaniu ceny uwzględniłem wszystkie koszty mające wpływ na jej wysokość oraz koszty związane z przeglądami i naprawami w okresie udzielonej gwarancji
4. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia
5. oferowane urządzenia są fabrycznie nowe, nieużywane, dopuszczone do obrotu na polskim rynku
6. Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w terminie do ……………
7. Oświadczam iż udzielę pisemnej gwarancji opartej na oficjalnej gwarancji producenta, na okres ……….....……….miesięcy (min. 24 m-ce) od daty dostawy i protokolarnego odbioru przedmiotu zamówienia na cały przedmiot zamówienia („a” , „b” )

Oświadczam, iż zagwarantuję czas naprawy usterki w 24 godziny od zgłoszenia i gwarancję urządzenia zastępczego w przypadku niemożności naprawy w czasie do 72 godzin **– tak/nie** (**niepotrzebne skreślić**)

1. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni, liczonego od terminu składania ofert
2. Proponuję następujące warunki płatności : …….. dni od daty otrzymania faktury i podpisania protokołu odbioru
3. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy, do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotowego zamówienia jest …………………………………... tel. .........................
4. Spis załączników do niniejszej oferty: ………………..

Do oferty cenowej załączam/nie załączam (niepotrzebne skreślić) opis/prospekt techniczny oferowanego sprzętu, potwierdzający spełnienie wymagań zawartych w specyfikacji stanowiącej załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego.

Dnia ......................... ................... .................................................

Pieczęcie i podpis/y osoby/osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta