

Załącznik nr 1 -Lista asortymentowo-cenowa i OPZ**TP 20/24 - Zakup, dostawa, montaż, uruchomienie sprzętu medycznego - wyposażenie medyczne karetki neonatologicznej.**

Załącznik nr 1

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość [szt.]	Cena netto [PLN]	Wartość netto [PLN]	Stawka VAT [%]	Wartość brutto [PLN]	Gwarancja [m-ce]
1.	Inkubator transportowy	1					
2.	Kardiomonitor	1					
3.	Nawilżacz gazów oddechowych	1					
4.	Ssak akumulatorowo – sieciowy	1					
5.	Pompa infuzyjna	6					
6.	Nosze elektryczne	1					
	RAZEM	11					

Maksymalny termin dostawy dni kalendarzowych od podpisania umowy

Wartość netto:

słownie:

Wartość brutto:

słownie:

1. Inkubator transportowy

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ TAK/NIE
-----	-------------------------	--------------------	--------------------	------------------------------

1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Inkubator transportowy zaprojektowany w celu umożliwienia wszelkiego rodzaju transportu noworodków (transportu wewnętrznego, zewnętrznego, długo lub krótkotrwałego)	TAK		
5.	Waga inkubatora max. 37 kg	TAK		
6.	Wymiary kopuły inkubatora 77 cm x 42 cm x 28,0 cm (± 2 cm) Wartość szerokości i długości mierzona między przeciwległymi ściankami na wysokości materacyka. Wartość wysokości mierzona od materacyka do górnej ścianki inkubatora.	TAK		
7.	Zasilanie 230V 50 Hz	TAK		
8.	Moc grzewcza max. 320 W	TAK		
9.	Materacyk o wymiarach 60 cm x 35 cm (± 1 cm)	TAK		
10.	Otwory pielęgnacyjne min. 5 sztuk	TAK		
11.	Kopuła przezroczysta zapewniająca widoczność noworodka z 5 stron	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
12.	System uchylania ścianek zapewniający swobodny dostęp do noworodka z 4 stron	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
13.	System bez dźwiękowej manipulacji otworami pielęgnacyjnymi oraz uchylania ścianek	TAK		
14.	Jeden przepust wymagający uszczelnienia silikonowym uszczelniaczem na rury układu oddechowego, przewody i dreny oraz 2 przepusty i 4 otwory pielęgnacyjne z drzwiami o konstrukcji niewymagającej dodatkowego uszczelnacza	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
15.	Wysuwane leże noworodka poza obrys inkubatora	TAK		
16.	Poziom hałasu w kopule max. 18 dB	TAK		
17.	Łatwo dostępny, dla siedzącego personelu	TAK		

	karetkowego, panel sterujący parametrami			
18.	Awaryjne źródło zasilania pozwalające na pracę min. 240 minut	TAK		
19.	System tłumienia drgań inkubatora przenoszonych podczas jazdy na pacjenta	TAK		
20.	System regulacji temperatury w przedziale min. 28 °C – 38 °C w trybie SERVO z pomiaru temperatury skóry.	TAK		
21.	System monitorowania wartości: - temperatura skóry noworodka - temperatura powietrza pod kopułą - stężenie tlenu pod kopułą	TAK		
22.	System alarmów akustyczno-optycznych - Przekroczenia lub spadku nastawionej temperatury - Przekroczenia lub spadku stężenia tlenu	TAK		
23.	Wyposażenie inkubatora: - czujnik tlenu - czujnik temperatury wielorazowego użytku - system mocujący pacjenta w inkubatorze w postaci pasów zabezpieczających	TAK		
24.	Dostosowany do przewozu pacjentów o masie min. od 0,4 kg do 5 kg	TAK		
25.	Wbudowany wyświetlacz LED. Monitorowanie temperatury skóry i powietrza w czasie rzeczywistym.	TAK		
26.	Panel sterujący LCD	TAK		
27.	Min. 4 bloki mocujące do transportera	TAK		
28.	W komplecie: - wysuwane leże na bok - materac transportowy - materac próżniowy - pasy 50 m w rolce - wieszaki do przewodów oddechowych – 2 szt. - lampa oświetleniowa - pokrowiec	TAK		
29.	Platforma nośna do inkubatora kompatybilna z noszami elektrycznymi z pozycji nr 6 „Nosze	TAK		

	elektryczne”			
30.	Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia	TAK		
31.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

2. Kardiomonitor

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Zestaw składający się z kardiomonitora transportowego oraz zintegrowanej stacji dokującej	TAK		
5.	Kardiomonitor kompatybilny z posiadanymi w placówce kardiomonitorami, kompatybilność w zakresie stosowanych akcesoriów, wymiennosc modułów oraz możliwość pracy we wspólnej centrali.	TAK		
6.	Maksymalna waga 1,6 kg	TAK		
7.	Monitorowanie co najmniej EKG, SpO2, NIBP, temperatury skóry, temperatury głębokiej i 2 kanałów IBP, częstotliwość oddechów podczas transportu pacjenta.	TAK		
8.	Zasilanie sieciowe oraz zasilanie akumulatorowe na min. 240 minut pracy (przy monitorowaniu EKG, SpO2, IBP)	TAK		
9.	Akumulator wymienny przez użytkownika, bez konieczności użycia jakichkolwiek narzędzi i wzywania serwisu.	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
10.	Moduł transportowy odporny na wstrząsy, uderzenia i upadki z wysokości min. 1,0 m.	TAK		
11.	Wysoki stopień ochrony – min. IP 32	TAK		

12.	Dostosowany do pracy w orientacji zarówno pionowej jak i poziomej	TAK		
13.	Wyposażony w czujnik światła, który pozwala na automatyczną regulację poziomu jasności ekranu w zależności od natężenia światła otoczenia.	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
14.	Monitor o przekątnej min. 6" pozwalający na swobodny odczyt parametrów w czasie rzeczywistym	TAK		
15.	Moduł transportowy musi umożliwiać przeniesienie danych pacjenta pomiędzy poszczególnymi stanowiskami (dane osobowe, ustawione poziomy alarmów, trendy parametrów z ostatnich min. 8 godzin).	TAK		
16.	Wyświetlanie jednocześnie wartości liczbowych i min. 3 krzywych dynamicznych na wbudowanym ekranie LCD TFT	TAK		
17.	Monitorowanie	TAK		
18.	EKG/oddech: Monitorowanie czynności oddechowej oraz EKG. Jednoczesne wyświetlenie zapisu EKG 12 odprowadzeń z max. 6 elektrod. Pomiar HR w zakresie min. 15 - 350 / min. Pomiar częstości oddechu w zakresie min. 0 - 170 odd. / min. Regulowane opóźnienie alarmu bezdechu. Ręcznie regulowany próg detekcji oddechów. Możliwość wyboru odprowadzenia wykorzystywanego do zliczania oddechów. Pomiar uniesienia odcinka ST/STE w zakresie od -20 do + 20 mm. Pomiar długości odcinka QT i wartości QTc. Rozpoznawanie zaburzeń rytmu w tym co najmniej migotania komór, przedsionków, tachykardii, bradykardii, asystolii.	TAK		
19.	SPO2: Pomiar saturacji w technologii Masimo Rainbow SET lub Nellcor lub FAST. Algorytm pomiarowy odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe. Możliwość	TAK		

	regulacji opóźnienia dla alarmów saturacji i desaturacji.			
20.	Pomiar tętna w zakresie min. od 25 do 240 ud. /min. Zakres pomiarowy SpO2 min. do 0 do 100% z dokładnością w zakresie od 70 do 100% min. \pm 3%. Wyświetlanie cyfrowego wskaźnika perfuzji.	TAK		
21.	NIBP: Programowane odstępy między pomiarami automatycznymi w zakresie min. od 1 minuty do 12 godzin. Możliwość programowania sekwencji pomiarowych (np. 3 pomiary co 15 minut, następnie 3 pomiary co 2 godziny itp.) w trybie auto.	TAK		
22.	Temperatura: Pomiar w zakresie min. 25 °C – 45 °C, dokładność nie gorsza niż 0,1°C. W ofercie dostępne jednorazowe czujniki dla noworodków na skórę oraz rektalne	TAK		
23.	Moduł etCO2	TAK		
24.	System alarmowania: monitor transportowy	TAK		
25.	Pomiar PR, Temp, IBP, kapnografia	TAK		
26.	Alarmy	TAK		
27.	Alarmy dźwiękowe i wizualne wszystkich monitorowanych parametrów. Możliwość zawieszania alarmów dźwiękowych na wybrany okres od 1 do 10 minut oraz na stałe. Możliwość wyłączenia alarmów poszczególnych parametrów. Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych wraz z odcinkami krzywych dynamicznych (min. 4 krzywe).	TAK		
28.	Alarmy ustawiane ręcznie oraz automatycznie (na podstawie aktualnego stanu pacjenta) z możliwością regulacji progów w jednym wspólnym menu.	TAK		
29.	Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia	TAK		
30.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

3. Nawilżacz gazów oddechowych

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1	Producent	Podać	
2	Model	Podać	
3	Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy)	Podać	
Dane sprzętu medycznego			
4.	W połączeniu ze specjalnie zaprojektowanymi komorami nawilżającymi i podgrzewanymi układami oddechowymi, urządzenie zapewnia kompletny system nawilżania gazów oddechowych dla pacjentów wymagających leczenia metodami inwazyjnej lub nieinwazyjnej wentylacji.	TAK	
5.	Wymiary: 145 mm x 170 mm x 200 mm (\pm 10 mm)	TAK	
6.	Waga urządzenia ok. 2,3 kg	TAK	
7.	Wydajność wilgotności minimum: - tryb inwazyjny 30 mg/L - tryb nieinwazyjny 10 mg/L	TAK	
8.	Zakres przepływu minimum: - tryb inwazyjny 60 l/min - tryb nieinwazyjny 80 l/min	TAK	
9.	Gotowy do użycia maksymalnie 30 minut po włączeniu	TAK	
10.	Wyświetlacz LED	TAK	
11.	Poziom głośności maksymalnie 50 dB	TAK	
12.	System alarmów akustycznych przekroczenia wartości progowych dolnych oraz górnych	TAK	
13.	Maksymalna objętość wody: 200 ml	TAK	
14.	Nawilżacz wraz z przetwornicą i kompletem przewodów		
15.	Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia	TAK	
16.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

4. Ssak akumulatorowo - sieciowy

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1	Producent	Podać	
2	Model	Podać	
3	Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy)	Podać	
Dane sprzętu medycznego			
4.	Przenośny ssak elektryczny służący do udrażniania górnych dróg oddechowych	TAK	
5.	Zbiornik o pojemności 1000 ml mocowany w obudowie, wyposażony w filtr bakteryjny wymienny, słoć przystosowany do stosowania wkładów jednorazowych, w komplecie 10 wkładów oraz 5 filtrów bakteryjnych	TAK	
6.	Zewnętrzne wbudowane systemy filtrów we wszystkich zbiornikach zabezpieczające przed przepiętniem słoja	TAK	
7.	Budowa pozwalająca na trzymanie jedną ręką	TAK	
8.	Siła ssania regulowana w zakresie od 30 – 800 mBar, przepływ min. 19 l/min	TAK	
9.	Bateria z możliwością ładowania	TAK	
10.	Czas pracy na baterii 45 minut	TAK	
11.	Uchwyt ścienny z funkcją ładowania akumulatora po wpięciu ssaka zasilany z sieci 12V i 230V. Ładowanie akumulatora odbywa się automatycznie po wpięciu urządzenia do uchwytu.	TAK	
12.	Poziom hałasu: max. 65 dB	TAK	
13.	Wymiary: 320 mm x 100 mm x 250 mm (± 10 mm)	TAK	
14.	Waga z pełnym wyposażeniem: max. 3,5 kg	TAK	
15.	Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia	TAK	
16.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

5. Pompa infuzyjna

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1	Producent	Podać	
2	Model	Podać	
3	Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy)	Podać	
Dane sprzętu medycznego			
4.	Pompa strzykawkowa przeznaczona jest do infuzji dożylnych i dotętnicznych, żywienia pozajelitowego i dojelitowego, podaży krwi i preparatów krwiopochodnych	TAK	
5.	Pompa wyposażona w miękką klawiaturę i wyświetlacz LCD	TAK	
6.	Możliwość zastosowania strzykawek: min. 2 – 60 ml wszystkich głównych producentów (firm wyszczególnionych w Instrukcji Użytkowania)	TAK	
7.	Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki i typu strzykawki	TAK	
8.	Wlew infuzji: min. 0,01 – 2000 ml/h - 0,01 – 99,99 ml/h z przyrostem 0,01 ml/h - 100 – 999,9 ml/h z przyrostem 0,1 ml/h - 1000 – 2000 ml/h z przyrostem 1 ml/h	TAK	
9.	Szybkość dozowania Bolus-a 1600 ml/h	TAK	
10.	Bolus manualny i automatyczny – tzn. z możliwością zaprogramowania objętości / dawki.	TAK	
11.	Programowane parametry podaży Bolus-a: - dawka - czas podaży	TAK	
12.	Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji	TAK	
13.	Programowanie biblioteki	TAK	
14.	Czas pracy z wbudowanego akumulatora 240 min. przy infuzji 1ml/h	TAK	
15.	Strzykawka montowana od czoła pompy	TAK	

16.	Zintegrowana z zestawem stacja dokująca dla pomp	TAK	
17.	Wyświetlacz, na którym w czasie infuzji stale wyświetlane są min. następujące informacje: - nazwa leku, - szybkość dozowania leku - objętość do podania, - stan naładowania akumulatora.	TAK	
18.	12 progów alarmów okluzji (min. 75 – 900 mmHg)	TAK	
19.	Typy infuzji: ciągła, okresowa, profilowa, wzrost / spadek	TAK	
20.	Zasilanie: 100 - 240 VAC, 50/60 Hz lub 12 - 15 VDC	TAK	
21.	Akumulator wewnętrzny: NiMH	TAK	
22.	Czas pracy z akumulatora: min. 30 h przy prędkości 5 ml/h.	TAK	
23.	Czas ładowania akumulatora do 100%: max. 6 h	TAK	
24.	Klasa ochronności: min. II, typ CF, IP22, odporność na defibrylację	TAK	
25.	Wymagania bezpieczeństwa: min. EN 60601-1, EN 60601-1-2, EN 60601-2-24, MDD 93/42/EEC-IIb, EN 60601-1-8	TAK	
26.	Ciężar pompy: max. 2,5 kg	TAK	
27.	Wymiary gabarytowe (s x g x w): 360 mm x 200 mm x 115 mm (± 5 mm)	TAK	
28.	Historia infuzji: min. 2000 zapisów	TAK	
29.	Regulacja głośności alarmu: min. 3 poziomy głośności, ton przerywany lub ciągły	TAK	
30.	W komplecie stacja dokująca do ambulansów (jedna stacja na dwie pompy): - automatyczne podłączenie zasilania do pompy - zatraskowa instalacja pomp		
31.	Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia	TAK	
32.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

6. Nosze elektryczne

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Monoblokowe nosze hydrauliczno - elektryczne	TAK		
5.	Produkt oparty na ramie wykonanej z wysokiej jakości anodyzowanego aluminium dodatkowo zabezpieczonego lakierem.	TAK		
6.	Leże noszy przystosowane do prowadzenia reanimacji, potrójnie łamane w zakresie do 90 °	TAK		
7.	Oparcie pleców regulowane płynnie do 90 °	TAK		
8.	Podwozie transportera wyposażone w 4 duże koła jezdne o średnicy min. 150 mm (w tym 2 koła tylne posiadają funkcję skrętu i wyposażone są w hamulce)	TAK		
9.	Składane wzdłuż ramy poręcz boczne, zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości	TAK		
10.	Składany statyw do kroplówki o udźwigu do 5 kg z regulacją wysokości	TAK		
11.	W komplecie: 2 akumulatory litowe min. 36 V oraz dodatkowa ładowarka 230 V	TAK		
12.	W komplecie: mocowanie karetkowe zgodne z EN 1865-5 wyposażone w funkcję ładowania noszy oraz wysuwu ramy na zewnątrz, dzięki czemu załadunek pacjenta jest bezwysiłkowy	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
13.	LED-owe oświetlenie robocze sygnalizujące położenie noszy, np. w warunkach ograniczonej widoczności lub w nocy	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
14.	Możliwość ręcznego załadunku i rozładunku noszy do i	TAK		

	z ambulansu na wypadek awarii systemu elektrycznego			
15.	Dopuszczalne obciążenie bez względu na wysokość noszy – min. 300 kg	TAK		
16.	Możliwość wydłużenia leża dla pacjentów o znacznym wzroście	TAK		
17.	Możliwość skrócenia długości noszy	TAK		
18.	Możliwość montażu platformy z inkubatorem z pozycji nr 1 „Inkubator transportowy”.	TAK / NIE	NIE – 0 pkt. TAK – 5 pkt.	
19.	Wymiana akumulatora bez użycia narzędzi	TAK		
20.	Wymiary: (D x S x W) 195 cm x 60 cm x min. 36 cm – 115 cm (± 2 cm)	TAK		
21.	Waga: max. 74 kg	TAK		
22.	Przeeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia	TAK		
23.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

Wymagania ogólne dotyczące całego wyposażenia

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Gwarancja zgodna z wymaganiami w poszczególnych tabelach	TAK	
2.	Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny).	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim 1 egz. dla użytkowników oraz 1 egz. do archiwum Działu Techniki Medycznej (dostarczona przy dostawie)	TAK	
4.	Paszport techniczny i karta gwarancyjna dla każdego z aparatów (dostarczone przy dostawie) dla asortymentu do którego wymaga tego producent.	TAK	
5.	Wykaz punktów serwisowych (dostarczone przy dostawie)	TAK	
6.	Szczegółowy opis warunków gwarancji (dostarczone przy dostawie)	TAK	
7.	Sposób powiadamiania o usterkach uznany za skuteczny (dostarczone przy dostawie)	TAK	

8.	Opisać warunki i przyczyny ewentualnej utraty gwarancji (dostarczone przy dostawie).	TAK	
9.	Czas reakcji na zgłoszenie (liczony od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia interwencji serwisowej u użytkownika) w okresie gwarancji nie dłużej niż 48h w dni robocze *	TAK	
10.	Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 14 dni roboczych liczony od podjęcia interwencji serwisowej.	TAK	
11.	Zapewnienie sprzętu zastępczego na czas naprawy gwarancyjnej przekraczającej 14 dni robocze*	TAK	
12.	Minimalny zakres prac związanych z przeglądem okresowym wymaganym przez producenta (dostarczone przy dostawie).	TAK	
13.	W przypadku konieczności wymiany urządzenia w okresie gwarancyjnym z przyczyn leżących po stronie oferenta pokrywa on wszystkie koszty związane z tą procedurą.	TAK	
14.	W okresie gwarancji wykonawca zobowiązany jest do wykonywania okresowych przeglądów gwarancyjnych mających na celu sprawdzenie poprawności pracy systemu i usunięcia zaistniałych usterek (koszt przeglądu wliczony w cenę oferty). Zakres przeglądu oraz częstość wykonywania przeglądów zgodnie z wymaganiami producenta.	TAK	
15.	Udostępnienie telefonicznej pomocy serwisowej czynnej w dni robocze * w okresie gwarancji. Podać numer telefonu. (dostarczone przy dostawie)	TAK	
16.	Szkolenie użytkowników - Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi przedmiotu umowy, dezynfekcji, sterylizacji, konserwacji i bezpieczeństwa dla dostarczonego sprzętu- min. 1h dla 4 osób.	TAK	
17.	Dostępność części zamiennych min 10 lat.	TAK	
18.	Dla wyrobu medycznego w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20maja 2010 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1938.) należy dołączyć deklarację zgodności lub/i certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikującą.	TAK	

* Jako dni robocze zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w godzinach 8:00 – 15:30.

UWAGI:

- 1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**
- 2. Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
- 3. Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy