

(pieczęć firmowa)

.....

dnia

O f e r t a

I. Dane wykonawcy:

1. Pełna nazwa.....
2. Adres (siedziba).....
.....
(kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo)
3. Adres do korespondencji.....
(wypełnić, jeśli jest inny niż adres siedziby)
4. Telefon.....
5. Fax.....
6. E-mail.....
7. NIP.....
8. PESEL (dotyczy osób fizycznych)
9. REGON.....
10. BDO

II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania w trybie podstawowym ogłoszonego przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu na **dostawę łóżek elektrycznych, materacy przewodleżynowych, pulsoksymetrów**, opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych Nr

III. Cena przedmiotu zamówienia w PLN, zgodnie z wyliczeniem wynikającym ze sporządzonej specyfikacji cenowej - Zał. Nr 2/1- 2/3 oraz w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia opisanemu odpowiednio w Zał. Nr 3/1- 3/3.

Zadanie Nr 1: łóżka wielofunkcyjne elektryczne – 10 szt.

- a) Cena netto ogółem:
słownie:.....
wartość VAT:
słownie:
- Cena brutto ogółem:**
słownie:
- b) Okres gwarancji:
(określić: **nie krócej niż 24 miesiące**** od dnia odbioru, montażu i instalacji)
- c) Termin dostawy:
(określić: **nie dłużej niż 40 dni**** od dnia podpisania umowy)

Zadanie Nr 2: materace (zestawy) przeciwodleżynowe – 10 szt.

- a) Cena netto ogółem:
słownie:.....
wartość VAT:
słownie:
Cena brutto ogółem:
słownie:
- b) Okres gwarancji:
(określić: **nie krócej niż 24 miesiące**** od dnia odbioru, montażu i instalacji)
- c) Termin dostawy:
(określić: **nie dłużej niż 30 dni**** od dnia podpisania umowy)

Zadanie Nr 3: pulsoksymetry – 5 szt.

- a) Cena netto ogółem:
słownie:.....
wartość VAT:
słownie:
Cena brutto ogółem:
słownie:
- b) Okres gwarancji:
(określić: **nie krócej niż 24 miesiące**** od dnia odbioru, montażu i instalacji)
- c) Termin dostawy:
(określić: **nie dłużej niż 30 dni**** od dnia podpisania umowy)

IV. Termin płatności za realizację przedmiotu zamówienia: przelew w terminie **30 dni**, licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

V. Oświadczamy, że projektowane postanowienia przyszłej umowy zawarte w Zał. Nr **6** do SWZ zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

VI. Oświadczamy, że uznajemy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert, tj. do dnia wskazanego w treści SWZ.

VII. Oświadczamy, że oferowane przez nas dostawy odpowiadają wymaganiom określonym w SWZ przez Zamawiającego.

VIII. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

IX. Zgodnie z art. 225 ustawy Pzp, składając ofertę informujemy Zamawiającego, że wybór oferty **będzie* /nie będzie*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. Jednocześnie ze złożonym oświadczeniem, podajemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, tj., których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazujemy ich wartość : + % VAT.

UWAGA! - brak skreśleń i oświadczenia w tym zakresie ze strony Wykonawcy oznacza, że oferta Wykonawcy składającego ofertę nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

X. Inne informacje Wykonawcy:

w tym informacje dotyczące **udziału podwykonawców** w wykonaniu zamówienia (podać części zamówienia, której Wykonawca wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcy i firmę podwykonawcy):

.....

XI. Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.²

XII. W przypadku wyboru naszej oferty osobą uprawnioną do podpisania umowy będzie:

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej do zawarcia umowy)

XIII. Wykonawca jest ³ *:

- mikroprzedsiębiorstwem,
 - małym przedsiębiorstwem,
 - średnim przedsiębiorstwem,
 - jednoosobowa działalność gospodarcza
 - osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej
 - inny rodzaj
- niepotrzebne skreślić**.

XIV. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:

.....
(wymienić załączniki)

XV. Zastrzeżenie Wykonawcy:

Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Prawo Zamówień Publicznych Wykonawca zastrzega, iż wymienione niżej dokumenty składające się na ofertę nie mogą być udostępnione innym uczestnikom postępowania:

.....
(*wykazać załączając stosowne wyjaśnienia, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa*).

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania firmy na zewnątrz)

* *niepotrzebne skreślić*

***przez określenie „godziny”, „dni”, „dni robocze”, „miesiące” Zamawiający rozumie: pełne godziny (60 minut), pełne dni (24 godziny/1 doba), pełne dni robocze od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, miesiące kalendarzowe, i w takich pełnych jednostkach Wykonawca zobowiązany jest określić te dane wg wymagań SWZ.*

Termin dostaw należy więc określić w „dniach”, a okres gwarancji w „miesiącach”.

UWAGA!

W przypadku wpisania w formularzu ofertowym warunków w zakresie „terminu dostawy” poprzez użycie wyrażenia „dni robocze”, Zamawiający przyjmie, że chodzi tu o „dni” zgodnie ze sposobem oceny przyjętym w SWZ.

W przypadku omyłkowego wpisania terminu dostawy np. poprzez zapis „1-3 dni” Zamawiający przyjmie do przeliczeń najdłuższy termin wskazany w zakreślonym pulapie.

Zaoferowanie warunków w kryterium „terminu dostawy” powyżej ustalonego progu stanowić będzie podstawę do odrzucenia oferty.

Zaoferowanie warunków w kryterium „okresu gwarancji” poniżej ustalonego progu stanowić będzie podstawę do odrzucenia oferty.

¹ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

² W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

³ Zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro.

Specyfikacja cenowa
Zadanie Nr 1: **łóżka wielofunkcyjne elektryczne – 10 szt.**

Producent oferowanego sprzętu:

(podać)

Typ/model:

(podać)

Rok produkcji – nie wcześniej niż 2022

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto pozycji	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto pozycji
	..... ..... <i>(Określić i wyspecyfikować dokładnie sprzęt będący przedmiotem zamówienia odpowiednio do zadania, którego dotyczy oferta podając jego nazwy i ilości. Zakres wg Załącznika 3/1 do SWZ).</i>						
Wartość netto i brutto zadania ogółem:				.....		.....	.....

Słownie wartość **zadania** ogółem brutto:

.....
data

.....
(podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Specyfikacja cenowa
Zadanie Nr 2: materace (zestawy) przeciwoleżynowe – 10 szt.

Producent oferowanego sprzętu:
(podać)

Typ/model:
(podać)

Rok produkcji – nie wcześniej niż 2022

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto pozycji	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto pozycji
	..... ..... <i>(Określić i wyspecyfikować dokładnie sprzęt będący przedmiotem zamówienia odpowiednio do zadania, którego dotyczy oferta podając jego nazwy i ilości. Zakres wg Załącznika 3/2 do SWZ).</i>						
Wartość netto i brutto zadania ogółem:				.....		.....	.....

Słownie wartość **zadania** ogółem brutto:

.....
data

.....
(podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Specyfikacja cenowa
Zadanie Nr 3: **pulsoksymetry** – 5 szt.

Producent oferowanego sprzętu:

(podać)

Typ/model:

(podać)

Rok produkcji – nie wcześniej niż 2022

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto pozycji	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto pozycji
	..... ..... <i>(Określić i wyspecyfikować dokładnie sprzęt będący przedmiotem zamówienia odpowiednio do zadania, którego dotyczy oferta podając jego nazwy i ilości. Zakres wg Załącznika 3/3 do SWZ).</i>						
Wartość netto i brutto zadania ogółem:				.....		.....	.....

Słownie wartość **zadania** ogółem brutto:

.....
data

.....
(podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

SPECYFIKACJA parametrów techniczno-użytkowych
i wymagania jakościowe odnoszące się do co najmniej głównych elementów składających się
na przedmiot zamówienia - **Zadanie Nr 1**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **łóżka wielofunkcyjne elektryczne – 10 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2022):

Lp	Przedmiot zamówienia i wymagane parametry techniczno-użytkowe wyrobu	Parametry wymagane	Parametry oferowane (określić i opisać parametry techn.-użytkowe odpowiednio do wymogów Zamawiającego zamieszczonych obok w kolumnie 2)	Parametry oceniane
I.	Wielofunkcyjne łóżko elektryczne przeznaczone dla pacjentów długotrwale unieruchomionych ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 10 szt.	TAK		x
1	Łatwa do czyszczenia podstawa bez silników i przewodów.	TAK		x
2	Modułowe min. 7-elementowe wypełnienie leża z HDPE (Polietylen) lub PP (Polipropylen) łatwo odejmowane za pomocą jednej ręki dzięki specjalnemu systemowi zatrzasków. <i>Dopuszczamy modułowe, 4-elementowe wypełnienie leża, łatwo odejmowane oburącz (w celach bezpieczeństwa) dzięki specjalnemu systemowi zatrzasków, ale z w/w materiałów.</i>	TAK		x
3	Elektryczna regulacja segmentu pleców w zakresie <u>minimum</u> 0-64° <i>Dopuszczamy łóżko z regulacją segmentu pleców w zakresie 0-62° - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
4	Elektryczna regulacja segmentu nóg w zakresie <u>min.</u> 0-30°. <i>Dopuszczamy łóżko, w którym oprócz regulacji segmentu uda w zakresie 0 – 20 stopni jest możliwość regulacji segmentu łydki w zakresie 0 – 16 stopni - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
5	Szczyty od strony głowy i nóg - ta część parametru wymagana. W/w szczyty wykonane z HDPE lub PP - ta część parametru ocenna.	TAK/NIE podać		Szczyty wykonane z HDPE lub PP TAK- 10 pkt. NIE- 0 pkt.
6	Krażki odbojowe <u>min.</u> Ø100 mm. <i>Dopuszczamy krażki odbojowe min. 75 mm – odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
7	Bezpieczne narożniki łóżka.	TAK		x

8	Koła Ø 140-150 mm z osłonami z tworzywa ABS.	TAK		x
9	System centralnej blokady kół z dźwigniami nożnymi po obu stronach łóżka. <i>Dopuszczamy system centralnej blokady kół z dźwigniami nożnymi dostępnymi od strony nóg pacjenta, po obu stronach łóżka.</i>	TAK		x
10	Wysoka odporność na uderzenia;	TAK		x
11	Właściwości antyalergiczne i antybakteryjne	TAK		x
12	Trudnopalność (klasa M2) <i>Dopuszczamy łóżka spełniające kryteria trudnopalności na podstawie innych norm równoważnych, z uwzględnieniem zapisów zawartych w rozdziale V pkt 4.1 i 4.2 SWZ – odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
13	Barierki boczne w pełni zgodne z normą EN 60601-2-252 lub normą równoważną wykonane z HDPE lub PP. Optymalne dopasowanie barierki zapewnia zabezpieczenie min. 97% długości leża. Barierki podzielone, opuszczane niezależnie od siebie. Barierki podniesione stanowią jednolitą całość na długości leża (bez przerwy V). Zwalnianie barierki za pomocą jednej ręki, wyposażone w system spowalniający opadania - opadanie przez opuszczanie nie powiększa gabarytów łóżka. <i>Dopuszczamy także łóżka z barierkami bocznymi w pełni zgodnymi z normą EN 60601-2-252 wykonanymi z HDPE, optymalnie dopasowanych zabezpieczających min. 97% długości leża, dzielone. Podniesione barierki stanowią całość zabezpieczającą pacjenta na całej długości leża. Opuszczane niezależnie od siebie, zwalniane za pomocą jednej ręki, opuszczane poniżej poziomu leża dla łatwiejszego transferu pacjenta na wózek lub podnośnik pacjenta.</i> <i>Dopuszczamy także łóżko posiadające barierki boczne w pełni zgodne z normą EN 60601-2-52 wykonane z PP (polipropylenu) zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, barierki podzielone, opuszczane niezależnie od siebie, zwalnianie barierki za pomocą jednej ręki, wyposażone w system spowalniający opadania, barierki opuszczane poniżej poziomu materaca dla łatwiejszego transferu pacjenta na wózek lub podnośnik pacjenta – odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
14	Niezależnie od elektrycznej pozycji CPR łóżko wyposażone jest w dźwignię umieszczoną z obu stron leża pozwalającą na szybkie mechaniczne opuszczenie segmentu pleców.	TAK		x
16	Łatwo wyjmowane szczyty	TAK		x
17	Łóżko wyposażone w funkcję wydłużania leża do min. 220 mm z bolcami blokującymi.	TAK/NIE		TAK-10 pkt. NIE-0 pkt.
18	Panele sterowania w barierkach	TAK		x

19	<p>Wymiary: Wymiary leża: 1995 x 885 mm +/- 15mm Wymiary zewnętrzne łóżka: 2185 x 960 mm +/- 40mm Szerokość z uniesionymi barierkami: 1015 mm +/- 15mm Regulacja wysokości: 380 x 760 mm +/- 40mm</p> <p><i>Dopuszczamy regulację wysokości w zakresie do 850 mm – odpowiedź z 05.10.2022 r.</i></p> <p><i>Dopuszczamy łóżko o wymiarach leża 1980 x 860 mm z materacem o właściwościach określonym w SWZ. – odpowiedź z 05.10.2022 r.</i></p> <p><i>Dopuszczamy łóżko posiadające wymiary zewnętrzne 2230 x 980 mm (+/- 10 mm) - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i></p> <p><i>Dopuszczamy łóżko posiadające szerokość z uniesionymi barierkami 980 mm (+/- 10 mm) - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i></p> <p><i>Dopuszczamy łóżko z regulacją wysokości w zakresie 410 – 815 mm (+/- 10 mm) - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i></p>	TAK		x
20	<p>Informacje techniczne: Dopuszczalne obciążenie: <u>min.</u> 250 kg Całkowita waga łóżka: <u>max.</u> 155 kg Zasilanie: 220/230 VAC-50 Hz 110/120 VAC-50/60 Hz w opcji Maksymalny pobór prądu: 180 W</p>	TAK		x
21	<p>Łóżko wyposażone w: Materac z tkaniny oddychającej, paroprzepuszczalnej, łatwo zmywalnej, odporny na dezynfekcję oraz promieniowanie UV. Pokrowiec materaca na zamek z zakładką zabezpieczającą przed przedostawaniem się płynów do wewnątrz. Pokrowiec z możliwością prania w temperaturze do 95°C. Materac o wysokości minimum 12 cm – 1 szt.</p>	TAK		x
22	<p>Łóżko wyposażone dodatkowo w materac uzupełniający przedłużone leże – 1 szt.</p> <p><i>Dopuszczamy łóżko nie wyposażone w dodatkowy materac uzupełniający przedłużone leże w przypadku zaofiarowania łóżka nie wyposażonego w funkcję wydłużania leża opisaną w pkt. 17, która jest parametrem ocenianym.</i></p>	TAK/ NIE		x
IV	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki serwisu			
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
2.	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w siedzibie Zamawiającego w cenie oferty. Szkolenie nastąpi przy odbiorze przedmiotu umowy, a jeśli zajdzie potrzeba to także w terminie 2 miesięcy od daty odbioru po uzgodnieniu daty między stronami.	TAK		x

2.	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
3.	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
4.	Zalecany lub wymagany sposób dezyfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
5.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK Podać		X
6.	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK Podać		X
7.	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK Podać		X
8.	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
9.	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu	TAK Podać		X
10.	Punkty serwisowe Wykonawcy	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		X

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

SPECYFIKACJA parametrów techniczno-użytkowych
i wymagania jakościowe odnoszące się do co najmniej głównych elementów składających się
na przedmiot zamówienia - **Zadanie Nr 2**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Materac (zestaw) przeciwoleżynowy - 10 kpl.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2022):

Lp.	Przedmiot zamówienia i wymagane parametry techniczno-użytkowe wyrobu	Parametry wymagane	Parametry oferowane (określić i opisać parametry techn.-użytkowe odpowiednio do wymogów Zamawiającego zamieszczonych obok w kolumnie 2)	Parametry oceniwane
I.	Materac (zestaw) przeciwoleżynowy - 10 kpl.	TAK		x
1	Materac powietrzny, przeciwoleżynowy, zmiennociśnieniowy z pompą o funkcjach terapeutycznych; długość i szerokość materaca dopasowana do leża.	TAK		x
2	Materac zalecany w zapobieganiu i/lub leczeniu odleżyn w skali od I do IV.	TAK		x
3	Pokrowiec wykonany z poliestru powlekanego poliuretanem	TAK		x
4	Bezpieczne obciążenie robocze gwarantujące skuteczność terapeutyczną min. 200 kg	TAK		x
5	Materac automatycznie dostosowujący ciśnienie wewnątrz materaca do wskaźnika masy ciała (BMI) oraz pozycji pacjenta w cyklu co 10 +/- 3 minut dla trybu naprzemiennego stałego niskiego ciśnienia oraz w cyklu co 20 +/- 3 minut dla trybu stałego niskiego ciśnienia. Dopuszczamy materac automatycznie dostosowujący ciśnienie wewnątrz materaca do wagi i pozycji pacjenta z możliwością manualnej regulacji, pracujący w cyklu 10, 15, 20, 25, 30 minut do wyboru.	TAK		x
6	Pokrowiec materaca bakteriostatyczny, paroprzepuszczalny.	TAK		x
7	Materac dopasowujący się do kształtu ciała pacjenta, zmniejszający tarcie i ryzyko powstania odleżyn.	TAK		x
8	Materac powietrzny wyposażony w min. 20 wymiennych komór z wizualnym oznaczeniem kolorystycznym komór przeznaczonych dla stref głowy, bioder i pięt. <i>Dopuszczamy materac przeciwoleżynowy zbudowany z 18 wymiennych komór w jednym kolorze oraz z wizualnym oznaczeniem strefy pięt na pokrowcu wierzchnim - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i> <i>Dopuszczamy materac zmiennociśnieniowy wyposażony w 19 wymiennych poprzecznie ułożonych komór z wizualnym oznaczeniem kolorystycznym komór przeznaczonych dla stref głowy, bioder i pięt - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
9	Materac wykorzystujący technologię komory w komorze w celu usztywnienia krawędzi materaca celem ułatwienia transferu pacjenta z łóżka i na łóżko. Komory powietrzne znajdują się wewnątrz na krawędziach komór podłużnych głównych.	TAK/NIE		TAK -10 pkt NIE – 0 pk

10	Materac o wysokości max. 21 cm.	TAK - podać		x
11	Konstrukcja materaca ze zintegrowanym wkładem powietrznym o stałym ciśnieniu na którym spoczywają komory powietrzne zmiennociśnieniowe, zamknięte w pokrowcu, część górną paroprzepuszczalną, połączoną zamkiem błyskawicznym z pokrowcem dolnym wykonanym z wytrzymałego nylonu powlekanego poliuretanem odpornym na przetarcia, zaopatrzonym w paski mocujące do ramy leża, min. 8 pasków. <i>Dopuszczamy materac przeciwodleżynowy mocowany do ramy łóżka za pomocą 6 pasków - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
12	Materac wyposażony w system pozwalający na odprowadzenie wilgoci i ciepła z wnętrza materaca, co pozwoli osuszyć powietrze otaczające komory i zapewnić pacjentowi większy komfort. <i>Dopuszczamy materac odprowadzający wilgoć poprzez perforację.</i>	TAK/NIE		TAK -10 pkt NIE – 0 pkt
13	Zawór natychmiastowego spustu powietrza tzw. CPR. Spuszczenie powietrza z komór w czasie nie dłuższym niż 10 sekund.	TAK		x
14	Możliwość wypuszczenia powietrza z materaca nawet w trakcie transportu	TAK		x
15	Pompa materaca pracująca w dwóch trybach: - aktywny o zmiennym nacisku - pasywny o stałym obniżonym ciśnieniu. <i>Dopuszczamy pompę pracującą w 4 trybach: - tryb naprzemienny - tryb pielęgnacyjny - tryb niskociśnieniowy - tryb pielęgnacyjny z automatycznym powrotem do poprzedniego ustawienia po 20 min.- Odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
16	Pompa wyposażona w przyciski lub pokrętło do regulacji komfortu pacjenta celem zmiany twardości lub miękkości materaca celem lepszego dostosowania do potrzeb pacjenta. <i>Dopuszczamy materac z manualną regulacją ciśnienia za pomocą pokrętła w zależności od wagi i pozycji pacjenta z pompą pracującą w dwóch trybach: zmiennociśnieniowym i statycznym.</i>	TAK		x
17	Pompa materaca wyposażona w przycisk natychmiastowego utwardzenia powierzchni dla czynności pielęgnacyjnych. Czas utwardzenia min. 15 min w zależności od czasu trwania procedur medycznych. Po tym czasie pompa wraca do trybu zmiennociśnieniowego. <i>Dopuszczamy materac z możliwością utwardzenia powierzchni dla czynności pielęgnacyjnych poprzez uruchomienie trybu statycznego i ustawienie manualnie.</i>	TAK		x
18	Masa pompy nie większa niż 3,9 kg.	TAK		x
19	Masa materaca nie większa niż 13 kg	TAK		x
20	Pompa materaca z alarmem wizualnym i akustycznym niewłaściwego ciśnienia informującym personel o awarii bez konieczności manualnego sprawdzenia szczelności materaca	TAK		x

21	Zestaw rur łączących pomiędzy pompą, a materacem powietrznym o konstrukcji z zabezpieczeniem przed złamaniem dzięki któremu nie dojdzie do zgniecenia i zahamowania przepływu powietrza.	TAK		x
22	Automatyczny tryb transportowy po odłączeniu zestawu rur łączących od pompy (zawór zamyka automatycznie odpływ powietrza)	TAK/NIE		TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt
23	Materac wyposażony w specjalne kanały do mocowania przewodu zasialającego w dolnej części materaca tak, aby zapobiec opadaniu na ziemię.	TAK		x
24	Pompa wyposażona w filtr włączanego do materaca powietrza	TAK		x
25	Pompa wykonana z tworzywa ABS o stopniu ochrony przed zalaniem IP21	TAK		x
26	Pokrowiec z możliwością przeprowadzenia mycia oraz dezynfekcji wysokotemperaturowej	TAK		x
27	Pokrowiec z możliwością przeprowadzenia mycia oraz dezynfekcji wysokotemperaturowej w temp. do min. 95° C	TAK/NIE		TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt
28	Pokrowiec z możliwością suszenia w suszarce w temp. do min. 130°C <i>Dopuszczamy pokrowiec z możliwością suszenia w suszarce w temp. do min. 80°C - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
29	Podkład dmuchany zapewnia całościowe oraz stałe wspomaganie ciśnienia eliminując potrzebę korzystania ze standardowych materacy	TAK		X
30	Przewód zasialający o długości min. 4,0m	TAK		X
II	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki serwisu	TAK		x
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
2.	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w siedzibie Zamawiającego w cenie oferty. Szkolenie nastąpi przy odbiorze przedmiotu umowy, a jeśli zajdzie potrzeba to także w terminie 2 miesięcy od daty odbioru po uzgodnieniu daty między stronami.	TAK		x
3.	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
4.	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
5.	Zalecany lub wymagany sposób dezerfekcji sprzętu	Opisać i podać prop. środki dezynf.		x
6.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK Podać		x
7	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK Podać		x

8	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK Podać		x
9	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
10	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu	TAK Podać		x
11.	Punkty serwisowe Wykonawcy	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		x

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

SPECYFIKACJA parametrów techniczno-użytkowych
i wymagania jakościowe odnoszące się do co najmniej głównych elementów składających się
na przedmiot zamówienia - **Zadanie Nr 3**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **pulsoksymetr - 5 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2022):

Lp	Przedmiot zamówienia i wymagane parametry techniczno-użytkowe wyrobu	Parametry wymagane	Parametry oferowane (określić i opisać parametry techn.-użytkowe odpowiednio do wymogów Zamawiającego zamieszczonych obok w kolumnie 2)	Parametry oceniwane
I	Pulsoksymetr – 5 szt.	TAK		x
1	Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z czujnikiem SpO2 dla dorosłych-klips	TAK		X
2	Wymiary urządzenia nie większe niż 6 cm x 13 cm x 3 cm	TAK		x
3	Zasilanie AC 230 VAC 50 (Hz) +/- 10 %	TAK		x
4	Możliwość zasilania sieciowo oraz akumulatorem lub bateriami alkaicznymi	TAK		X
5	Stacja dokująca umożliwiająca ładowanie pulsoksymetru	TAK		x
6	Waga urządzenia nie większa niż 0,4 kg	TAK/NIE		TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt
7	Zakres pomiaru saturacji 0-100 %	TAK		X
8	Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70% -100 % nie gorsza niż 2 pkt. % <i>Dopuszczamy dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70% -100%: ± 2% (dorośli, dzieci), ± 3% (noworodki). - odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		x
9	Zakres pomiaru pulsu w granicach <u>min.</u> 25-250 uderzeń na minutę	TAK		x
10	Dokładność pomiaru pulsu w całym zakresie +/-2% lub 1 bpm. <i>Dopuszczamy pulsoksymetr z dokładnością pomiaru pulsu w całym zakresie ± 3 P/min.</i>	TAK		X
11	Ciągły tryb monitorowania parametrów	TAK		x
12	Tryb monitorowania typu SPOT Check	TAK		x
13	Wyświetlacz kolorowy o przekątnej z zakresie 2,2 do 3 cal	TAK		X
14	Kolorowy wyświetlacz prezentujący wszystkie graficzne i numeryczne informacje pacjentów oraz komunikaty ostrzegawcze	TAK		x
15	W zestawie akumulator litowy o pojemności nie niższej niż 1600 mAh	TAK		x
16	Wyświetlacz krzywej pletyzmografu	TAK		X
17	Wyświetlacz SpO2-bieżąca wartość	TAK		x

18	Wyświetlacz górnego i dolnego limitu alarmowego dla saturacji	TAK		x
19	Wyświetlanie częstości tętna - bieżąca wartość	TAK		X
20	Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla tętna	TAK		x
21	Wyświetlanie czasu	TAK		x
22	Pamięć danych nie mniejsza niż 48 godzin, z częstotliwością zapisu w granicach od 30 sek. do 30 min. <i>Dopuszczamy pamięć danych 96 godzin, z częstotliwością zapisu 2 sek.- odpowiedź z 05.10.2022 r.</i>	TAK		X
23	Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2	TAK		x
24	Alarm odłączenia SpO2 czujnika	TAK		X
25	Alarm rozładowanej baterii	TAK		x
26	Alarm wizualny i dźwiękowy całkowicie rozładowanej baterii	TAK		x
27	Regulacja głośności dla alarmu	TAK/NIE		TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt
28	Stopień ochrony nie mniejszy niż IPX1	TAK		x
29	Obudowa z silikonu zabezpieczająca przed upadkiem	TAK/NIE		TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt
30	Czujnik pomiarowy saturacji, wielokrotnego użytku typu klips dla dorosłych - 1szt.	TAK		x
II Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki serwisu				
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
2.	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w siedzibie Zamawiającego w cenie oferty. Szkolenie nastąpi przy odbiorze przedmiotu umowy, a jeśli zajdzie potrzeba to także w terminie 2 miesięcy od daty odbioru po uzgodnieniu daty między stronami.	TAK		x
3.	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
4.	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
5.	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać prop. środki dezynf.		x
6.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK Podać		x
7	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK Podać		x
8	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK Podać		x
9	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
10	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu	TAK Podać		x

11.	Punkty serwisowe Wykonawcy	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		X
-----	----------------------------	---	--	---

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)