Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

(pieczęć adresowa oferenta) data ..................................

# FORMULARZ OFERTY

Do Śląskiego Centrum

Chorób Serca

ul. M.C.Skłodowskiej 9

41-800 Zabrze

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę aparatury i oprogramowania do realizacji projektu edukacyjnego ( spr. nr 48/EZP/19 ) , oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za ceny :

**wyszczególnione w Formularzu cenowym**

**Termin płatności** ustalamy do 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załączniku nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala.
6. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………
7. Jesteśmy małym / średnim / dużym przedsiębiorstwem .

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. ..................................................
2. ..................................................
3. .................................................. .........................................................

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 2

Oświadczenie

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Dostawę aparatury i oprogramowania do realizacji projektu edukacyjnego

(spr. nr 48/EZP/19)

Oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp,

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

........................................................ dnia ................ r.

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

(podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ......ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z w/w okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp

podjąłem następujące środki naprawcze:

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

...................... dn. ................ ..........................................

(miejscowość) (data) ( podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Wykonawcy)

Załącznik nr 4

Pakiet nr 1

Upgrade oprogramowania do fantomu HEART WORKS - rozszerzenie na nowe patologie sercowe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS  moduł 6 lub równoważny |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS  moduł 7 lub równoważny |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 3 | Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS  moduł 8 lub równoważny |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 4 | Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS  moduł 9 lub równoważny |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| razem | | | | | | |  |  |

Za równoważny uznajemy produkt kompatybilny z biosymulatorem HEART WORKS, spełniający opisane w załączniku nr 8 funkcjonalności .

\*przedmiot zamówienia spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 4

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | System monitorowania z funkcją nagrywania i archiwizacji szkolenia |  | szt. | 1 |  |  |  |  |

\*sprzęt spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 4

Pakiet nr 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Specjalistyczny manekin o dużym stopniu wiarygodności, reagujący na sytuacje kliniczne |  | szt. | 1 |  |  |  |  |

\*sprzęt spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 4

Pakiet nr 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Fantom do nauki wentylacji mechanicznej |  | szt. | 1 |  |  |  |  |

\*sprzęt spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 4

Pakiet nr 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Respirator do wentylacji nieinwazyjnej |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Respirator do wentylacji nieinwazyjnej |  | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| 3 | Respirator do wentylacji nieinwazyjnej |  | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |

\*sprzęt spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 4

Pakiet nr 6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Koflator |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Koflator |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 3 | Koflator |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |

\*sprzęt spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

**Dokument składany dopiero po upublicznieniu informacji z otwarcia ofert**

Załącznik nr 5

Sprawa nr 48/EZP/19

*………………………….*

*Miejscowość , data*

Dane Wykonawcy:

…………………………………

…………………………………

**Oświadczenie**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 907 j.t. z późn. zm.),przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie:

“ Dostawa aparatury i oprogramowania do realizacji projektu edukacyjnego”

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert na stronie internetowej oświadczam(y), że :

należymy\*, nie należymy \* do grupy kapitałowej

\*niewłaściwe skreślić

z wykonawcami uczestniczącymi w w/w postępowaniu .

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników

( wykonawca nie należący do grupy kapitałowej poniższe rubryki przekreśla).

………………………….…………………………………………………………………..…………….

………………………….…………………………………………………………………..…………….

………………………….…………………………………………………………………..…………….

Miejscowość ……………………………. Dnia………………………………………

………………………………………………………..

(czytelne podpisy – imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik nr 6

………………………..

(pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że posiadamy dokumenty dopuszczające oferowany przedmiot zamówienia – …………………………………….. ( nr sprawy 48/EZP/19) do używania i obrotu na terenie Polski oraz, że jesteśmy gotowi do dostarczenia tych dokumentów na każde żądanie zamawiającego w terminie 3 dni od otrzymania zawiadomienia

…………………. dn. ……………. ……………………………………

(miejscowość) (data) *(podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 7

Formularz cenowy

Oferowane ceny na poszczególne pakiety w przetargu na dostawę aparatury i oprogramowania do realizacji projektu edukacyjnego wynoszą :

Pakiet nr 1

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 2

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 3

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 4

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 5

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 6

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

**Termin płatności oferowany przez Wykonawcę dla Zamawiającego**

**do 30 dni.**

**................................**

podpis Wykonawcy

Załącznik nr 8

Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS - moduł 6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametr graniczny** | **Spełnianie parametru granicznego** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać |  |
|  | Certyfikaty i dopuszczenia, deklaracje zgodności, zgodne z obowiązującym prawem | Tak |  |
| **II** | **Parametry** |  |  |
|  | Model: Płuca bez patologii | Symulacja cech ultrasonograficznych prawidłowego płuca, w tym blaszek opłucnowych. (Linie A i B, ruch ślizgowy blaszek) i obrazowanie w trybie M. Odtworzenie ruchów przeponowych, żyły głównej dolnej i żył wątrobowych. Identyfikacja blaszek opłucnowych: przeponowych i ściennych Symulacja pomiaru separacji blaszek przeponowych i ściennych. |  |
|  | Model: Wysięk opłucnowy | Symulacja wysięku w jamie opłucnowej. Odtworzenie typowych zmian w jamie opłucnej (brak typowego ruchu ślizgowego blaszek opłucnowych, obecność linii B, obecność pasm włóknika w obrębie wysięku) |  |
|  | Model: Tamponada serca | Symulacja ostrej tamponady serca. Symulacja zapadania się wolnej ściany prawej komory i prawego przedsionka spowodowanego obecnością wysięku do worka osierdziowego. Symulacja zmienności oddechowej napływu do PK oraz zmienności oddechowej wymiaru żyły głównej dolnej |  |
| **V** | **Pozostałe** |  |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TEE | Tak |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TTE | Tak |  |
|  | Forma dostarczenia oprogramowania | Nośnik elektroniczny + instrukcja instalacji |  |
|  | Możliwość instalacji na posiadanym przez SCCS biosymulatorze HEART WORKS (HW0306) | Tak |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS - moduł 7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametr graniczny** | **Spełnianie parametru granicznego** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać |  |
|  | Certyfikaty i dopuszczenia, deklaracje zgodności, zgodne z obowiązującym prawem | Tak |  |
| **II** | **Parametry** |  |  |
|  | Model: Niedomykalność zastawki aortalnej | Symulacja typowych markerów infekcyjnego zapalenia wsierdzia prowadzących do uszkodzenia zastawki aortalnej: wegetacja, perforacja płatka, ropień około zastawkowy. Symulacja ciężkiej niedomykalności aortalnej w oparciu o ocenę Dopplerem ciągłym oraz Dopplerem kolorowym. |  |
|  | Model: Odma opłucnowa | Symulacja odmy opłucnowej umożliwiająca nabycie umiejętności rozpoznania powietrza w jamie opłucnowej, odróżnienia od prawidłowego płuca. |  |
|  | Model: Hipowolemia. | Symulacja zmniejszonej objętości krwi krążącej umożliwiająca nabycie umiejętności rozpoznania hiperkinezy serca, obniżonej objętości wyrzutowej lewej komory, zapadania się światła żyły głównej dolnej. |  |
| **V** | **Pozostałe** |  |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TEE | Tak |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TTE | Tak |  |
|  | Forma dostarczenia oprogramowania | Nośnik elektroniczny + instrukcja instalacji |  |
|  | Możliwość instalacji na posiadanym przez SCCS biosymulatorze HEART WORKS (HW0306) | Tak |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS - moduł 8

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametr graniczny** | **Spełnianie parametru granicznego** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać |  |
|  | Certyfikaty i dopuszczenia, deklaracje zgodności, zgodne z obowiązującym prawem | Tak |  |
| **II** | **Parametry** |  |  |
|  | Model: Zatorowość płucna | Symulacja typowych cech ostrego ciśnieniowego przeciążenia prawej komory, w tym powiększenia PK, objawu Mc Conella, poszerzenia pnia płucnego. Możliwość identyfikacji materiału zatorowego w proksymalnych odcinkach tt.płucnych. Symulacja objawu 60/60 w badaniu dopplerowskim |  |
|  | Model: Urządzenia zamykające uszko lewego przedsionka | Symulacja obecności urządzenia zamykającego uszko lewego przedsionka. Możliwość Identyfikacji prawidłowego położenia okludera w ujściu uszka o różnych morfologiach: wielopłatowym, jednopłatowym, zagiętym |  |
|  | Funkcjonalność: Zgięcie boczne końcówki głowicy | Symulacja dodatkowej funkcjonalności głowicy: zgięcia bocznego końcówki głowicy. Funkcjonalność dostępna z poziomu menu oprogramowania lub poprzez pokrętło dostępne na uchwycie głowicy symulatora. |  |
| **V** | **Pozostałe** |  |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TEE | Tak |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TTE | Tak |  |
|  | Forma dostarczenia oprogramowania | Nośnik elektroniczny + instrukcja instalacji |  |
|  | Możliwość instalacji na posiadanym przez SCCS biosymulatorze HEART WORKS (HW0306) | Tak |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Rozszerzenie biosymulatora HEART WORKS - moduł 9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać |  |
|  | Certyfikaty i dopuszczenia, deklaracje zgodności, zgodne z obowiązującym prawem | Tak |  |
| **II** | **Parametry** |  |  |
| 1 | Moduł rozszerzający funkcjonalności interfejsu użytkownika | Moduł zawierający interaktywne materiały do nauki anatomii serca.  Symulacja zarządzania obrazami echo zbliżona do koncepcji pracy na stacjach roboczych echo.  Symulacja obsługi konsoli wirtualnej stacji roboczej.  Rozszerzenie ułatwiające dokonywanie pomiarów na zapamiętanych obrazach echo.  Funkcjonalność umożliwiająca szybkie pozyskiwanie obrazów w celu przygotowania prezentacji multimedialnych.  Filmy instruktażowe do nauki pracy z symulatorem. |  |
| **V** | **Pozostałe** |  |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TEE | Tak |  |
|  | Moduł współpracuje z głowicą TTE | Tak |  |
|  | Forma dostarczenia oprogramowania | Nośnik elektroniczny + instrukcja instalacji |  |
|  | Możliwość instalacji na posiadanym przez SCCS biosymulatorze HEART WORKS (HW0306) | Tak |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 8

**Pakiet nr 2 System monitorowania z funkcją nagrywania i archiwizacji szkolenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametr graniczny** | **Punktacja** | **Potwierdzenie spełniania parametru** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | X |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | X |  |
|  | Certyfikaty i dopuszczenia, deklaracje zgodności, zgodne z obowiązującym prawem | Tak | X |  |
| **II** | **Parametry** |  |  |  |
|  | System składający się z 2 kamer, mikrofonu oraz stacji archiwizującej nagrania. | Tak | X |  |
|  | Kamery – akceptowany zakres parametrów | Przetwornik: 1/2.5" – 1/3" CMOS (Ze skanowaniem progresywnym)  Obiektyw: 3 - 12mm (motozoom z autofocusem)  Czułość min (kolor): 0.01lux/F1.5  Rozdzielczość min: 1920x1080 / 50kl/s  Interfejs: Ethernet 10/100 Base-T PoE 802.3af  Kompresja: H.264+/ H.264  Wbudowany mikrofon lub wejście audio  Możliwość montażu do ściany/sufitu oraz na statywach | X |  |
|  | Mikrofon | Wbudowany w kamerę lub z możliwością podłączenia do kamer z zestawu | X |  |
|  | Dodatkowy mikrofon | Umożliwiający nagrywanie komentarza osoby znajdującej się poza polem widzenia kamer | X |  |
|  | Stacja archiwizująca z monitorem | Urządzenie / komputer umożliwiające sterowanie kamerami oraz zapewniające stały podgląd rejestrowanego szkolenia | X |  |
| **III** | **Możliwości systemu** |  |  |  |
|  | Możliwość oznaczania pkt czasowych nagrania wraz z możliwością dodania komentarza do każdego znacznika | Tak | X |  |
|  | Archiwizacja nagrań oznaczonych datą, z możliwością dodania komentarza | Tak | X |  |
|  | Wbudowany odtwarzacz nagrań | Możliwość odtwarzania, zatrzymywania, przewijania oraz zmiany tempa odtwarzanego materiału. Możliwość szybkiego przeskoku do zapisanego punktu czasowego nagrania. | X |  |
|  | Wbudowana wyszukiwarka nagrań | Wyszukiwanie / sortowanie po dacie nagrania.  Wyszukiwanie tekstowe w komentarzach opisujących nagranie. | X |  |
|  | Pojemność systemu | Nieograniczona ilość nagrań.  Pojemność umożliwiająca zapis min 384 godzin video w jakości Full HD (1920 x 1080) | X |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Rok produkcji oferowanego sprzętu – sprzęt fabrycznie nowy 2019 rok | Tak | X |  |
|  | Komplet zawierający wszystkie elementy pozwalające na uruchomienie systemu (tj. kamery, mikrofony, switche, jednostka główna / rejestrator, monitor, statywy / uchwyty do kamery i mikrofonu itp.) | Tak | X |  |
|  | Język interfejsu użytkownika | Min j. angielski | j. polski - 10pkt |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 3 lata od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | X |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 24 m-ce - 0 pkt  36 m-cy - 10 pkt |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy tej samej części lub oprogramowania – wymiana całości urządzenia na nowe | Tak | X |  |
|  | Reakcja na zgłoszenie awarii (w dni robocze) | Do 48 godzin | do 24 godzin – 5pkt  powyżej 24 godzin – 0 pkt |  |
|  | Instalacja w siedzibie zamawiającego | Tak | X |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | Tak | X |  |
|  | Instrukcja obsługi systemu w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | X |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 8

**Pakiet nr 3 Specjalistyczny manekin o dużym stopniu wiarygodności, reagujący na sytuacje kliniczne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametr graniczny** | **Punktacja** | **Potwierdzenie spełniania parametru** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | X |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | X |  |
|  | Certyfikaty i dopuszczenia, deklaracje zgodności, zgodne z obowiązującym prawem | Tak | X |  |
| **II** | **Parametry** |  |  |  |
|  | Symulacja pacjenta podłączonego do ECMO żylno-żylnego lub tętniczo-żylnego | Tak | X |  |
|  | Płaski monitor, ekran dotykowy, rozdzielczość 1920x1080 | Monitor symulujący pracę monitora (OR lub ICU monitor) dla trenującego | X |  |
|  | Graficzny interfejs użytkownika dla osoby trenującej, obsługiwany z poziomu ekranu dotykowego, bez konieczności użycia klawiatury i myszy. | Tak | X |  |
|  | Osobny pulpit sterowniczy dla osoby nadzorującej naukę. | Tak | X |  |
|  | Kompatybilność z dowolnym, dostępnym na rynku urządzeniem ECMO | Tak | X |  |
|  | Możliwość symulacji typowych urządzeń monitorujących stosowanych na bloku operacyjnym oraz w oddziale intensywnej terapii | Tak | X |  |
|  | Fantom pozwalający na trening podłączania ECMO dorosłemu człowiekowi | * Wielkość odpowiadająca typowym rozmiarom człowieka * Umożliwiający kaniulację naczyń udowych i szyjnych lub z umieszczonymi kaniulami w naczyniach udowych lub szyjnych. | X |  |
|  | Czujniki pozwalające zmierzyć parametry ustawione w urządzeniu ECMO | Szybkość przepływu  Objętość krwi w układzie | X |  |
| **III** | **Możliwości systemu** |  |  |  |
|  | Wgrane typowe scenariusze pozwalające na trening reakcji na problemy występujące podczas pracy urządzenia ECMO | Min 10 | 10-20 – 0 pkt  20-50 – 5 pkt  >50 – 10 pkt |  |
|  | Kreator scenariuszy z możliwością ustawienia wartości każdego z mierzonych oraz symulowanych parametrów, z możliwością programowania wyzwalaczy dla przejścia do kolejnych stanów oraz automatyczną reakcją na działania trenującego. | Tak | X |  |
|  | Panel instruktora umożliwiający manipulowanie wszelkimi parametrami fizjologicznymi symulowanego pacjenta, zmianę informacji wyświetlanych na ekranie monitora osoby trenującej oraz kontrolę postępów scenariusz klinicznego | Tak | X |  |
|  | Możliwość zatrzymania oraz ingerowania w parametry scenariuszy w trakcie ich trwania przez operatora nadzorującego trening | Tak | X |  |
|  | Możliwości symulatora | * Sterowanie oporem układu krążenia * Sterowanie koagulacją pacjenta * Stosowanie leków rozszerzających naczynia krwionośne * Stosowanie środków zwężających naczynia * Sterowanie zużyciem tlenu * Kontrola wentylacji | X |  |
|  | Symulacja pacjenta | * Utrata krwi * Dysfunkcja lewej komory * Dysfunkcja prawej komory * Płucny opór naczyniowy * Przeciek płucny * Zaburzenia metaboliczne * Przestrzeń martwa * Arytmie serca * Niepowodzenie antykoagulacji – zaburzenia antykoagulacji / wykrzepianie systemu * Zator powietrzny * Anafilaksja * Reakcja na podanie protaminy * Reakcja na przetoczenie krwi * Błędy lekowe | X |  |
|  | Symulacja usterek sprzętu | * Niedrożność kaniuli aorty * Przemieszczenie kaniuli aorty * Zakłócenia w linii żylnej * Obecność pęcherzyka powietrza w linii żylnej * Niedrożność kaniuli żylnej * Awaria zasilania tlenem * Awaria zasilania pompy * Awaria wymiennika ciepła * Awaria urządzenia monitorującego * Awaria czujnika tlenu * Wycieki z obwodu | X |  |
|  | Dowolne konfigurowanie parametrów przepływu | Tak | X |  |
|  | Symulacja urządzeń monitorujących | * Typowy kardiomonitor * Gazometr, analizator wymiany gazowej w krwi * System symulujący odpowiedź układu krzepnięcia na dawkę heparyny | X |  |
|  | Symulacja różnych rytmów EKG | * Rytm zatokowy * Uniesienie odcinka ST * Rytm serca z blokiem lewej odnogi pęczka Hisa * Migotanie komór * Tachycardia | X |  |
|  | Możliwość ustawienia wartości dowolnego badania laboratoryjnego | Tak | X |  |
|  | Możliwość dodania do scenariusza dowolnego obrazu (np. zdjęcie RTG) lub wideo (np. zapis badania UKG) | Tak | X |  |
|  | Zapis parametrów pompy z przebiegu treningu | Tak | X |  |
|  | Zapis przebiegu treningu umożliwiający analizę oraz ocenę zastosowanych procedur | Tak | X |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Rok produkcji oferowanego sprzętu – sprzęt fabrycznie nowy 2019 rok | Tak | X |  |
|  | Komplet zawierający wszystkie elementy systemu pozwalające na działanie symulatora (np. jednostka główna, manekin, komputery, monitory) | Tak | X |  |
|  | Potwierdzona specyfikacja techniczna z uwzględnieniem zawartych w tabeli parametrów technicznych – załączyć do oferty | Tak | X |  |
|  | Język interfejsu użytkownika | Min j. angielski | j. polski - 10pkt |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 3 lata od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | X |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 24 m-ce - 0 pkt  36 m-cy - 10 pkt |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy tej samej części lub oprogramowania – wymiana całości urządzenia na nowe | Tak | X |  |
|  | Reakcja na zgłoszenie awarii (w dni robocze) | Do 48 godzin | do 24 godzin – 5pkt  powyżej 24 godzin – 0 pkt |  |
|  | Instalacja w siedzibie zamawiającego | Tak | X |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | X |  |
|  | Instrukcja obsługi aparatu w języku polskim (dostawa z aparatem) | Tak | X |  |

Załącznik nr 8

**Pakiet nr 4 Fantom do nauki wentylacji**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Fantom do nauki wentylacji mechanicznej** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Centrum Szkoleniowe B** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametr graniczny** | **Punktacja** | **Potwierdzenie spełniania parametru** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: min. 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Manekin w rozmiarze odzwierciedlającym wielkość rzeczywistą głowy i płuc | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość założenia maski do wentylacji nieinwazyjnej | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość podłączenia do respiratora lub koflatora | Tak | Bez oceny |  |
|  | Aparat umożliwiający obserwację pracy sztucznych płuc oraz sztucznego żołądka | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość wykonania intubacji dotchawicznej | Tak | Bez oceny |  |
|  | W drogach oddechowych fantoma zainstalowane 3 fabrycznie nowe spirometry (prawe płuco, lewe płuco, tchawica) wykrywające min. przepływ powietrza | Tak | Bez oceny |  |
|  | W zestawie fabrycznie nowy komputer (rok produkcji min.2018) z oprogramowaniem umożliwiającym wyświetlanie pomiarów każdego ze spirometrów | Tak | Bez oceny |  |
| **III** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy – 10 pkt.  24 miesiące – 0 pkt. |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku awarii zapewnienie na czas naprawy aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż uszkodzony | Tak/Nie | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zapewnienie wsparcia technicznego 24h/dobę, 7 dni w tygodniu | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 8

**Pakiet nr 5 Respiratory**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Respirator do wentylacji nieinwazyjnej poz. 1** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Centrum Szkoleniowe B** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Tryby wentylacji | Min.: PSV, PSV + objętość docelowa, PCV, PCV + objętość docelowa, CPAP | Bez oceny |  |
|  | Tryby pacjenta | Min.: dorosły, dziecięcy | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wdechu IPAP | Min. 4 - 40 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wydechu EPAP | Min. 2 – 20 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Stałe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych CPAP | Min. 4 – 20 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Częstość oddechów | Min. 4 – 40 odd./min. | Bez oceny |  |
|  | Czas wdechu | Min. 0,5 – 5 s | Bez oceny |  |
|  | Min. 8 poziomów regulacji czułości wyzwalania wdechu i wydechu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Objętość docelowa | Min. 30 – 1300 ml | Bez oceny |  |
|  | Czas narastania | Min. 1 – 9 s | Bez oceny |  |
|  | Czas funkcji narastania | Min. 10 – 60 min | Bez oceny |  |
|  | Poziom nawilżania | Min. 10-30 mgH2O/l | Bez oceny |  |
|  | Maksymalny przepływ | Min. 200 l/min | Bez oceny |  |
|  | Dokładność wskazania objętości oddechowej | Maks. ±20% | Bez oceny |  |
|  | Dokładność wskazania pomiaru przecieku | Maks. ±20% | Bez oceny |  |
|  | Alarm min. niskiego/wysokiego ciśnienia, alarm niskiej objętości, alarm niskiej/wysokiej częstości oddechów, alarm niskiego/wysokiego przecieku | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zasilanie główne | 240 V AC; 50 Hz | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w wewnętrzny akumulator o pojemności min. 3,5 Ah | Tak | Bez oceny |  |
|  | Waga urządzenia | Maks. 5 kg | Bez oceny |  |
| **III** | **Wyposażenie** |  |  |  |
|  | Układ oddechowy | 1 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr powietrza | 5 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr antybakteryjny | 10 szt. | Bez oceny |  |
|  | Maska oddechowa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Torba transportowa | Tak | Bez oceny |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 6 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy – 10 pkt.  24 miesiące – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku awarii zapewnienie na czas naprawy aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż uszkodzony | Tak/Nie | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zapewnienie wsparcia technicznego 24h/dobę, 7 dni w tygodniu | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 8

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Respirator do wentylacji nieinwazyjnej poz. 2** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Centrum Szkoleniowe B** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Tryby | Min.: CPAP, S, T, ST, PAC, utrzymywania docelowej minutowej wentylacji pęcherzykowej | Bez oceny |  |
|  | Aparat do wspomagania oddechu do inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji płuc | Tak | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wdechu IPAP | Min. 2 - 40 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wydechu EPAP | Min. 2 – 20 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Stałe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych CPAP | Min. 4 – 20 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Częstość oddechów | Min. 5 – 60 odd./min. | Bez oceny |  |
|  | Czas wdechu | Min. 0,5 – 4 s | Bez oceny |  |
|  | Min. 5 poziomów regulacji czułości wyzwalania wdechu i wydechu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Funkcja automatyczna start/stop | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość podłączenia źródła tlenu bezpośrednio do aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość odczytu danych statystycznych terapii na ekranie respiratora | Tak | Bez oceny |  |
|  | Czas narastania | Min. 1 – 9 s | Bez oceny |  |
|  | Maksymalny przepływ | Min. 30 l/min | Bez oceny |  |
|  | Alarm min. niskiego/wysokiego ciśnienia, alarm niskiej wentylacji minutowej, alarm niskiej/wysokiej częstości oddechów, dużej nieszczelności, bezdechu, rozładowania akumulatora, rozłączenia układu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zasilanie główne | 240 V AC; 50 Hz | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w zintegrowany, wewnętrzny akumulator, umożliwiający pracę przez min. 3h | Tak | Bez oceny |  |
|  | Waga urządzenia | Maks. 3 kg | Bez oceny |  |
|  | Możliwość podłączenia pulsoksymetru | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość ustawienia programów wentylacji | Min. 2 | Bez oceny |  |
|  | Możliwość podłączenia nawilżacza z podgrzewaczem | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość wyboru patologii min. obturacyjna choroba płuc, restrykcyjan chroba płuc, zespół hipowentylacji otyłych, normalna czynność płuc | Tak | Bez oceny |  |
| **III** | **Wyposażenie** |  |  |  |
|  | Układ oddechowy | 1 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr powietrza | 5 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr antybakteryjny | 10 szt. | Bez oceny |  |
|  | Maska oddechowa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Torba transportowa | Tak | Bez oceny |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 6 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy – 10 pkt.  24 miesiące – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku awarii zapewnienie na czas naprawy aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż uszkodzony | Tak/Nie | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zapewnienie wsparcia technicznego 24h/dobę, 7 dni w tygodniu | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 8

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Respirator do wentylacji nieinwazyjnej poz. 3** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Centrum Szkoleniowe B** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Tryby | Min.: CPAP, T, ST, S, PCV, PSV | Bez oceny |  |
|  | Aparat do wspomagania oddechu do nieinwazyjnej wentylacji płuc | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zakres ciśnień IPAP | Min. 4 - 30 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Zakres ciśnień PEEP | Min. 4 – 25 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Zakres ciśnień roboczych CPAP | Min. 4 – 20 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Częstość oddechów | Min. 3 – 60 odd./min. | Bez oceny |  |
|  | Czas wdechu | Min. 0,5 – 4 s | Bez oceny |  |
|  | Min. 8 poziomów regulacji czułości wyzwalania wdechu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Wdech: 5% do 95% przepływu maksymalnego | Tak | Bez oceny |  |
|  | Wydech: 95% do 5% przepływu maksymalnego | Tak | Bez oceny |  |
|  | Czas narastania | Min. 1 – 9 s | Bez oceny |  |
|  | Maksymalny przepływ | Min. 200 l/min | Bez oceny |  |
|  | Objętość oddechowa | Min. 100 ml do 2000 ml | Bez oceny |  |
|  | Kontrola pułapki powietrznej | Tak | Bez oceny |  |
|  | Krzywa ciśnienia wydechowego | Tak | Bez oceny |  |
|  | Blokada aktywacji | Tak | Bez oceny |  |
|  | Alarm min. niskiego/wysokiego ciśnienia, alarm niskiej/wysokiej częstości oddechów, dużej nieszczelności, rozładowania akumulatora, rozłączenia układu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zasilanie główne | 240 V AC; 50 Hz | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w zintegrowany, wewnętrzny akumulator o pojemności min. 3 Ah | Tak | Bez oceny |  |
|  | Waga urządzenia | Maks. 2,5 kg | Bez oceny |  |
|  | Możliwość podłączenia nawilżacza z podgrzewaczem | Tak | Bez oceny |  |
| **III** | **Wyposażenie** |  |  |  |
|  | Układ oddechowy | 1 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr powietrza | 5 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr antybakteryjny | 10 szt. | Bez oceny |  |
|  | Maska oddechowa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Torba transportowa | Tak | Bez oceny |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 6 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy – 10 pkt.  24 miesiące – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku awarii zapewnienie na czas naprawy aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż uszkodzony | Tak/Nie | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zapewnienie wsparcia technicznego 24h/dobę, 7 dni w tygodniu | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 8

**Pakiet nr 6 Koflatory**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Koflator poz. 1** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Centrum Szkoleniowe B** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Min. 3 różne profile nastaw wstępnych | Tak | Bez oceny |  |
|  | 2 tryby pracy: ręczny i automatyczny | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym opcja synchronizacji z oddechem pacjenta | Tak | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wdechu regulowane w zakresie min. 0 – 60 cmH2O z przyrostem co 1 cmH2O | Tak | Bez oceny |  |
|  | Min. 3 różne wartości przepływu wdechu: Niska/Średnia/Wysoka | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym czas wdechu regulowany w zakresie min. 0 – 5 s, z przyrostem co 0,1 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wydechu regulowane w zakresie min. -60 – 0 cmH2O z przyrostem co 1 cmH2O | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym czas wydechu regulowany w zakresie 0 – 5 s, z przyrostem co 0,1 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym czas pauzy regulowany w zakresie 0 – 5 s, z przyrostem co 0,1 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość włączenia funkcji oscylacji, ułatwiającej mobilizację wydzieliny | Tak | Bez oceny |  |
|  | Częstotliwość oscylacji regulowana w zakresie min. 1 – 18 Hz, z przyrostem co 1 Hz | Tak | Bez oceny |  |
|  | Amplituda oscylacji regulowana w zakresie min. 1 – 10 cmH2O, z przyrostem co 1 cmH2O | Tak | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w akumulator, umożliwiający min. 12h pracy | Tak | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uchwyt ułatwiający przenoszenie | Tak | Bez oceny |  |
|  | Archiwizacja danych na zewnętrznym nośniku pamięci | Tak | Bez oceny |  |
|  | Kolorowy ekran umożliwiający wyświetlanie informacji w czasie rzeczywistym, min. szczytowy przepływ kaszlowy, objętość oddechowa i saturacja | Tak | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w wyłącznik nożny, umożliwiający jego obsługę w czasie stosowania technik manualnych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Waga urządzenia wraz z akumulatorem do 4,5kg | Tak | Bez oceny |  |
| **III** | **Wyposażenie** |  |  |  |
|  | Układ oddechowy | 1 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr powietrza | 5 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr antybakteryjny | 10 szt. | Bez oceny |  |
|  | Ustnik i klips nosowy | 2 szt. | Bez oceny |  |
|  | Maska oddechowa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Torba transportowa | Tak | Bez oceny |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 6 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy – 10 pkt.  24 miesiące – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku awarii zapewnienie na czas naprawy aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż uszkodzony | Tak/Nie | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów, maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zapewnienie wsparcia technicznego 24h/dobę, 7 dni w tygodniu | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 8

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Koflator poz. 2** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Centrum Szkoleniowe B** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | 2 tryby pracy: manualny i automatyczny | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie manualnym możliwość sterowania z panelu zintegrowanego z aparatem lub poprzez pilota | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym opcje programowania czasu oraz trybu kontrolowanego ciśnieniowo | Tak | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wdechu regulowane w zakresie min. 0 – 60 cmH2O | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym z opcją programowania czas wdechu regulowany w zakresie min. 0,5 – 5 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wydechu regulowane w zakresie min. -60 – 0 cmH2O | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym z opcją programowania czas wydechu regulowany w zakresie 0,5 – 5 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym z opcją programowania czas pauzy regulowany w zakresie 0 – 5 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Czas pracy w trybie automatycznym podstawowym | Min 20 cykli | Bez oceny |  |
|  | Czas pracy w trybie automatycznym z opcją programowania | Min. 1-10 cykli | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wdechu w trybie kontrolowanym ciśnieniowo | Min. 3 – 40 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wydechu w trybie kontrolowanym ciśnieniowo | Min. 3 – 10 cmH2O | Bez oceny |  |
|  | Czas wdechu w trybie kontrolowanym ciśnieniowo | 0,5 – 3 s | Bez oceny |  |
|  | Częstotliwość oddechów w trybie kontrolowanym ciśnieniowo | Min. (10 – 60)/min | Bez oceny |  |
|  | Czas pracy w trybie kontrolowanym ciśnieniowo | Min. 15 minut | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w akumulator | Tak | Bez oceny |  |
|  | Waga urządzenia | Maks. 3,5 kg | Bez oceny |  |
|  | Kolorowy ekran umożliwiający wyświetlanie informacji w czasie rzeczywistym | Tak | Bez oceny |  |
| **III** | **Wyposażenie** |  |  |  |
|  | Układ oddechowy | 1 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr powietrza | 5 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr antybakteryjny | 10 szt. | Bez oceny |  |
|  | Ustnik i klips nosowy | 2 szt. | Bez oceny |  |
|  | Maska oddechowa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Torba transportowa | Tak | Bez oceny |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 6 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy – 10 pkt  24 miesiące – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku awarii zapewnienie na czas naprawy aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż uszkodzony | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zapewnienie wsparcia technicznego 24h/dobę, 7 dni w tygodniu | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Koflator poz. 3** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Centrum Szkoleniowe B** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Min. 2 tryby pracy: manualny i automatyczny | Tak | Bez oceny |  |
|  | Min. 4 różne wartości przepływu wdechu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wdechu regulowane w zakresie min. 0 – 70 cmH2O | Tak | Bez oceny |  |
|  | Czas wdechu regulowany w zakresie min. 0,1 – 9,5 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Ciśnienie wydechu regulowane w zakresie min. -70 – 0 cmH2O | Tak | Bez oceny |  |
|  | W trybie automatycznym z opcją programowania czas wydechu regulowany w zakresie 0,1 – 9,5 s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość pomiaru saturacji w zakresie min. 70-100% | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość pomiaru rytmu serca w zakresie min. 40-220 BPM | Tak | Bez oceny |  |
|  | Alarmy min. niskiego i wysokiego ciśnienia, wysokiej temperatury, saturacji i rytmu serca | Tak | Bez oceny |  |
|  | Waga urządzenia | Maks. 5 kg | Bez oceny |  |
|  | Kolorowy ekran umożliwiający wyświetlanie informacji w czasie rzeczywistym | Tak | Bez oceny |  |
| **III** | **Wyposażenie** |  |  |  |
|  | Układ oddechowy | 1 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr powietrza | 5 szt. | Bez oceny |  |
|  | Filtr antybakteryjny | 10 szt. | Bez oceny |  |
|  | Ustnik i klips nosowy | 2 szt. | Bez oceny |  |
|  | Maska oddechowa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Torba transportowa | Tak | Bez oceny |  |
| **IV** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 6 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy – 10 pkt.  24 miesiące – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku awarii zapewnienie na czas naprawy aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż uszkodzony | Tak/Nie | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zapewnienie wsparcia technicznego 24h/dobę, 7 dni w tygodniu | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy*