**Zapytanie ofertowe nr 2/ZO/2024**

z dnia 18.03.2024 r.

**Zapytanie ofertowe na dostawę sprzętu medycznego na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Paliatywnej w Suwałkach im. Jana Pawła II**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach

z siedzibą w Suwałkach przy ul. Szpitalnej 54, (poczta 16 – 400 Suwałki).

**II.PRZEDMIOT ZAMÓWIENI**

1) Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu medycznego :

* ciśnieniomierz nadgarstkowy – sztuk 8
* ciśnieniomierz naramienny – sztuk 10
* inhalator – sztuk 4
* termometr elektroniczny sztuk 10
* pulsoksymetr napalcowy – sztuk 20
* koncentrator tlenu przenośny z akumulatorem – sztuk 2

2) Kod i nazwa (CPV)

CPV 33100000-1 – urządzenia medyczne

3) Postępowanie prowadzone jest w trybie ogłoszenia zapytania ofertowego

**III.SZCZEGÓŁOWY OPIS ZAMÓWIENIA**

## Przedmiotem zamówienia jest: **Zakup i dostawa aparatury i sprzętu medycznej na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach** w ilościach, asortymencie i danych technicznych opisanych w załączniku nr 3.Wszystkie zaoferowane produkty muszą być wprowadzone do obrotu i używania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych ((Dz. U. z dnia 2022. poz. 974**).**

## Jeżeli w opisie przedmiotu zamówienia wskazano jakikolwiek znak towarowy, patent lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty lub usługi dostarczane przez konkretnego wykonawcę – należy przyjąć, że Zamawiający podał taki opis w celu określenia minimalnych parametrów, jakim muszą odpowiadać produkty, aby spełnić wymagania stawiane przez Zamawiającego i stanowią one wyłącznie wzorzec jakościowy przedmiotu zamówienia, a nie wskazanie na konkretny wyrób danego producenta. Zgodnie art. 101 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia oferty równoważnej, jednak pod warunkiem, że zaproponowany przez Wykonawcę produkt równoważny będzie spełniał minimum wymogów tej samej klasy jakiej oczekuje Zamawiający, tzn. będzie odpowiadał wymaganiom opisanym przez Zamawiającego w SWZ. Asortyment zaproponowany jako równoważny nie może odbiegać jakością, standardem, parametrami technicznymi od założonych przez Zamawiającego. Za asortyment równoważny Zamawiający uzna ten, który posiada te same lub lepsze od opisanych w SWZ parametry techniczne i jakościowe, a jego zastosowanie w żaden sposób nie wpłynie na prawidłowe funkcjonowanie aparatu zgodnie z jego przeznaczeniem. Wykonawca, który powołuje się na rozwiązania równoważne jest zobowiązany wykazać, że oferowane przez niego dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego (art. 101 ust. 5 ustawy Pzp). Ciężar dowodowy w zakresie udowodnienia równoważności zaoferowanych rozwiązań z rozwiązaniami opisanymi poprzez wskazanie przykładowego znaku towarowego, patentu lub pochodzenia, spoczywa na Wykonawcy, składającym ofertę równoważną.

## Miejsce realizacji: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej w Suwałkach, ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki.

**IV.DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA**

1) Przedmiot zamówienia powinien być fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych oraz obciążeń osób trzecich.

2) Miejsce realizacji zamówienia: siedziba Zamawiającego.

3) Termin realizacji zamówienia: max. 30 dni od daty podpisania umowy

4) W ramach dostawy przedmiotu zamówienia:

a) udzielona zostanie gwarancja min.24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**V. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1) Z możliwości ubiegania się o zamówienie wykluczone są podmioty (Oferenci), które są powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązanie między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Oferentem, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

**VI. KRYTERIA WYBORU OFERTY**

1) Rozpatrywane będą jedynie oferty niepodlegające odrzuceniu oraz złożone przez Oferentów niepodlegających wykluczeniu z postępowania o których mowa w pkt. V.

**2) Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi w oparciu kryterium, którym jest w części 1,2,3,4,6:**

a) Cena (brutto) – waga 100% (maksymalna ilość punktów w ramach tego kryterium wynosi 100)

b) Punktacja z tytułu ceny zostanie ustalona następująco:

Liczba punktów za kryterium = łączna cena brutto oferty najniższej/

łączna cena brutto oferenta x 100

**3) Wybór oferty w części 5:**

**a) cena brutto – waga 60%**

Punktacja z tytułu ceny zostanie ustalona następująco:

Liczba punktów za kryterium = łączna cena brutto oferty najniższej/

łączna cena brutto oferenta x 60.

Maksymalna liczba punktów wynosi 60

**b) jakość – waga 40%**

liczba punktów za kryterium = najwyższa liczba punktów na jakość/ liczba punktów na jakość oferenta x 40.

c) Maksymalna możliwa do uzyskania ilość punktów w ramach kryteriów wynosi 40.

d) Uwzględniając powyższe kryterium oceny ofert, wybrana zostanie oferta z najwyższą ilością punktów.

6) Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia dodatkowych negocjacji z Oferentami.

**VII. OFERTA**

1) kompletna oferta musi być sporządzona w formie pisemnej i zawierać:

a) formularz ofertowy do zapytania ofertowego - (Załącznik nr 1).

b) oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych - (Załącznik nr 2).

c) Parametry techniczne – (Załącznik nr 3)

d) szczegółową specyfikację techniczną - która będzie stanowić podstawę do stwierdzenia czy przedmiot oferty odpowiada zapisom szczegółowych warunków zamówienia.

e) Oświadczenie, że oferowane w przetargu wyroby są dopuszczone do obrotu na terenie RP i spełniają wymogi Ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2022r.poz.974) i zobowiązanie do dostarczenia na każde żądanie Zamawiającego kopii aktualnych dokumentów potwierdzających zgodność oferowanych wyrobów z odnoszącymi się do nich wymaganiami zasadniczymi (tj. deklaracja zgodności wytwórcy oraz certyfikat jednostki notyfikowalnej – jeżeli dotyczy.

f) ! Jeżeli wyrób, nie został sklasyfikowany jako wyrób medyczny zgodnie z dyrektywami europejskimi i ustawą o wyrobach medycznych (Ustawa z dnia 20.05.2010r. t.j. Dz. U. z 2022r.poz. 974) i nie jest objęty deklaracjamizgodności oraz nie podlega żadnemu wpisowi do rejestru, a więc nie posiada znaku CE, to w tym przypadku Zamawiający wymaga załączenia oświadczenia, że oferowany w przedmiotowym postępowaniu produkt .... (należy gowymienić) nie jest objęty tym wymogiem

2) Oferty niekompletne, nieczytelne, niepodpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta lub złożone po terminie zostaną odrzucone.3) Odrzuceniu będą podlegać również oferty, w których z załączonej specyfikacji technicznej przedmiotu oferty nie będzie wprost wynikać, że wszystkie zapisy zawarte w szczegółowych warunkach zamówienia będą spełnione.

4) Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania od Oferentów dodatkowych dokumentów poświadczających dane zawarte w przedłożonej ofercie. Żądanie dodatkowych dokumentów będzie przesyłane na adres e-mail Oferenta wskazany na formularzu ofertowym do zapytania ofertowego. Zamawiający w żądaniu wyznaczy termin na dostarczenie dodatkowych dokumentów, który będzie nie krótszy niż 2 dni robocze począwszy od dnia następnego po dniu wysłania żądania. W przypadku braku odpowiedzi na żądanie oferta zostanie oceniona na podstawie posiadanych informacji.

6) Oferent jest związany ofertą przez 30 dni kalendarzowych licząc od dnia upływu terminu na złożenie ofert.

7) Oferta musi zawierać cenę netto i brutto wyrażona w złotych . Cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

8) Pytania w zakresie zapytania ofertowego kierowane do Zamawiającego należy przekazywać w formie elektronicznej na adres e-mail: spzop@list.pl(w temacie wiadomości należy podać „Dotyczy zapytania ofertowego nr 2/ZO/2023.Zamawiający udzieli wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert - pod warunkiem że wniosek o wyjaśnienie treści zapytania ofertowego wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.

**VIII.MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1) Ofertę należy przesłać drogą pocztową na adres siedziby firmy lub osobiście do dnia 02 kwietnia 2024 r .lub za pomocą mail: sekretariat@paliatywna-suwalki.home.pl (decyduje data wpływu oferty do siedziby Zamawiającego).

2) Otwarcie ofert nastąpi w dniu 03.04. 2024 roku o godz. 9.00 w siedzibie Zamawiającego – Sala Konferencyjna..

3) Miejsce składania ofert Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej w Suwałkach im. Jana Pawła II ul. Szpitalna 54, 16 – 400 Suwałki, Sekretariat. Godziny pracy Sekretariatu od poniedziałku do piątku od 8:00 do 15:35.

**IX.POSTANOWIENIA DODATKOWE**

1) Zamawiający zastrzega możliwość wprowadzenia zmian do dokumentacji zapytania ofertowego wraz z załącznikami. O wprowadzonych zmianach poinformuje niezwłocznie Oferentów, do których wystosował zapytanie ofertowe. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zamknięcia postępowania bez dokonywania wyboru oferty lub do unieważnienia postępowania bez podawania przyczyn.

2) Jeżeli firma/instytucja, której oferta została wybrana uchyla się od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert.

3) Informacje oraz pytania kierowane do Zamawiającego należy przekazywać w formie elektronicznej na adres e-mail: sekretariat@paliatywna-suwalki.home.pl

4) Zapytanie zostało upublicznione na stronie [www.paliatywna.suwalki.pl](http://www.paliatywna.suwalki.pl)

**X. ZAŁĄCZNIKI**

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy do zapytania ofertowego nr 2/ZO/2024

Załącznik nr 2 Oświadczenie

Załącznik nr 3 Parametry techniczne

 Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Paliatywnej

 im. Jana Pawła II w Suwałkach

 Irena Mickiewicz

**Klauzula informacyjna z art. 13 RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, informuję, że:

1. administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki

2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych, Bogdan Kijewski, Tel. 601391460, e-mail

mediasystem@post.pl

3. dane osobowe Wykonawcy przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego pn. Dostawa fabrycznie nowego samochodu osobowego na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Paliatywnej w Suwałkach im. Jana Pawła II, prowadzonym w trybie zapytania ofertowego nr1 /ZO/2024

4. odbiorcami danych osobowych Wykonawcy będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.), dalej „ustawą Pzp”;

5. dane osobowe Wykonawcy będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;

6. obowiązek podania przez Wykonawcę danych osobowych bezpośrednio Wykonawcy dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;

7. w odniesieniu do danych osobowych Wykonawcy decyzje nie będą podejmowanew sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

8. Wykonawca posiada:

− na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych dotyczących

Wykonawcy;

− na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania danych osobowych Wykonawcy\*\*;

− na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;

− prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Wykonawca, że przetwarzanie danych osobowych Wykonawcy dotyczących narusza przepisy RODO;

9. nie przysługuje Wykonawcy:

− w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

− prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

− na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych,

gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych Wykonawcy jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Zał. nr 1

**Formularz ofertowy do zapytania ofertowego 2/ZO/2024**

OFERENT:

Nazwa firmy:...............................................................................................................

Adres siedziby:.............................................................................................................

NIP:...............................................................................................................................

Tel./faks:........................................................................................................................

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

Nr konta bankowego ......................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Część Zapytania  | Przedmiot zamówienia  | Nazwa urządzenia / typ/ producent  | Wartość netto | Wartość brutto  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

data ………………………… ......................................................

 (Podpis osoby upoważnionej do składania oferty ora

Załącznik nr 2.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

(nazwa(firma)i adres Wykonawcy)

**Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki udziału w zamówieniu publicznym:**

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności( jeżeli ustawa nakłada obowiązek posiadania takich uprawnień) ,

2.Posiadam niezbędna wiedzę , doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,

3. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

4. Oferowane w przetargu wyroby są dopuszczone do obrotu na terenie RP i spełniają wymogi Ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2022r.poz.974)

lub oferowany w przedmiotowym postępowaniu produkt ................................................. (należy gowymienić) nie jest objęty tym wymogiem. ( niewłaściwe skreślić)

 5. Nie jestem powiązany kapitałowo ani osobowo z Zamawiającym lub z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru oferenta. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się powiązania polegające w szczególności na:

 uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

 posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,

 pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta,

pełnomocnika,

 pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w

linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub

w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 Data .

(podpis osoby upoważnionej do składania oferty

**Część 1 Ciśnieniomierz nadgarstkowy sztuk 8**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2023 | Tak, podać |  |
| 2 | Automatyczny pomiar na nadgarstku | Tak, podać |  |
| 3 | Duży wyświetlacz cyfrowy | Tak, podać |  |
| 4 | Dokładność +/- 3 mmHg | Tak, podać |  |
| 5 | Zakres pomiarów ciśnienia 30-280 mmHg | Tak, podać |  |
| 6 | Zakres pomiarowy tętna 40-200 uderzeń na min. | Tak, podać |  |
| 7 | Wskaźnik klasyfikacji wyników pomiaru RR wg WHO | Tak, podać |  |
| 9 | Mankiet standard ( 13,5 – 21 cm | Tak, podać |  |
| 10 | Funkcja daty i godziny  | Tak, podać |  |
| 11 | Zasilanie baterie | Tak, podać |  |
| 12 | Funkcja wyłączania po 1 minucie | Tak, podać |  |
| 13 | Funkcja wykrywania arytmii | Tak, podać |  |
| 14 | Funkcja prawidłowego ułożenia mankietu | Tak, podać |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 15 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 16 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 17 | Menu oraz Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 18 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 19 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 20 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 21 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 22 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 24 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 25 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 26 | Gwarancja min. 36 miesiące | Tak, podać |  |
| 27 | Szkolenie pracowników | Tak |  |
| 28 | Paszport z wpisem o tym że sprzęt jest sprawny i może być użytkowany wraz z informacją o terminie następnego przeglądu i dołączona deklaracja zgodności. | Tak, podać |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych .Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Część 2 – Pulsoksymetr napalcowy szt. 20**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2023 | Tak, opisać |  |
| 2 | napalcowy, przeznaczony dla pacjentów z dobrą i słabą perfuzją | Tak, opisać |  |
| 3 | przeznaczony dla dorosłych i dla dzieci, noworodków | Tak, opisać |  |
| 4 | Tryb pracy ciągły | Tak, opisać |  |
| 5 | Zawierającym ochronę przed upadkiem i zalaniem IP32 | Tak, opisać |  |
| 6 | Czas użytkowania około 35 godz. +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 7 | Nie zawiera ołowiu i lateksu | Tak, opisać |  |
| 8 | Obwód palca od 8–25,4 mm | Tak, opisać |  |
| 9 | Zakres pomiaru saturacji 0-100% | Tak, opisać |  |
| 10 | Wyświetlany zakres częstości pulsu 18-321 uderzeń na min. +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 11 | Ilość wykonywanych pojedynczych pomiarów – 6000 +/-5% | Tak, opisać |  |
| 12 | alarm niskiej saturacji i niskiego pulsu | Tak, opisać |  |
| 12a | Do stosowania na palcach, kciukach, palcach stóp | Tak, opisać |  |
| 13 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 14 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 16 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 17 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 18 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 19 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 20 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 21 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 22 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 23 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 24 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 25 | Paszport z wpisem o tym że sprzęt jest sprawny i może być użytkowany wraz z informacją o terminie następnego przeglądu i dołączona deklaracja zgodności.  | Tak, podać  |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

Data ..........................................................Podpis osoby upoważnionej w tym *kwalifikowany podpis elektroniczny*

**Część 3 – inhalator – sztuk 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2023 | Tak, podać |  |
| 2. | Akcesoria w zestawie powinny pozwalać na inhalacje dzieci i osób starszych | Tak, opisać |  |
| 3. | nebulizator umieszczony na zewnątrz inhalatora | Tak, opisać |  |
| 4. | szybkość nebulizacji: 2 ml/5 min +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 5. | Głośność do 52 dBA | Tak, opisać |  |
| 6. | w zestawie : inhalator pneumatyczno - tłokowy (kompresor) z kablem zasilającym, nebulizator, ustnik, końcówka do nosa po 10 sztuk, 5 masek dla dzieci, 10masek dla dorosłych, przewód powietrzny sztuk 10, 5 sztuk filtrów powietrznych (zapasowych | Tak, opisać |  |
| 7. | frakcja respirabilna < 5 µm (FPF)%: 71,2 % | Tak, opisać |  |
| 8. | tryb pracy: przerywany | Tak, opisać |  |
| 9. | szybkość nebulizacji/podawania: 0,4 ml/min +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 10. | wydajność kompresora: 5,3 l/min +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 11. | przepływ powietrza z nebulizatora: 0,4 ml/min +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 12 | minimalna podawana objętość leku: 2 ml +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 13 | maksymalna podawana objętość leku: 8 ml +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 14 | zasilanie: sieciowe | Tak, opisać |  |
| 15 | tryb: 30 minut pracy / 30 minut odpoczynku | Tak, opisać |  |
| 16 | długość przewodu powietrznego nie mniej niż2 m. +/- 5% | Tak, opisać |  |
| **17** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 18 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 20 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 21 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 22 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 23 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 24 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 25 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 26 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 27 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 28 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 29 | Urządzenie medyczne  | Tak, opisać |  |
| 30 | Szkolenie pracowników | tak |  |
| 31 | Paszport z wpisem o tym że sprzęt jest sprawny i może być użytkowany wraz z informacją o terminie następnego przeglądu i dołączona deklaracja zgodności. | Tak, podać |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

……………………………………*Data; Podpis osoby upoważnionej*

**Część 4 Ciśnieniomierz naramienny sztuk 10**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2023 | Tak, podać |  |
| 2 | Automatyczny, naramienny  | Tak, podać |  |
| 3 | Do pomiaru ciśnienia i tętna, dla pracowników służby zdrowia | Tak, podać |  |
| 4 | Do pomiarów osłuchowych i oscylometrycznych  | Tak, podać |  |
| 5 | Do pomiaru u dorosłych i dzieci | Tak, podać |  |
| 6 | Mankiet ( 22-32 cm) oraz 32 -42 cm pompowany do odpowiedniej dostosowanej wartości  | Tak, podać |  |
| 7 | Wskaźnik założenia mankietu | Tak, podać |  |
| 8 | Funkcja wykrywania nieregularnego bicia serca  | Tak, podać |  |
| 9 | Funkcja wykrywania ruchu ciała  | Tak, podać |  |
| 10 | Zakres pomiaru tętna od 40 do 200 uderzeń na minutę | Tak, podać |  |
| 11 | Zakres pomiaru ciśnienia skurczowe od 60 do 250 mmHg, rozkurczowe od 40 do 200 mmHg | Tak, podać |  |
|  | Dokładnośc pomiaru ciśnienia +/- 3 mmHg , tętna +/-5% | Tak, podać |  |
| 12 | Tryb pracy – praca ciągła  | Tak, podać |  |
| 13 | Żródło zasilania – zasilacz , baterie  | Tak, podać |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak, podać |  |
| **17** | **INFORMACJE DODATKOWE** | Tak, podać |  |
| 18 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 20 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 21 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 22 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 23 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 24 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 25 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 26 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 27 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 28 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 29 | Urządzenie medyczne  | Tak, opisać |  |
| 30 | Szkolenie pracowników | tak |  |
| 31 | Paszport z wpisem o tym że sprzęt jest sprawny i może być użytkowany wraz z informacją o terminie następnego przeglądu i dołączona deklaracja zgodności. | Tak, podać |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

  *Data; ..........................Podpis osoby upoważnionej ................................................*

**Część 5 - koncentrator tlenu przenośny – szt.2**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |   |
| Nazwa i typ: |   |
| Producent: |   |
| Rok produkcji: |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2023 | Tak, opisać |   |
| 2 | Bateria litowo-jonowa , czas pełnego ładowania max do 3 godzin |   |   |
| 3 | Urządzenie przeznaczone do prowadzenia terapii w podróży z zasilaczem stacjonarnym oraz wtyczka samochodową  | Tak, opisać |   |
| 4 | Urządzenie z trybem pracy ciągłym i pulsacyjnym | Tak, opisać |   |
| 6 | Waga urządzenia z akumulatorem nie większa niż 8 kg | Tak, opisać |   |
| 8 | Stężenie tlenu we wszystkich zakresach przepływu 87% - 90% | Tak, opisać |   |
| 9 | Wskaźnik naładowania akumulatora | Tak, opisać |   |
| 10 | Przycisk do wyciszenia alarmu | Tak, opisać |   |
| 11 | Czułość wyzwalania oddechu: -0.11cmH20 do -0.13cmH20 | Tak, opisać |   |
| 13 | Maksymalne ciśnienie tłoczenia tlenu: pomiędzy 19 a 21 psi | Tak, opisać |   |
| 14 | Ustawienia sterowania przepływem: min. 5 ustawień: od 1 do 5 | Tak, opisać |   |
| 15 | Głośność pracy do 38 dB +/- 5% | Tak, opisać |   |
| 16 | Alarm niskiego stężenia tlenu | Tak, opisać |   |
| 17 | Alarm informujący o niewykrytym oddechu | Tak, opisać |   |
| 18 | Alarm słaba baterii | Tak, opisać |   |
| 19 | Alarm o wymaganym serwisie | Tak, opisać |   |
| 20 | Zestaw z akumulatorami wystarczającymi na min. 5 godzin pracy przy częstości oddechów 18 na minutę. | Tak, opisać |   |
| 21 | Torba do transportu urządzenia w czasie pracy wraz z kablem pozwalającym na ładowanie akumulatora podczas jazdy samochodem oraz zasilaczem stacjonarnym | Tak, opisać |   |
| 23 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 24 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |   |
| 25 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |   |
| 26 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |   |
| 27 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |   |
| 28 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |   |
| 29 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |   |
| 30 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |   |
| 31 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |   |
| 32 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |   |
| 33 | Deklaracja zgodności CE/urządzenie medyczne  | Tak |   |
| 34 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |   |
| 35 | Szkolenie pracowników | Tak |   |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

Data ............................................................Podpis osoby upoważnionej ........................................................................

**Część 6**

**Termometr elektroniczny na podczerwień – sztuk 10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2023 | Tak, opisać |   |
| 2 | Miejsce pomiaru czoło w stop. C. | Tak, opisać  |   |
| 3 | Bezdotykowy  | Tak, opisać |   |
| 4 | Wodoodporny nie | Tak, opisać |   |
| 5 | Czas pomiaru [sek.] do 3 | Tak, opisać |   |
| 6 | Dokładność pomiaru [stopnie] 0,2 | Tak, opisać |   |
| 7 | Sygnał dźwiękowy końca pomiaru | Tak, opisać |   |
| 8 | Zasilanie bateryjne | Tak, opisać |   |
| 9 | Pamięć pomiaru 30 ostatnich | Tak, opisać |   |
| 10 | Sygnał dźwiękowy przekroczenia temperatury ciała T | Tak, opisać |   |
| 11 | Zakres pomiaru temp. ciała 34-43 stop. C | Tak, opisać |   |
| 12 | Samoistne wyłączanie po czasie bezczynności po max 20 sek. | Tak, opisać |   |
| 13 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 14 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |   |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |   |
| 16 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |   |
| 17 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |   |
| 18 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |   |
| 19 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |   |
| 20 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |   |
| 21 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |   |
| 22 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |   |
| 23 | Deklaracja zgodności CE/urządzenie medyczne  | Tak |   |
| 24 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |   |
| 25 | Szkolenie pracowników | Tak |   |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

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

  *Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*