**ZAŁĄCZNIK NR 3/3 DO SIWZ**

**KALKULACJA CENOWA – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**ZADANIE 3 – MONITOR/DEFIBRYLATOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TABELA I.**  **ZADANIE 3 - MONITOR/DEFIBRYLATOR**  *[zwany także**aparatem,**sprzętem, urządzeniem, przedmiotem zamówienia*, *przedmiotem dostawy]* | | |
|  | | **DANE OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – wpisuje Wykonawca** |
| Pełna nazwa oferowanego przedmiotu zamówienia | |  |
| Producent | |  |
| Kraj pochodzenia | |  |
| Dystrybutor /Sprzedawca | |  |
| Serwis / Serwisy które Wykonawca dedykuje Zamawiającemu,  które będą świadczyć objęte zamówieniem usługi gwarancyjne i serwisowe w okresie gwarancji i rękojmi | Serwis własny Wykonawcy:   * Adres punktów serwisowych * Dane kontaktowe: telefon, e-mail   pod które Zamawiający może kierować zgłoszenia gwarancyjne/serwisowe |  |
| Serwis zlecony Podwykonawcom   * Nazwy Podwykonawców * Adres punktów serwisowych * Dane kontaktowe: telefon, e-mail   pod które Zamawiający może kierować zgłoszenia gwarancyjne/serwisowe |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA II. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH, FUNKCJONALNYCH, UŻYTKOWYCH ORAZ WARUNKÓW**  **ZADANIE 3 - MONITOR/DEFIBRYLATOR** | | | | |
| Kol.1 | Kol.2 | Kol.3 | Kol.4 | Kol.5 |
| L.p. | **Wymagane przez Zamawiającego parametry, funkcje i warunki**  [w ramach przedmiotu zamówienia i oferowanej ceny przedmiotu zamówienia]  **Opis parametru** | **Minimalne wartości wymagane przez**  **Zamawiającego**  **Parametr / Wartość wymagana** | **Parametr/Wartość oferowana**  **Wykonawca wpisuje słowa:**  **„TAK”** lub **„NIE”**  **oraz wartości parametrów –** tam, gdzie Zamawiający wymaga [wskazując w Kol.3 „Podać” „opisać”] podania wartości  parametrów  *[wpisanie słowa „TAK” oznacza potwierdzenie spełnienia wymagań Zamawiającego];*  *[wpisanie słowa „NIE” oznacza brak spełnienia wymagań Zamawiającego]* | **Punktacja** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CECHY OGÓLNE** | | | | |
|  | **Nazwa i typ aparatu** | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Aparat fabrycznie nowy, nie po demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji nie wcześniej niż 2019; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Aparat przenośny z torbą transportową i testerem wyładowań; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci i z zasilacza AC 230 [V]; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zasilacz wbudowany lub jako moduł zewnętrzny; | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze nie mniej niż 180 [min.] monitorowania lub nie mniej niż 200 defibrylacji o energii 360 [J]; | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ciężar defibrylatora nie więcej niż 10 [kg]; | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Norma IP nie mniej niż 44; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii nie mniejszym niż 2-360 [J] | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej nie mniej niż 24; | TAK, podać |  | > 24 poziomy – 10 pkt  = 24 poziomy – 0 pkt |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789; | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), również przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Częstość stymulacji w zakresie nie mniejszym niż 40-170 impulsów/minutę; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja prądu stymulacji w zakresie nie mniejszym niż 0-200 [mA]; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza  12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Alarmy częstości akcji serca; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zakres pomiaru tętna min od 20-300 u/min | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG w zakresie nie mniejszym niż 0,5-4 [cm/Mv], nie mniej niż 6 poziomów wzmocnienia; | TAK, podać |  | > 7 poziomów – 10 pkt  = 7 poziomów – 0 pkt |
|  | Prezentacja zapisu EKG – nie mniej niż 3 kanały na ekranie; | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej nie mniejszej niż 8 cali. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikami wielorazowymi typu klips w oferowanym zestawie (1 sztuka dla pacjentów pediatrycznych i 1 sztuka dla dorosłych); | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości 100 [mm]; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem w oferowanym zestawie (1 sztuka dla pacjentów pediatrycznych i 1 sztuka dla dorosłych); | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wydruk trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru nie mniejszym niż 0-99 [mm Hg], z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | W ramach wyposażenia jednorazowe kaniule do pomiaru EtCO2 nie mniej niż 25 [szt.]:   * dla dorosłych i dzieci/młodzieży * dla pacjentów intubowanych na okres do 24 h; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja obsługi w wersji papierowej i elektronicznej na płycie CD. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja producenta na oferowany aparat **nie krótsza niż 24 miesiące** (wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia) | TAK, podać | Oferowany przez Wykonawcę okres gwarancji : **…………..pełnych miesięcy**  *(nie mniej niż 24 miesiące)* | Bez punktacji |
|  | Gwarancja producenta na akumulatory, akcesoria i pozostałe wyposażenie **nie krótsza niż 6 miesięcy** (wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia) | TAK, podać | Oferowany przez Wykonawcę okres gwarancji : **…………..pełnych miesięcy**  *(nie mniej niż 24 miesiące)* | Bez punktacji |
|  | Przeglądy okresowe **w oferowanym okresie gwarancji** niezbędne do realizacji – dla zapewnienia i potwierdzenia bezpiecznej pracy**.** | TAK, podać | Wymagana liczba przeglądów okresowych / 1 (jeden) rok użytkowania urządzenia przez Zamawiającego *………….(wpisać)*  Łączna wymagana liczba przeglądów okresowych w całym oferowanym okresie gwarancji …………….*………….(wpisać)* | Bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA III. KALKULACJA CENOWA**  **ZADANIE 3 - MONITOR/DEFIBRYLATOR** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia  (charakterystyka) | j.m. | oferowana  **cena jednostkowa netto** bez podatku od towarów i usług VAT  **w PLN 1** | Ilość | Stawka podatku od towarów i usług VAT  **w %** | wartość podatku od towarów i usług VAT  **w PLN** | **Cen**a **brutto**  z podatkiem od towarów i usług VAT **2**  **w PLN** |
| Kol. 1 | Kol. 2 | Kol. 3 | Kol. 4 | Kol. 5 | Kol. 6 | Kol. 7= Kol. 4 x Kol. 6 | Kol. 8= Kol. 4 + Kol. 7 |
| 1. | **ZADANIE 3 - MONITOR/DEFIBRYLATOR**  o parametrach technicznych, funkcjonalnych i użytkowych spełniających wymagania Zamawiającego opisanych w SIWZ | szt. |  | 1 |  |  |  |
| 3. | **RAZEM** |  | ……….. |  |  | ……… | ……………..  [ łączna całkowita cena oferty brutto] |

1 W cenie jednostkowej należy uwzględnić wszystkie koszty wynikające z wymagań określonych w SIWZ.

2Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wykonawca, który oferuje Zamawiającemu dostawę w procedurze, w której dochodzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów - nie wypełnia kolumn 7 i 8. wówczas w FORMULARZU OFERTY – załączniku nr 2 do SIWZ – wykonawca podaje wartość netto (bez podatku od towarów i usług VAT).