*ZAŁĄCZNIK NR 1*

*DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO*

***FORMULARZ OFERTY***

..................................................... ......................................, dnia ……………...........................2018

*/ pieczątka nagłówkowa Wykonawcy/ /miejscowość/*

**OFERTA**

**na:**

**zakup i dostawę defibrylatora transportowego dla zespołu Ratownictwa Medycznego.**

**Znak: TZPiZI-ZO.250/14/D/18**

**dla**

**SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku
ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5.**

1. **dane Wykonawcy:**

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

*(imię i nazwisko / nazwa Wykonawcy)*

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

*(adres / siedziba Wykonawcy)*

nr telefonu............................................ nr faksu............................................ mail: …………………..………………...………………….

REGON:.................................................................................................NIP.....................................................................................................

WPISANY DO REJESTRU:........................................................................................................................................................................

**II. CENA: oferty dla przedmiotu zamówienia** – dostawy, ~~usługi, roboty budowlanej~~\*:

1. Oferuję/-my\* realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami i postanowieniami zawartymi
w zapytaniu ofertowym, wyjaśnień i modyfikacji za cenę:

Netto ………………………….. zł (słownie:………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………....)

Podatek VAT w wysokości …………………….. zł (słownie:…………………………………...................

………………………………………………………………………………………………………………)

Brutto: ……………………………….. zł. (słownie:……………………………………………….....…….

……………………………………………………………………………………………………………...),

 zgodnie z wypełnionym ***załącznikiem nr 2*** do zapytania ofertowego – Opis przedmiotu zamówienia.

1. **OŚWIADCZAM/-MY\*,** że podana cena oferty obejmuje wszystkie koszty niezbędne do należytego wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. **ZOBOWIĄZUJĘ/-MY\* SIĘ** do realizacji przedmiotu zamówienia w terminie 6 tygodni od dnia podpisania umowy.

**III. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam/-my\*, że:

a) zapoznałem/-liśmy\* się z zapytaniem ofertowym – **oznaczone znakiem: TZPiZI-ZO.250/14/D/18**

 i projektem umowy i przyjmuję/-my\* te dokumenty bez zastrzeżeń,

b) posiadam/-my\* kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej,
o ile wynika to z odrębnych przepisów. Dowodem jest ……………………………….………………, który załączam\*, lub należy pobrać wymieniony dokument ze strony internetowej\* ………………………………,

c) posiadam/-my\* niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję/-my osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,

 d) znajduję/-my się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej odpowiednie wykonanie zamówienia,

e) nie otwarto likwidacji lub nie ogłoszono upadłości (chyba, że po ogłoszeniu upadłości Wykonawca zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego);

## f) składając ofertę pozostaję/-my\* nią związany/-ni\* przez okres 30 dni licząc od upływem terminu składania ofert.

2. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/-m\*y, że załączone do oferty dokumenty
i złożone powyżej oświadczenie opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 k.k.).

 ……………………………………………………………………

 Podpis i pieczątka osoby wskazanej w dokumencie uprawniającym

 do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej pełnomocnictwo

 (zalecany czytelny podpis z imieniem i nazwiskiem)

**IV. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU Z ZAMAWIAJĄCYM (kontakt, przekazywanie wzajemnych uwag wynikających z realizacji ewentualnej umowy oraz nadzór nad realizacją ewentualnej umowy):**

imię i nazwisko ..........................................................................................................................

stanowisko służbowe .................................................................................................................

numer telefonu .........................................................................................................................

numer faksu .............................................................................................................................

dni i godziny pracy ....................................................................................................................

**V. DANE OSOBY/OSÓB UPOWAŻNIONEJ DO PODPISANIA UMOWY:**

imię i nazwisko .........................................................................................................................

stanowisko służbowe ................................................................................................................

**VI. PODWYKONAWCY**

**1.** Wykonawca **PRZEWIDUJE/ NIE PRZEWIDUJE\*** powierzenia podwykonawstwa w ramach niniejszego zapytania ofertowego. [*\*-niepotrzebne skreślić* ]

**2.** Wartość zamówienia (netto), którego powierzenie podwykonawcom - przewiduje

Wykonawca :.................... zł (słownie: ..................................................................złotych).

**3.** Zakres przedmiotowy (szczegółowy) zamówienia, którego powierzenie podwykonawcy /podwykonawcom - przewiduje Wykonawca:

*( uwaga : może zostać sporządzony w formie załącznika do FORMULARZA OFERTY)*

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………

***UWAGA:***

1. **pkt.2, 3 wypełniają wyłącznie Wykonawcy, którzy przewidują podwykonawstwo w ramach niniejszego zapytania ofertowego;**
2. W przypadku Wykonawców, którzy przewidują powierzenie podwykonawstwo w ramach niniejszego zapytania ofertowego – ***w załączniku nr 4*** do zapytania ofertowego- WZÓR UMOWY w §1 – dopisuje się ust. – o następującym brzmieniu: „. Wykonawca odpowiada za działania lub zaniechania podwykonawcy/podwykonawców, którym powierzył realizację przedmiotu umowy – jak za swoje własne.”
3. W przypadku Wykonawców, którzy nie przewidują powierzenie podwykonawstwa w ramach niniejszego zapytania ofertowego – ***w załączniku nr 4*** do zapytania ofertowego-WZÓR UMOWY
w §1 – dopisuje się ust. – o następującym brzmieniu: „. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy samodzielnie, bez udziału podwykonawcy /podwykonawców.”

**VII . OSOBA FIZYCZNA:**

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na przetwarzanie danych osobowych w związku z prowadzonym zapytaniem ofertowym na zakup tlenu medycznego przez okres 24 miesięcy.

**VIII. ZAŁĄCZNIKI DO NINIEJSZEJ OFERTY STANOWIĄ:**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
	* + 1. **OFERTĘ** wraz z załącznikamiskładam/-my\* na …………. kolejno ponumerowanych stronach.

……………………………. dnia ……………………… 2018 roku

 ……………………………………………………………………

 Podpis i pieczątka osoby wskazanej w dokumencie uprawniającym

 do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej pełnomocnictwo

 (zalecany czytelny podpis z imieniem i nazwiskiem)

*ZAŁĄCZNIK NR 2*

*DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO*

***OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA***

***wraz z OPISEM OFEROWANEGO URZĄDZENIA***

……………………………………………………

*/ pieczątka nagłówkowa Wykonawcy/*

**Przedmiot zamówienia:** Zakup i dostawa defibrylatora transportowego dla zespołu Ratownictwa Medycznego.

**Znak sprawy: TZPiZI-ZO.250/14/D/18**

**Zamawiający:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5, 09-400 Płock.

## **Oferujemy defibrylator transportowy zgodnie z wymaganiami:**

## Producent/Firma:…….………………………………………………………………………………………………

## Kraj pochodzenia:…………………………………………………………………………………………………..

## Typ urządzenia:……………………………………………………………………………………………………

## Model/ Rok produkcji:…………………………………………………………………………………………….

## Folder z katalogu Producenta/Dystrybutora/Sprzedawcy do niniejszego sprzętu zawierający minimum zdjęcia sprzętu oraz jego opis znajduje się na stronie Oferty nr ……….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA -**Wymagania minimalne defibrylatora** | Opis oferowanego defibrylatora(Wykonawca zobowiązany jest do opisania poszczególnych parametrów oferowanego defibrylatora z uwzględnieniem wymagań minimalnych Zamawiającego) |
| 1. |  Informacje ogólne: |
| 1.1 | defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym. | **Tak/Nie.** |
| 1.2 | masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy nie większa niż 10 kg. | **Tak/Nie.**Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy wynosi ……… kg (wpisać). |
| 1.3 | aparat odporny na drgania i wstrząsy (upadki) . | **Tak/Nie.** |
| 1.4 | odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44. | **Tak/Nie.**Odporność na wilgoć i kurz wynosi IP …… . (wpisać). |
| 1.5 | komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | **Tak/Nie.** |
| 1.6 | temperatura pracy minimum od - 20 do +50ºC. | **Tak/Nie.**Temperatura pracy od …..……. do ……..…… (wpisać). |
| 1.7 | możliwość pracy i przechowywania w różnych warunkach atmosferycznych. | **Tak/Nie.** |
| 1.8 | spełniający normę EN 60601-2-4. | **Tak/Nie.** |
| 2. |  Zasilanie: |
| 2.1 | zasilanie bateryjne/akumulatorowe - akumulatory litowo-jonowe. | **Tak/Nie.** |
| 2.2 | średni czas pracy z baterii/akumulatora (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | **Tak/Nie.**Czas pracy z baterii/akumulatora (przy monitorowaniu) wynosi……….. godzin (wpisać). |
| 2.3 | ilość defibrylacji z energią 200J przy pracy z baterii | **Tak/Nie.**Podać ilość defibrylacji z energią 200J przy pracy z baterii ……….. (wpisać). |
| 2.4 | możliwość ładowania akumulatorów z AC 230V 50Hz  | **Tak/Nie.** |
| 2.5 | posiadający podstawowe akcesoria: systemu ładowania akumulatorów | **Tak/Nie.** |
| 3. |  Defibrylacja: |
| 3.1 | defibrylacja ręczna | **Tak/Nie.** |
| 3.2 | defibrylacja półautomatyczna AED | **Tak/Nie.** |
| 3.3 | zakres dostarczanej energii min. 5 do 360J | **Tak/Nie.**Zakres dostarczanej energii od ……J do ………J (wpisać). |
| 3.4 | ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej min 22 | **Tak/Nie.**Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej …………..(wpisać). |
| 3.5 | dwufazowa fala defibrylacji | **Tak/Nie.** |
| 3.6 | kardiowersja | **Tak/Nie.** |
| 3.7 | łyżeczki defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci | **Tak/Nie.** |
|  | 3.8 | elektrody defibrylująco-stymulująco-monitorujące min 2 kpl. | **Tak/Nie.**Elektrody defibrylująco-stymulująco-monitorujące ……… kpl. (wpisać). |
| 4. |  Monitorowanie funkcji życiowych EKG: |
| 4.1 | ilość kanałów ekg: min 12 | **Tak/Nie.**Ilość kanałów ekg: ……………… (wpisać). |
| 4.2 | interpretacja i analiza przebiegu EKG w zależności od wieku pacjenta | **Tak/Nie.** |
| 4.3 | pomiar uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG. | **Tak/Nie.** |
| 5. |  Monitorowanie funkcji życiowych: NIBP Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną: |
| 5.1 | zakres pomiaru min. 40-210 mm Hg. | **Tak/Nie.**Zakres pomiaru ………………… mm Hg. (wpisać). |
| 5.2 | tryb ręczny i automatyczny | **Tak/Nie.** |
| 5.3 | metoda pomiaru: oscylometryczna | **Tak/Nie.** |
| 6. |  Monitorowanie funkcji życiowych: SP02. Pomiar saturacji krwi tętniczej: |
| 6.1 | zakres pomiaru min. 50-100% | **Tak/Nie.**Zakres pomiaru ………………%(wpisać). |
| 6.2 | czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec dla dzieci i dorosłych | **Tak/Nie.** |
| 7. | Monitorowanie funkcji życiowych: EtC02 Pomiar stężenia C02w powietrzu wydychanym: |
| 7.1 | Zakres pomiaru EtC02: min 1-99 | **Tak/Nie.**Zakres pomiaru EtC02: …………………. (wpisać). |
| 7.2 | Zakres pomiaru częstości oddechu: min. 1-99 odd./min. | **Tak/Nie.**Zakres pomiaru częstości oddechu: …………………. (wpisać). |
| 7.3 | Metoda pomiaru: mainstream lub midstream | **Tak/Nie.**Metoda pomiaru: …………………….(wpisać). |
| 8. |  Stymulacja przez skórna serca: |
| 8.1 | tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | **Tak/Nie.** |
| 8.2 | zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50-150/min. | **Tak/Nie.**Zakres regulacji częstości impulsów stymulujących …………………../min. (wpisać). |
| 8.3 | zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10-170 mA | **Tak/Nie.**Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących ……………. mA (wpisać). |
| 9. |  Metronom |
| 9.1 | funkcja podawania rytmu 100 uc/min oraz sekwencji oddechów w przypadku prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej | **Tak/Nie.** |
| 9.2 | możliwość zmiany procedury dla różnych pacjentów i okoliczności (min. 4 protokoły postępowania) | **Tak/Nie.**Możliwość zmiany procedury dla różnych pacjentów i okoliczności ……………………..(wpisać) protokoły postępowania. |
| 10. | Ekran: |
| 10.1 | przekątna ekranu min. 8 cala | **Tak/Nie.**Przekątna ekranu ……………………. cala (wpisać). |
| 10.2 | kolorowy LCD  | **Tak/Nie.** |
| 10.3 | dobrej widoczności w dużym oświetleniu słonecznym | **Tak/Nie.** |
| 11. | Alarmy: |
| 11.1 | alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | **Tak/Nie.** |
| 12. | Drukarka |
| 12.1 | szerokość papieru min. 80 mm | **Tak/Nie.**Szerokość papieru ………………. mm (wpisać). |
| 12.2 | ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 | **Tak/Nie.**Ilość kanałów jednocześnie drukowanych: …………… (wpisać). |
| 12.3 | prędkość przesuwu papieru | **Tak/Nie.**Podać prędkość przesuwu papieru min. ……………. mm/sek. (wpisać). |
| 13. | Inne wymagania: |
| 13.1 | możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonywanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji. | **Tak/Nie.** |
| 13.2 | możliwość transmitowania badań EKG i innych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych powszechnie używanych w Polsce ( między innymi w Płocku, Warszawie, Ciechanowie i okolicach). | **Tak/Nie.** |
| 14. | Wyposażenie: |
| 14.1 | uchwyt do montażu w karetce | **Tak/Nie.** |
| 14.2 | kabel EKG 12 – odprowadzeniowy 1 sztuka | **Tak/Nie.**Kabel EKG 12 – odprowadzeniowy - sztuk……… (wpisać). |
| 14.3 | kabel EKG 3 – odprowadzeniowy – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Kabel EKG 3 – odprowadzeniowy - sztuk……….. (wpisać). |
| 14.4 | kabel główny EKG – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Kabel główny EKG - sztuk ………………. (wpisać). |
| 14.5 | kabel do stymulacji zewnętrznej – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Kabel do stymulacji zewnętrznej - sztuk …………(wpisać). |
| 14.6 | kabel do defibrylacji – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Kabel do defibrylacji - sztuk …………….(wpisać). |
| 14.7 | torba ochronna – transportowa na defibrylator i akcesoria  | **Tak/Nie.** |
| 14.8 | mankiet do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi dla dorosłych – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Mankiet do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi dla dorosłych – sztuk ……………….. (wpisać).  |
| 14.9 | mankiet do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi dla dzieci – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Mankiet do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi dla dzieci – sztuk ……………….. (wpisać). |
| 14.10 | wężyk do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Wężyk do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi – sztuk …………… (wpisać). |
| 14.11 | akumulatory litowo - jonowe – 3 sztuki | **Tak/Nie.**Akumulatory litowo – jonowe - sztuk …………… (wpisać). |
| 14.12 | ładowarka do akumulatorów – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Ładowarka do akumulatorów - sztuk ………….. (wpisać). |
| 14.13 | czujnik pulsoksymetru wielorazowego użytku dla pacjentów powyżej 30 kg – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Czujnik pulsoksymetru wielorazowego użytku dla pacjentów powyżej 30 kg - sztuk ……………….(wpisać).  |
| 14.14 | czujnik pulsoksymetru wielorazowego użytku dla pacjentów poniżej 30 kg – 1 sztuka | **Tak/Nie.**Czujnik pulsoksymetru wielorazowego użytku dla pacjentów poniżej 30 kg – sztuk ……………… (wpisać). |
| 14.15 | jednorazowe złączki do kapnometru – min. 25sztuk | **Tak/Nie.**Jednorazowe złączki do kapnometru – sztuk ……..(wpisać). |
| 15. | Warunki gwarancji: |
|  | 15.1 | okres gwarancji minimum 24 miesiące | **Tak/Nie.**Okres gwarancji …………………….. miesiące (wpisać). |
|  | 15.2 | firma zapewnia serwis gwarancyjny i pogwarancyjny - w czasie gwarancji darmowy przegląd. | **Tak/Nie.** |
|  | 15.3 | autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | **Tak/Nie.** |
|  | 15.4 | przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi w siedzibie Zamawiającego w ustalonym terminie. | **Tak/Nie.** |
|  | 15.5 | w razie awarii zapewnienie sprzętu zastępczego | **Tak/Nie.** |
|  | 15.6 | instrukcja w języku polskim | **Tak/Nie.** |
|  | 15.7 | dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | **Tak/Nie.**Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych załączone do oferty str. …………….. (wpisać). |
|  |  |  |  |

*ZAŁĄCZNIK NR 3*

*DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO*

***OŚWIADCZENIE***

**ZAMAWIAJĄCY:**

**SP ZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku
ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5.**

1. **WYKONAWCA:**

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

*(imię i nazwisko / nazwa Wykonawcy)*

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

*(adres / siedziba Wykonawcy)*

nr telefonu............................................ nr faksu............................................ mail: …………………..………………...………………….

REGON:.................................................................................................NIP.....................................................................................................

WPISANY DO REJESTRU:........................................................................................................................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby prowadzonego zapytania ofertowego pn. **Zakup i dostawa defibrylatora transportowego dla zespołu Ratownictwa Medycznego. Znak: TZPiZI-ZO.250/14/D/18** oświadczam/-my\*, że zaoferowane urządzenie medyczne:

………………………………………………………………………………………………………………………

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

(Producent, Kraj, Model, Typ)

jest dopuszczone do obrotu i stosowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, tj. spełnia wymogi ustawy
z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Tekst jednolity: Dz. U. z 2017r. poz. 211, Dz. U. z 2016r. poz. 1948, Dz. U. z 2018r. poz. 650).

……………………………. dnia ………………………2018 roku

 ……………………………………………………………………

 Podpis i pieczątka osoby wskazanej w dokumencie uprawniającym

 do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej pełnomocnictwo

 (zalecany czytelny podpis z imieniem i nazwiskiem)