**Zał. nr 1 do zaproszenia**

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Aparaty (respiratory) przeznaczone do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej- 4 sztuki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Parametry oferowane**(podać) |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa-model/typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Rok produkcji 2017 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **FUNKCJA/PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **PARAMETRY OFEROWANE podać/opisać** |
|  | Aparat dla dorosłych | TAK |  |
|  | Wentylacja inwazyjna i nieinwazyjna  | TAK |  |
|  | Tryby objętościowe: AC,CV, | TAK |  |
|  | Tryby ciśnieniowe: CPAP,S,S/T,PC,T | TAK |  |
|  | Tryb objętościowy-obwód z zastawką wydechową  | TAK |  |
|  | Monitorowane parametry: ciśnienie, objętość oddechowa, wydechowa wentylacja minutowa, przecieki, częstość oddechów, szczytowy przepływ, maksymalne ciśnienie wdechów, stosunek wydechu do wdechu  | TAK |  |
|  | Bateria wewnetrzna :3 do 4 godzin | TAK |  |
|  | Bateria wymienna: 3 do 4 godzin | TAK |  |
|  | Karta pamięci SD do zapisu danych terapeutycznych | TAK |  |
|  | Kompletny zestaw obwodów pacjenta – 1 szt. do urządzenia | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny- 1 szt. do urządzenia | TAK |  |
|  | Maska ustno-nosowa z portem wydechowym, w rozmiarach S,M,L ( po 1 szt. w każdym rozmiarze na 1 aparat)  | TAK |  |
|  | Maska pełnotwarzowa w rozmiarze M,L – 1 szt. w każdym rozmiarze | TAK |  |
|  | Oprogramowanie do gromadzenia i analizy danych terapeutycznych z wymaganą aktualizacją w okresie gwarancji  | TAK |  |
|  | Czas reakcji serwisu w okresie gwarancji do 24 godzin od momentu zgłoszenia | TAK |  |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji  | Podać (max 10 dni) |  |
|  | okres gwarancji **min. 24** miesiące, obejmującej przeglądy. Podać ilość wymaganych przeglądów i odstępy czasowe między przeglądami w okresie gwarancji i w okresie pogwarancyjnym | TAKpodać |  |
|  | Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim | TAK |  |

 **……………………………………..**

 **(podpis Wykonawcy)**

***zał. nr 2 do zaproszenia do***

***składania ofert***

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

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na *dostawę respiratorów przeznaczonych do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej z zestawem obwodów filtrów i masek, znak postępowania: A.ZP-24-16/17,*  składam(y) poniższą ofertę:

**Cena netto za całość dostawy: ……………………………………….………zł *(zgodnie z pkt. 5 zaproszenia)***

**podatek VAT …..% ………………….zł**

**Cena brutto za całość dostawy: ……………………………..……………….zł *(zgodnie z pkt. 5 zaproszenia)***

( słownie:...................................................................................................... zł)

**W tym cena za respiratory (4 szt.)*:***

**netto: …………………………. zł**

**brutto: ………………………….. zł**

Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam(y) następującej gwarancji: ………………….. miesięcy (*min. 24 miesięcy)*

Oświadczam(y), że oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania zamawiającego zgodnie z załączoną do oferty specyfikacją techniczną urządzeń.

Oferowany sprzęt dostarczę(my) w terminie do dnia **30.10.2017 r.**

**Informacja dotycząca warunków serwisowania sprzętu w okresie gwarancji jak i w okresie pogwarancyjnym (w tym wykaz podmiotów wykonujących czynności serwisowe) :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………..…………….**

**…………………………………………………………………………………..…………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………..……….**

**…………………………………………………………………………………………………..…………….**

**………………………………………………………………………………………….....………………….**

**………………………………………………………………………………………………..……………….**

**…………………………………………………………………………………………………………..…….**

Oświadczam(y), iż zapoznałem(liśmy) się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę(simy) do nich żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam(y), że posiadam(y) niezbędne uprawnienia, kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.

Oświadczam(y), że akceptuję(my) 21-o dniowy termin płatności faktury zatwierdzonej przez Zamawiającego.

Oświadczam(y), że będę(my)/nie będę(my)\* korzystać z podwykonawców.

Oświadczam(y), iż powierzam(y) podwykonawcy(om): .......................................................................................................................

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

*(nazwa/firma podwykonawcy/ów)*

 następujący zakres rzeczowy\*:

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

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

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

Oświadczam(y), że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do zaproszenia.

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ades: |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

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

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

*Miejscowość ............................, dnia .................................... r.*

***\**** *niepotrzebne skreślić*