***zał. nr 1 do zaproszenia do***

***składania ofert***

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Aparaty do monitorowania NWM i diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu – 2 szt.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych**  **podać/ opisać** |
|  | **Aparat do monitorowania NWM i diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu (poligraf)** | 1 szt. |  |
| 1.1 | pomiar przepływu powietrza poprzez kaniulę (z rejestracją chrapania) | TAK |  |
| 1.2 | pomiar przepływu powietrza za pomocą termistora | TAK |  |
| 1.3 | indukcyjny pomiar ruchów oddechowych klatki piersiowej | TAK |  |
| 1.4 | rejestracja położenia ciała w pięciu pozycjach | TAK |  |
| 1.5 | pomiar SpO2, częstotliwości rytmu serca, fali PLETH | TAK |  |
| 1.5 | Kompletny zestaw czujników z akcesoriami do systemu umożliwiający rejestrację:  - ruchów klatki piersiowej  - przepływu powietrza na podstawie rejestracji zapisu z kaniuli  - SpO2, fali tętna, HR  - pozycję ciała  - chrapanie  -wysiłek oddechowy | TAK |  |
| 1.6 | Oprogramowanie polisomnograficzne przeznaczone do monitorowania analizy i archiwizacji danych PSG , możliwość zainstalowania na dowolnej ilości komputerów | TAK |  |
|  | **Aparat do monitorowania NWM i diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu (polisomnograf)** | 1 szt. |  |
| 2.1 | **System polisomnograficzny** do diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu u dorosłych: - Możliwość rejestracji min. 30 kanałów jednocześnie  - Zapis badania polisomnograficznego wraz z **zapisem wideo na dysku HDD** w stacji głównej zabezpiecza przed utratą danych  - Możliwość **pracy w sieci** szpitalnej  - Pomiar i wyświetlanie impedancji w czasie rzeczywistym  - Pulsoksymetr (technologia Massimo) do pomiaru SpO2 i krzywej tętna  - **Opatentowany system** 3x elektrod do pomiaru **ChinEMG**  - Różnicowy czujnik do jednoczesnego pomiaru przepływu i ciśnienia terapeutycznego  - Zapis wideo z kamery cyfrowej zsynchronizowany z zapisem danych polisomnograficznych  - **Zintegrowane oprogramowanie** PC Direct do manualnego doboru ciśnień terapeutycznych AutoCPAP, BiPAP | TAK |  |
| 2.2 | **Kompletny zestaw akcesoriów** niezbędnych do wykonania pełnego badania polisomnograficznego, obejmujący m.in.:  - Pasy , **metoda** pomiaru wysiłku oddechowego; wielokrotnego użytku  - Pulsoksymetr  - Czujnik pozycji ciała  - Termistor wielorazowy  - Czujnik różnicowy do pomiaru przepływu i ciśnień terapeutycznych  - Czujnik chrapania  - Zestaw 25 kaniul nosowych  - Zestaw elektrod do EEG, EOG, EKG, EMG | TAK |  |
| 2.3 | **Oprogramowanie Polisomnograficzne** przeznaczone do monitorowania, analizy i archiwizacji danych PSG:  - **wspólne oprogramowanie** dla systemów objętych zamówieniem (dla obydwu oferowanych aparatów)  - darmowe aktualizacje  - możliwość zainstalowania na dowolnej ilości komputerów | TAK |  |
| 3. | **INNE (dotyczy obu aparatów)** |  |  |
| 3.1 | Gwarancja **min. 24 miesiące** obejmująca bezpłatne przeglądy wraz z bezpłatnym dojazdem autoryzowanego pracownika serwisu.  **Podać ilość** wymaganych przeglądów i odstępy czasowe między przeglądami w okresie gwarancji i w okresie pogwarancyjnym. | TAK |  |
| 3.2 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji | Podać (max. 24 godziny) |  |
| 3.3 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Podać (max 10 dni) |  |
| 3.4 | Instrukcja obsługi 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* 2 aparatów do monitorowania NWM i diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu***, znak postępowania:   
A.ZP-24-20/17,*  składam(y) poniższą ofertę:

**Cena netto za całość dostawy: ……………………………………….………zł *(zgodnie z pkt. 5 zaproszenia*** *czyli cena całego zamówienia tj. cena nabycia urządzenia, koszty dostawy, instalacji, uruchomienia, przeszkolenia personelu itp.****)***

**podatek VAT …..% ………………….zł**

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

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

**W tym cena za aparaty do monitorowania NWM i diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu – 2 szt*:***

**netto: …………………………. zł**

**brutto: ………………………….. zł**

Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam(y) następującej gwarancji: ………………….. miesięcy *(minimalnie 24 miesiące)* od daty zakupu (data protokołu zdawczo – odbiorczego).

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

Oferowany sprzęt dostarczę(my) w terminie **do 30 października 2017r**. od podpisania umowy.

**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*