***zał. nr 1 do zapytania***

**Opis przedmiotu zamówienia:** **Defibrylator wraz z wyposażeniem – 2 sztuki.**

Nazwa produktu .................................................................................

Nr katalogowy produktu lub grupy .................................................................................

Producent (nazwa, dane adresowe) .................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Opis wymagań/parametrów technicznych do przedmiotu zamówienia** | **Wymagana wartość** | **Parametry oferowanego urządzenia** – TAK/NIE, **wskazać/opisać** |
| 1. | 2 | 3 | 4 |
| **DANE PODSTAWOWE** | |  | |
| 2. | produkt fabrycznie nowy, rok produkcji | Tak, podać |  |
| 3. | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa | TAK |  |
| 4. | Defibrylacja ręczna i tryb AED | TAK |  |
| 5. | Metronom z możliwością ustawień rytmu częstotliwości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | TAK |  |
| 6. | Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta, możliwość pracy w trybie AED od min 9 r.ż pacjenta wzwyż bez ograniczeń | TAK |  |
| 7. | Zakres wyboru energii w J min. 2-360 J w trybie manualnym. | TAK, podać |  |
| 8. | Zakres wyboru energii w J min.150J-360J w trybie AED | TAK, podać |  |
| 9. | Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej minimum 24 | TAK, podać  ***Parametr punktowany:*** *24 poziomy – 0 pkt.*  *>24 poziomów – 5 pkt.* |  |
| 10. | Czas ładowania do energii 200 J | TAK, podać  ***Parametr punktowany****:  do 5 sekund – 5 pkt*  *>5 sekund – 0 pkt.* |  |
| 11. | Ekran monitora kolorowy | TAK |  |
| 12. | Przekątna ekranu monitora minimum 5 cali | TAK, podać |  |
| 13. | Zasilanie sieciowo – akumulatorowe | TAK |  |
| 14. | Możliwość wykonania kardiowersji | TAK |  |
| 15. | Ciężar samego defibrylatora wraz z akumulatorem (bez łyżek twardych do 6 kg | TAK, podać |  |
| 16. | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | TAK |  |
| 15. | Wydruk zapisu na papierze o szerokości min 50mm | TAK |  |
| 16. | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V, z każdorazowym automatycznym wydrukiem wyniku autotestu z numerem aparatu | TAK |  |
| 17. | Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń | TAK |  |
| 18. | Zakres pomiaru tętna min. 20-300 u/min | TAK, podać |  |
| 19. | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; do 4 cm/Mv | TAK, podać |  |
| 20. | Możliwość synchronizacji zdalnej i obserwacji sygnału EKG w czasie rzeczywistym przy użyciu monitora innego rodzaju | TAK |  |
| 21. | Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne radiotransparentne | TAK |  |
| 22. | Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp./min | TAK, podać |  |
| 23. | Natężenie prądu stymulacji minimum 0-180 mA | TAK, podać  ***Parametr punktowany****:  do 180 mA – 0 pkt*  *>180 mA – 5 pkt.* |  |
| 24. | Pomiar saturacji krwi tętniczej przez czujnik wielorazowy, typu klips w zakresie od 1 do 100 % w technologii cyfrowej eliminacji zakłóceń | TAK |  |
| 25. | Możliwość rozbudowy o dedykowany moduł pomiaru EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie i transmisją danych poprzez WiFi. | TAK |  |
| 26. | Możliwość synchronizacji defibrylatora z zewnętrznym kardiomonitorem (różnych producentów), defibrylator wyposażony w wejście do synchronizacji EKG | TAK |  |
| 27. | Pojemność akumulatora wystarczająca na minimum 130 defibrylacji z energią 360 J | TAK |  |
| 28. | Łatwa wymiana akumulatora możliwa do przeprowadzenia przez Użytkownika bez rozkręcania całego aparatu. | TAK |  |
| 29. | Na **wyposażeniu łyżki wewnętrzne** z trzymakiem  - Łyżki do defibrylacji wewnętrznej o średnicy ok. 6cm (+,-, 0,5cm) (dł. wysięgu minimum 21 cm) | TAK, podać |  |
| **GWARANCJA I SERWIS GWARANCYJNY W OKRESIE GWARANCJI** | | | |
|  | Okres gwarancji - minimum 24 miesiące *(wpisać zgodnie z oświadczeniem w ofercie)* | Tak, podać |  |
|  | Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak 3 dni robocze. | Tak, podać |  |
|  | Maksymalny czas usuwania awarii: w dniach/ nie dłużej jak 10 dni roboczych od zgłoszenia awarii | Tak, podać |  |
|  | Pełna bezpłatna obsługa serwisowa oferowanego sprzętu przez okres gwarancji**. Podać ilość wymaganych** przeglądów i odstępy czasowe między przeglądami w okresie gwarancji . | Tak, podać |  |

Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

………………………………..………………

(Podpis i pieczęć imienna upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)

***zał. nr 2 do zapytania***

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

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert **na dostawę 2 sztuk Defibrylatorów wraz z wyposażeniem** na potrzeby Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” w Zakopanem – znak A.ZP-24-14/22, składam(y) poniższą ofertę:

Cena netto za całość dostawy (zgodnie z pkt 7 zapytania ofertowego czyli cena całego zamówienia tj. cena nabycia urządzenia, koszty dostawy, instalacji, uruchomienia, przeszkolenia personelu itp.): ………………………………………………………. zł

Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. zł

Cena brutto za całość dostawy (zgodnie z pkt 9 zapytania ofertowego): …………………………………………………… zł ( słownie: ……………………………………………………………………… zł)

W tym cena za 1 sztukę :

Producent …………….Typ………. Model…………..

netto: …………………………. zł

brutto: ………………………….. zł

Na oferowany przedmiot udzielam(y) gwarancji: …………………… miesięcy (minimalnie 24 miesiące), licząc od daty odbioru końcowego przedmiotu umowy.

Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia dostarczymy w terminie: ……………………. tygodni (max 6 tygodni od daty podpisania umowy)

Oświadczam(y), że oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania zamawiającego.

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

**Oświadczam(y),** że zdobyłem(śmy) konieczne informacje do przygotowania oferty i uwzględniłem/liśmy je w kalkulacji oferty oraz, że zapoznałem(śmy) się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznaję(my) się za związanych uwzględnionymi w nim zapisami.

**Oświadczam(y),** że akceptuję(my) 30-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) następujący zakres rzeczowy\*: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………….

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

**Oświadczam(y),** że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 6 do zapytania ofertowego.

**Oświadczam(y),** że wypełniłem(śmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu[[1]](#footnote-1) \*

**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*

**Załącznik nr 3**

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

**Wykonawca składający oświadczenie**

*(oznaczenie Wykonawcy)*

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia *na dostawę 2 sztuk Defibrylatorów z wyposażeniem na potrzeby Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” w Zakopanem* – znak sprawy A.ZP-24-14/22 oświadczam(y), że:

1. Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
2. Posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia
3. Dysponujemy potencjałem technicznym oraz osobami niezbędnymi do wykonania zamówienia;
4. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej za­pewniającej wykonanie zamówienia.

………………………………………………………..

*podpis Wykonawcy*

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

**Załącznik nr 4**

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

**Wykonawca składający oświadczenie**

*(oznaczenie Wykonawcy)*

OŚWIADCZENIE DOT. POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia *na dostawę 2 sztuk Defibrylatorów z wyposażeniem na potrzeby Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” w Zakopanem* – znak sprawy A.ZP-24-14/22, oświadczam(y), że nie jestem(śmy) powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym .

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

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

2) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie zostało określony przez IZ PO,

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

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

5) pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności tych osób.

………………………………………………………..

*podpis Wykonawcy*

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

***zał. nr 5 do zapytania***

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

**Wykonawca składający oświadczenie**

*(oznaczenie Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia na ***dostawę 2 sztuk Defibrylatorów wraz z wyposażeniem* – znak sprawy A.ZP-24-14/22*,***prowadzonego przez Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej, oświadczam/(-my) co następuje:

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835)*[[2]](#footnote-2).*

………………………………………………………..

*podpis Wykonawcy*

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

1. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia przez jego wykreślenie) . [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-2)