Załącznik nr 1

**IMPLADENT MDC Sp. z o.o. S.k.**

**ul. Andromedy 3, 80-180 Kowale**

OFERTA CENOWA

Nazwa Oferenta ...........................................................................................................................

Siedziba Oferenta .........................................................................................................................

Tel.. ..................................................................... tel/fax. ...........................................................

e-mail ..........................................................................................................................................

Podstawa prowadzenia działalności1/: .........................................................................................

Osoba/osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta:

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

funkcja/stanowisko ......................................................................................................................

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

funkcja/stanowisko ......................................................................................................................

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert składam swoją propozycję cenową

a1. Ssak elektryczny jezdny szt. 1

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

-------------------------------------------------------------------

1/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS, numer i data wpisu

| L.p. | **Wymagane parametry** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **WYMAGANE PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Urządzenie musi posiadać certyfikat CE |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |
| II | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1 | Zasilanie 230 VAC 50 Hz+/-10% |  |  |
| 2 | Podciśnienie max. nie mniejsze niż 90 kPa |  |  |
| 3 | Maksymalna wydajność (mierzona w zakresie pracy za zbiornikiem na wydzieliny): nie mniejsza niż 30 l/min i nie większa niż 33 l/min. |  |  |
| 4 | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą w kPa i mmHg |  |  |
| 5 | Pompa niskoobrotowa (poniżej 50 obr/min) tłokowa, wytwarzająca podciśnienie bezolejowa, nie wymagająca konserwacji. |  |  |
| 6 | Trwała obudowa z tworzywa ,odpornego na środki dezynfekcyjne, z włącznikiem |  |  |
| 7 | Cicha praca (do 37 dB). |  |  |
| 8 | Zbiornik 2,5 litrowy wielorazowy z poliwęglanu, nietłukący z tworzywa z podziałką, do wkładów jednorazowych, z uchwytem naszynowym i blokadą zabezpieczającą wysuwanie się zbiornika z uchwytu w czasie wymiany wkładu |  |  |
| 9 | Ssak na wózku jezdnym kolumnowym wykonanym ze stopów niekorodujących, o wysokości min. 60 cm, na czterech kołach z blokadami oraz z szyną na zbiorniki i inne akcesoria |  |  |
| 10 | Włącznik/wyłącznik nożny zintegrowany z wózkiem – wbudowany w wózek |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: ...............................................................................

a2. Ssak elektryczny operacyjny jezdny szt. 1

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **WYMAGANE PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Urządzenie musi posiadać certyfikat CE |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |
|  | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1 | Zasilanie 230 VAC 50 Hz+/-10% |  |  |
| 2 | Podciśnienie max. nie mniejsze niż 95 kPa |  |  |
| 3 | Możliwość wyboru przełączanego trybu pracy ssaka:  tryb turbo (60 l/min), tryb normalny (50 l/min)  i tryb cichy (40 l/min |  |  |
| 4 | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą w kPa i mmHg |  |  |
| 5 | Ssak przystosowany do pracy ciągłej 24 h/dobę. |  |  |
| 6 | Pompa niskoobrotowa (poniżej 110 obr./min) tłokowa, wytwarzająca podciśnienie bezolejowa, nie wymagająca konserwacji. |  |  |
| 7 | Trwała obudowa z tworzywa ,odpornego na środki dezynfekcyjne, z włącznikiem |  |  |
| 8 | Cicha praca (do 40 dB). |  |  |
| 9 | Zbiornik 2,5 litrowy wielorazowy z poliwęglanu, nietłukący z tworzywa z podziałką, do wkładów jednorazowych, z uchwytem naszynowym i blokadą zabezpieczającą wysuwanie się zbiornika z uchwytu w czasie wymiany wkładu |  |  |
| 10 | Ssak na wózku jezdnym kolumnowym wykonanym ze stopów niekorodujących, o wysokości min. 60 cm, na czterech kołach z blokadami oraz z szyną na zbiorniki i inne akcesoria |  |  |
| 11 | Włącznik/wyłącznik nożny zintegrowany z wózkiem – wbudowany w wózek |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

b. Defibrylator z monitoringiem szt. 1

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **WYMAGANE PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Urządzenie musi posiadać certyfikat CE |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |
|  | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1 | Defibrylacja dwufazowa |  |  |
| 2 | Zakres wyboru energii w J min. 5 – 360 J |  |  |
| 3 | Ilość stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej min. 20 |  |  |
| 4 | Czas ładowania do energii 200 J max. 5 sek. |  |  |
| 5 | Defibrylacja ręczna |  |  |
| 6 | Praca z zasilania akumulatorowego:  Min. 3,5 godz monitorowanie lub  Min. 140 defibrylacvji z energia 360 J |  |  |
| 7 | Możliwość wykonania kardiowersji |  |  |
| 8 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci |  |  |
| 9 | Monitorowanie EKG min. 3 odpr. |  |  |
| 10 | Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym |  |  |
| 11 | Zakres pomiaru saturacji min. 1 – 100 % |  |  |
| 12 | Krzywa pletyzmograficzna na ekranie |  |  |
| 13 | Czujnik wielorazowego uzytku typu „klips na palec” |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

c. Koagulacja - diatermia szt. 1

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **WYMAGANE PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Urządzenie musi posiadać certyfikat CE |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |
|  | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1 | Moc maksymalna cięcia monopolarnego min. 200W dla każdego dostępnego trybu pracy cięcia, regulacja z dokładnością ±1 W w całym zakresie |  |  |
| 2 | Moc koagulacji monopolarnej do min. 120W dla każdego dostępnego trybu pracy, regulacja z dokładnością ±1 W w całym zakresie |  |  |
| 3 | Moc koagulacji bipolarnej do min. 120W dla każdego dostępnego trybu pracy, regulacja z dokładnością ±1W w całym zakresie |  |  |
| 4 | Możliwość wyboru trybu koagulacji monopolarnej: kontaktowej: łagodnej lub intensywnej |  |  |
| 5 | Możliwość regulacji intensywności funkcji koagulacji monopolarnej i bipolarnej dla każdego dostępnego trybu w skali co najmniej 4-stopniowej (niezależnie od ustawień mocy maksymalnej) |  |  |
| 6 | Sygnalizacja dźwiękowa lub wizualna nieprawidłowej pracy urządzenia z opisem słownym błędów w języku polskim |  |  |
| 7 | Możliwość współpracy diatermii z modułem do koagulacji w osłonie argonu |  |  |
| 8 | Ilość gniazd przyłączeniowych:  - monopolarne – min. 2 szt.  - bipolarne – min. 1 szt.  - bierne – min. 1 szt.. |  |  |
| 9 | Gniazda w systemie uniwersalnym: monopolarne (trzybolcowe i jednobolcowe 5mm), bipolarne (dwubolcowe 29mm), neutralne (jednobolcowe oraz dwubolcowe) |  |  |
| 10 | System stałej kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej (ukierunkowanie elektrody, wielkość aktywnej powierzchni kontaktowej, symetria obciążenia połówek elektrody). |  |  |
| 11 | Automatyczny, adaptatywny system bezpieczeństwa dla elektrody powrotnej, zezwalający na pracę w zakresie oporności tkanki od 5 do 135 Ohm lub mniejszym |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

d1. Pompa strzykawkowa z kalkulacją jednostek masowych szt. 1

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | infuzje leku z podaniem rozcieńczenia, wagi pacjenta oraz szybkości na kilogram |  |  |
| 2 | kompatybilna z biblioteką leków Vigilant® Drug’Lib rozszerzoną o limity podaży względne i bezwzględne |  |  |
| 3 | trzy rodzaje bolusa:  • Ręczny - szybkości podaży 50 – 1200 ml/h  • Programowany - dawka lub objętość/czas: 0,1-99,9 jednostek / 0,1 - 1200 ml, automatyczne wyliczenie czasu  • Emergency - manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania podanej objętości i prezentacją wartości na ekranie urządzenia |  |  |
| 4 | system DPS (monitorowanie dynamicznego ciśnienia) generuje ostrzeżenie w przypadku stwierdzenia ciągłego i narastającego/opadającego trendu w różnicy ciśnienia > niezależnie od ciśnienia okluzji |  |  |
| 5 | |  | | --- | | przepływ 0,1 – 1200 ml/h | |  |  |
| 6 | 22 progi ciśnienia okluzji (50-900 mmHg) |  |  |
| 7 | wbudowany akumulator zapewniający 10h pracy przy przepływie 5ml/h |  |  |
| 8 | zintegrowany zasilacz wewnętrzny |  |  |
| 9 | wbudowany uchwyt do montażu do rury pionowej i poziomej |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

d2. Pompa strzykawkowa dla anestezjologii szt. 1

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | tryby TIVA oraz TCI |  |  |
| 2 | zintegrowane modele farmakokinetyczne dla Propofolu, Remifentanilu, Sufentanylu oraz Alfentanilu |  |  |
| 3 | wybór stężenia w osoczu lub miejscu działania |  |  |
| 4 | infuzje leku z podaniem rozcieńczenia, wagi pacjenta oraz szybkości na kilogram |  |  |
| 5 | |  | | --- | | trzy rodzaje bolusa:  • Ręczny - szybkości podaży 50 – 1200 ml/h  • Programowany - dawka lub objętość/czas: 0,1-99,9 jednostek / 0,1 - 1200 ml, automatyczne wyliczenie czasu  • Emergency - manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania podanej objętości i prezentacją wartości na ekranie urządzenia | |  |  |
| 6 | system DPS (monitorowanie dynamicznego ciśnienia) generuje ostrzeżenie w przypadku stwierdzenia ciągłego i narastającego/opadającego trendu w różnicy ciśnienia > niezależnie od ciśnienia okluzji |  |  |
| 7 | przepływ 0,1 – 1200 ml/h |  |  |
| 8 | 3 tryby wypełniania linii: obowiązkowy, nieobowiązkowy lub zalecany |  |  |
| 9 | zintegrowany uchwyt do łączenia pomp w moduły po 3 sztuki |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

d3. Pompa objętościowa z kalkulacją jednostek masowych szt. 1

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | infuzje leku z podaniem rozcieńczenia, wagi pacjenta oraz szybkości na kilogram |  |  |
| 2 | kompatybilna z biblioteką leków Vigilant® Drug’Lib rozszerzoną o limity podaży względne i bezwzględne |  |  |
| 3 | bolus od 50 ml/h do 1500 ml/h, programowany co 50 ml/h |  |  |
| 4 | OCS (okluzyjny test systemu) auto-test sprawdzający prawidłową pracę pompy w połączeniu z weryfikacją założenia zestawu- eliminujący ryzyko niekontrolowanego przepływu |  |  |
| 5 | |  | | --- | | system DPS (monitorowanie dynamicznego ciśnienia) generuje ostrzeżenie w przypadku stwierdzenia ciągłego i narastającego/opadającego trendu w różnicy ciśnienia > niezależnie od ciśnienia okluzji | |  |  |
| 6 | przepływ 0,1 – 1500 ml/h |  |  |
| 7 | 19 progów ciśnienia okluzji (50-750 mmHg) wybierane przez użytkownika |  |  |
| 8 | funkcja KVO programowana od 1 do 20 ml/h |  |  |
| 9 | wbudowany akumulator zapewniający 8h pracy przy przepływie 125ml/h |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

e. Łóżko pacjenta szt. 2

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

| L.p. | **Wymagane parametry techniczne** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Konstrukcja łóżka ze stali węglowej (lakierowanej proszkowo) oparta na tzw. Systemie dwóch ramion wznoszących zgodnie z normą IEC 60601-2-52. |  |  |
| 2 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg |  |  |
| 3 | Leże łóżka (min. 4 segmenty) wypełnione lekkimi panelami z tworzywa. Wyjmowane panele leża. Łatwe w utrzymaniu czystości |  |  |
| 4 | Długość zewnętrzna łóżka[cm] 215-225. Możliwość przedłużenia długości łóżka o min. 20 [cm], w standardzie powinien być ruchomy panel wypełniający leże po przedłużeniu |  |  |
| 5 | |  | | --- | | Regulacja elektryczna wysokości leża [cm] 34-76. Elektryczna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców z chwilową pauzą po osiągnięciu przez oparcie kąta 30 | |  |  |
| 6 | Funkcja przechyłów wzdłużnych Trendelenburga i anty-Trendelenburga – sterowana elektrycznie z pilota w zakresie min. 12 [º] |  |  |
| 7 | Możliwość ustawienia w pozycji Fowlera lub w pozycji naczyniowej |  |  |
| 8 | Centralny system blokowania kół i aktywacji blokady koła do jazdy na wprost. Co najmniej 2 hamulce od strony nóg łóżka. |  |  |
| 9 | Konstrukcja podwozia zapewnia prześwit pod leżem identyczny w każdym punkcie na całej powierzchni pod łóżkiem- min 17 cm |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: .............................................................................

Łączna wartość oferty (a+b+c+d+e)

Oferowana łączna cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

......................................................................................................................................................,

Cena netto: .......................... zł, słownie: ...............................................................................

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem się z zaproszeniem do składania ofert wraz z załącznikami,
2. uzyskałem od Zamawiającego informacje niezbędne do przygotowania niniejszej propozycji,
3. przy kalkulowaniu ceny uwzględniłem wszystkie koszty mające wpływ na jej wysokość oraz koszty związane z przeglądami i naprawami w okresie udzielonej gwarancji
4. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia
5. oferowane urządzenia są fabrycznie nowe, nieużywane, dopuszczone do obrotu na polskim rynku
6. Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w terminie do ……………
7. Oświadczam iż udzielę pisemnej gwarancji opartej na oficjalnej gwarancji producenta, na okres ……….....……….miesięcy (min. 24 m-ce) od daty dostawy i protokolarnego odbioru przedmiotu zamówienia na cały przedmiot zamówienia

Oświadczam, iż zagwarantuję czas naprawy usterki w 24 godziny od zgłoszenia i gwarancję urządzenia zastępczego w przypadku niemożności naprawy w czasie do 72 godzin **– tak/nie** (**niepotrzebne skreślić**)

1. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni, liczonego od terminu składania ofert
2. Proponuję następujące warunki płatności : …….. dni od daty otrzymania faktury i podpisania protokołu odbioru
3. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy, do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotowego zamówienia jest …………………………………... tel. .........................
4. Spis załączników do niniejszej oferty: ………………..

Do oferty cenowej załączam/nie załączam (niepotrzebne skreślić) opis/prospekt techniczny oferowanego sprzętu, potwierdzający spełnienie wymagań zawartych w specyfikacji stanowiącej załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego.

Dnia ......................... ................... .................................................

Pieczęcie i podpis/y osoby/osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta