Załącznik nr 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

dla Państwowej Uczelni Angelusa Silesiusa

**„Dostawa wyposażenia pracowni pielęgniarskiej”**

**WYKONAWCA**  - należy podać pełną nazwę Wykonawcy składającego ofertę:

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

NIP/PESEL ……………………….…….……………….., REGON ...................................................................................

adres............................................................................................................................................................

województwo …………………………………………………………………………….tel. .................................................... e-mail: ……………………………… adres skrytki e-puap: …………………………………….

adres do korespondencji jeżeli jest inny niż podany wyżej …………………………………………………………

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:

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

Wskazuję dostępność odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej w formie elektronicznej pod następującym adresem internetowym: http:// ……………………………………………………………

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą „**Dostawa wyposażenia pracowni pielęgniarskiej**” składamy ofertę na ZADANIE NR ……………………………………………  
i oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za następującym wynagrodzeniem:

**ZADANIE NR 1 – FANTOMY I MODELE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość sztuk** | **Wartość netto** | | **Stawka podatku VAT  [%]** | **Wartość brutto** |
| 1 | Fantom dwupłciowy do pielęgnacji chorego |  | 1 |  | |  |  |
| 2 | Model piersi w czasie laktacji |  | 1 |  | |  |  |
| 3 | Model macicy ze zmianami chorobowymi |  | 1 |  | |  |  |
| 4 | Zaawansowany fantom PALS dziecka |  | 1 |  | |  |  |
| 5 | Zaawansowany fantom PALS niemowlę |  | 1 |  | |  |  |
| 6 | Trenażer-nauka zabezpieczenia dróg oddechowych – dziecko |  | 1 |  | |  |  |
| 7 | Trenażer-nauka zabezpieczenia dróg oddechowych – niemowlę |  | 1 |  | |  |  |
| 8 | Trenażer konikotomia |  | 1 |  | |  |  |
| 9 | Model do zakładania zgłębnika |  | 1 |  | |  |  |
| **Razem brutto** | |  |

Łączna wartość brutto: ……………………………. zł

(słownie złotych): ................................................................................................

**ZADANIE NR 2 – POMOCE DYDAKTYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość sztuk** | **Wartość netto** | | **Stawka podatku VAT  [%]** | **Wartość brutto** |
| 1 | Przenośnik taśmowo-rolkowy |  | 1 |  | |  |  |
| 2 | Wózek reanimacyjny z wyposażeniem |  | 1 |  | |  |  |
| 3 | Defibrylator manualny z funkcją AED |  | 1 |  | |  |  |
| 4 | Kozetka lekarska z regulowanym zagłówkiem |  | 1 |  | |  |  |
| 5 | Plecak ratowniczy |  | 1 |  | |  |  |
| **Razem brutto** | |  |

Łączna wartość brutto: ……………………………. zł

(słownie złotych): ................................................................................................

1. Oświadczam, że dostarczymy całość sprzętu składającego się na przedmiot zamówienia do siedziby Zamawiającego w terminie do 60 dni kalendarzowych licząc od dnia następnego po podpisaniu umowy.
2. Oświadczamy, że udzielimy 12 miesięcznej gwarancji na każdą przedmiot składający się na przedmiot zamówienia na który złożyliśmy ofertę.
3. Oświadczam, że cena oferty pokrywa wszystko, co jest konieczne do właściwego wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami Zamawiającego, w tym koszty dostawy do siedziby Zamawiającego oraz szkoleń.
4. Oświadczam, że wszystkie oferowane przez nas produkty spełniają minimalne wymagania określone przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zaproszenia do składania ofert oraz pytaniami   
   i odpowiedziami udzielonymi przez Zamawiającego, o ile takie wystąpiły.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią umowy, która zostanie podpisana z wybranym Wykonawcą i nie wnoszę zastrzeżeń co do jej brzmienia.
7. Oświadczam, że w przypadku wygrania postępowania zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego na warunkach określonych w ofercie i wzorze umowy.
8. Oświadczam, że zdobyłem wszelkie informacje, które były potrzebne do przygotowania oferty oraz, że wyceniłem wszystkie prace i elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy, są one zgodne z wymaganiami Zamawiającego.
9. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres wskazany w Zaproszeniu do składania ofert.
10. Oświadczam, że nie zalegam z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.
11. Oświadczam, że .................................................................................................nie jest w stanie likwidacji. (nazwa Firmy)
12. Oświadczam, że jestem / nie jestem płatnikiem podatku od towaru i usług VAT. Nasz numer identyfikacyjny NIP ..........................................................
13. Informuję, że:

wybór mojej oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;

wybór mojej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w następującym zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| nazwa towaru / usługi: | wartość bez podatku VAT: |
|  |  |

1. Oświadczam, że urzędujący członkowie władz firmy, nie byli prawomocnie skazani za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych oraz, że nie wszczęto wobec nich postępowania o popełnienie przestępstw, o których mowa powyżej.
2. **Oświadczam, że na dzień składania ofert nie podlegam wykluczeniu jako wykonawca w stosunku do którego zachodzi którakolwiek z okoliczności wskazanych w 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.2022 poz. 835).**
3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
4. Jako zasadnicze załączniki będące integralną częścią niniejszej oferty załączam następujące dokumenty i oświadczenia:
5. ……………………………………………………….
6. ……………………………………………………….

…

Ofertę sporządzono dnia ..........................

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.1

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**FANTOM DWUPŁCIOWY DO PIELĘGNACJI CHOREGO**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zastosowanie: nauka podstawowej i zaawansowanej opieki medycznej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wysokość fantomu: nie mniej niż 174 cm | Wysokość fantomu:……………………………………. |
| 3. | Waga: nie mniej niż 14 kg | Waga: ………………………………………. |
| 4. | Organy wewnętrzne: płuca, żołądek, serce, odcinek jelit, pęcherz moczowy) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Wymienne organy płciowe żeńskie i męskie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Posiada perukę i rany do opatrywania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Dodatkowe wyposażenie: rurka jelitowa, cewnik, sonda dwunastnicza, talk, wazelina, spray zapobiegający przylepianiu (antyadhezyjny) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Jama ustna i nos połączone ze sobą poprzez jamę gardła | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Przewód pokarmowy i tchawica połączone z płucami i żołądkiem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Pęcherz moczowy i odcinki jelit wodoszczelne i posiadające lekko rozłączalne połączenia z zewnętrznymi organami płciowymi i odbytem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Możliwość wyciągania organów wewnętrznych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Możliwość wykonywania ćwiczeń z zakresu: fizjoterapii, reanimacji, zakładania opatrunków(włącznie z opatrywaniem amputowanej nogi), przepłukiwania oczu, ucha, żołądka, jelit, pęcherza i pochwy, wlewów, cewnikowania, wstrzyknięć domięśniowych i podskórnych, pielęgnacji rozcięcia tchawicy(tracheotomia) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.2

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**MODEL PIERSI W CZASIE LAKTACJI**

Nazwa własna produktu …………………………….……….

Producent:…………………………………….…………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zastosowanie: replika piersi w czasie laktacji wykorzystywana do szkolenia studentów, personelu medycznego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wykonana z miękkiego przypominającego ciało materiału | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Możliwość napełnienia wodą, która symuluje mleko | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | W zestawie strzykawka z przewodem, lubrykant, kartę instruktażową oraz pudełko do przechowywania. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.3

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**MODEL MACICY ZE ZMIANAMI CHOROBOWYMI**

Nazwa własna produktu ………………………….………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wymiary (z podstawą): 16x12x15 cm +/- 3 cm | Wymiary (z podstawą):……………………………………. |
| 2. | Statyw i podstawa w zestawie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Możliwość zdjęcia ze statywu i podstawy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Na modelu widoczne struktury: macica, jama macicy, błona mięśniowa i śluzowa, szyjka i ujście szyjki macicy, pochwa, jajnik, jajowód | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Model przedstawia następujące choroby: stan zapalny przydatków, rak szyjki macicy, gruczolistość macicy, endometrioza, cysty, polipy, zrosty, włókniaki i mięsaki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.4

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**ZAAWANSOWANY FANTOM PALS DZIECKA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zastosowanie: do ćwiczeń procedur pielęgniarskich i ratunkowych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wygląd symulujący dziecko w wieku 5 lat, fantom ubrany w koszulkę, szorty | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Miękka realistyczna skórę twarzy wraz z uformowanymi włosami | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Możliwość otwarcia i zamknięcia oczu, które są umieszczone w realistycznym oczodole, który umożliwia wykonanie procedur oftalmologicznych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Ruchome stawy: łokciowy, nadgarstkowy, kolanowy i skokowy, realistyczne dłonie, stopy, oraz palce u dłoni i stóp | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Realistyczna jama klatki piersiowej z odwzorowanymi organami wewnętrznymi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Możliwość rozłączenia fantomu w talii dla łatwiejszego przechowywania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Możliwość ćwiczenia bandażowania i mycia | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Możliwość wprowadzania zgłębników przez nos i usta oraz możliwość wykonywania płukania żołądka/karmienia przez zgłębnik | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Możliwość założenia zgłębnika gastrostomijnego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Możliwość pielęgnacji stomii: kolonostomii, ileostomii oraz stomii nadłonowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Wymienialne wewnętrzne zbiorniki oraz wymienne genitalia | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Możliwość cewnikowania pęcherza moczowego oraz wykonania lewatywy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Możliwość podawania leków dorektalnie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 15. | Możliwość wykonania iniekcji domięśniowej w mięsień naramienny i udo | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 16. | Intubacja przez nos, usta oraz intubacja palcowa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 17. | Możliwość ćwiczenia odsysania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 18. | Wentylacja dodatnim ciśnieniem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 19. | Możliwość wykonania uciśnięć klatki piersiowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 20. | Możliwość wykonania iniekcji doszpikowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 21. | Ramię z możliwością wkłucia dożylnego z wyczuwalnym tętnem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 22. | Możliwość monitorowania parametrów życiowych dziecka dzięki Wirtualnemu Monitorowi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 23. | Możliwość wirtualnej defibrylacji przy użyciu wirtualnego monitora | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 24. | W zestawie: fantom ubrany w koszulkę, szorty, miękka torba do przechowywania, dedykowany tablet z oprogramowaniem w języku polskim, które umożliwia monitorowanie poprawności wykonywanego RKO (uciśnięcia klatki piersiowej i oddechy ratunkowe) z oprogramowaniem w j. polskim, licencja Wirtualnego monitora, komputer All in One wraz z mocowaniem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.5

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**ZAAWANSOWANY FANTOM PALS NIEMOWLĘCIA**

Nazwa własna produktu …………………………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zastosowanie: fantom niemowlęcia do ćwiczeń procedur pielęgniarskich i ratunkowych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Skóra wykonana z miękkiego i trwałego materiału | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Możliwość przeprowadzenia treningu resuscytacyjno-oddechowego za pomocą wentylacji wspomaganej oraz z defibrylatorami dowolnego producenta | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Możliwość podłączenia defibrylatora/stymulatora do symulatora przy użyciu adapterów | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Ruchome stawy: łokciowy, nadgarstkowy, kolanowy i skokowy, realistyczne dłonie, stopy, oraz palce u dłoni i stóp | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Symulator EKG z możliwością wyboru innego rytmu po defibrylacji i możliwością wyświetlenia 6 wykresów EKG oraz 17 rytmów dorosłego i pediatrycznych | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\*  możliwość wyświetlenia ……….. wykresów EKG oraz ……………….. rytmów dorosłego i pediatrycznych |
| 7. | Możliwość wykonania intubacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Możliwość wprowadzenia drenu i jego pielęgnacja | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Możliwość zakładania sondy żołądkowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Realistyczne punkty orientacyjne umożliwiające prawidłowe ułożenia dłoni podczas uciśnięć –realistyczna praca klatki piersiowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Możliwość badania tętna w 7 punktach (tętno generowane manualnie) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\*  Możliwość badania tętna w ………………… punktach |
| 12. | Miejsce do umieszczenia cewnika PICC | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Drożna pępowina umożliwia prowadzenie cewnikowania i wykonanie infuzji. Rezerwuar w pępowinie o pojemności nie mniejszej niż 3ml płynu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\*  Rezerwuar o pojemności ………….. ml |
| 14. | Możliwość podawania leków dorektalnie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 15. | Możliwość wykonania iniekcji doszpikowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 16. | Dostęp żylny w prawej ręce oraz stopie, realistyczny flashback podczas wykonywania iniekcji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 17. | Możliwość cewnikowania pęcherza moczowego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 18. | Możliwość założenia sondy żołądkowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 19. | Wymienne genitalia żeńskie i męskie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 20. | W zestawie: drogi oddechowe 2 szt.(standardowe i zaawansowane), puder dla dzieci, sztuczna krew, torba transportowa, skóra klatki piersiowej do defibrylacji, kości (nie mniej niż 12 szt.) i skóra(nie mniej niż 2 szt) do iniekcji doszpikowych, rezerwuar na płyn, wymienna skóra i żyły dłoni i stóp, igły, wady wrodzone rozszczep kręgosłupa i przepuklina pępowinowa, kikut pępowinowy, symulator EKG wraz z adapterami, instrukcja obsługi w j. polskim | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.6

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**TRENAŻER-NAUKA ZABEZPIECZENIA DRÓG ODDECHOWYCH-DZIECKO**

Nazwa własna produktu …………………………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Fantom odwzorowujący anatomię i rozmiar głowy 5-letneigo dziecka, umieszczony na podstawie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Zastosowanie-do nauki udrażniania dróg oddechowych pacjentów pediatrycznych (odsysanie, intubacja ustna i nosowa) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Fantom wyposażony w zęby, język, ustną i nosową część gardła, krtań, nagłośnię, rzekome i prawdziwe struny głosowe, tchawicę i przełyk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Unoszące się płuca podczas prawidłowej wentylacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Po zaintubowaniu przełyku, podczas wentylacji następuje rozdęcie żołądka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Możliwość manualnego generowania tętna na tętnicy szyjnej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Możliwość wywołania obrzęku języka i laryngospazmu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Lubrykant i walizka w zestawie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA ! Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.7

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**TRENAŻER-NAUKA ZABEZPIECZENIA DRÓG ODDECHOWYCH-NIEMOWLĘ**

Nazwa własna produktu …………………………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Fantom w postaci głowy niemowlęcia, wykonany z elastycznego, rozciągliwego tworzywa odwzorowującego ludzkie tkanki, umieszczony na podstawie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Zastosowanie-do nauki udrażniania dróg oddechowych u niemowląt | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Fantom wyposażony w: języczek podniebienny, struny głosowe, głośnię, nagłośnię, krtań, chrząstkę nalewkowatą, tchawicę i przełyk | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Oznaczone struny głosowe, co ułatwia przeprowadzenie intubacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Po zaintubowaniu przełyku, podczas wentylacji następuje rozdęcie symulowanego żołądka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Symulowane płuca napełniają się podczas prawidłowej intubacji | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Torba transportowa w zestawie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.8

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**TRENAŻER-KONIKOTOMIA**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zastosowanie: trenażer w postaci odcinka szyi do wykonywania konikotomii igłowej i chirurgicznej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Anatomiczne punkty orientacyjne: chrząstka tarczowata, chrząstka pierścieniowata, błona pierścieniowo-tarczowa | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Inflacja symulowanych dróg oddechowych weryfikuje prawidłowe wykonanie zabiegu | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Wyposażony w tchawicę osoby dorosłej oraz tchawicę dziecka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Wymienna skóra szyi oraz torba transportowa w zestawie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.1.9

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**MODEL DO ZAKŁADANIA ZGŁĘBNIKA**

Nazwa własna produktu …………………………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zastosowanie: fantom do nauki umieszczania cewników odsysających przez nos lub usta, przez tracheotomię, karmienia przez sondę żołądkową oraz pielęgnacji gastrostomii | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Skóra fantomu wykonana z gumy silikonowej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | Możliwość wykonania ćwiczeń związanych z odsysaniem-umieszczanie cewników przez jamę ustna i nosową | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Twarz fantomu dzielona wzdłuż linii środkowej, aby sprawdzić rzeczywiste ułożenie cewnika | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Fantom umożliwia pokazanie struktury anatomicznej jamy ustnej, nosowej oraz obszaru szyi | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Możliwość wprowadzenia sond do żołądka, słyszalne dźwięki pęcherzyków powietrza potwierdzają prawidłowe ułożenie sondy | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Możliwość pielęgnacji gastrostomii | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Posiada wewnętrzne zbiorniki do przeprowadzania ćwiczeń karmienia przez zgłębnik oraz opieki nad gastrostomią. Zbiorniki posiadają system drenażu. | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 9. | W zestawie: trenażer w postaci torsu, zacisk na oskrzela, gliceryna, symulowany śluz | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.2.1

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**PRZENOŚNIK TAŚMO-ROLKOWY**

Nazwa własna produktu …………………………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Zastosowanie: do przesuwania pacjenta niesamodzielnego, bezwładnego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 2. | Wymiary nie mniejsze niż: 700x300x25 mm | Wymiary:……………………………………. |
| 3. | Rama powlekana białym lakierem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Wykonany z materiału odpornego na uszkodzenia i dezynfekcję | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Udźwig pacjenta: nie mniej niż 150 kg | Udźwig:………………kg |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.2.2

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**WÓZEK REANIMACYJNY Z WYPOSAŻENIEM**

Nazwa własna produktu ………………………….………….

Producent:…………………………………………………..……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wysokość : 1006 mm +/- 50 mm | Wysokość: ………………………………………… |
| 2. | Wysokość bez kół: 872 mm +/- 50 mm | Wysokość bez kół: ……………………………… |
| 3. | Szerokość : 690 mm +/- 50 mm | Szerokość: …………………………………………. |
| 4. | Głębokość: 518 mm +/- 50 mm | Głębokość: ……………………………………….. |
| 5. | Maksymalne obciążenie całkowite wózka: 110 kg | Max obciążenie całkowite wózka: …………………. |
| 6. | Maksymalne obciążenie szuflady: 25 kg | Max obciążenie szuflady: ……………………………… |
| 7. | 5 szuflad z samodomykiem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Wykonany ze stali lakierowanej metodą proszkową | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Aluminiowy zderzak | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 10. | Szuflady zabezpieczone za pomocą centralnego zamka | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Prowadnice szuflad wyposażone w łożyska kulkowe | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 12. | Wysuwany blat boczny powodujący zwiększenie obszaru roboczego | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 13. | Zamek lub listwa blokująca dla jednej lub wszystkich szuflad | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 14. | Regulowany wieszak na płyny infuzyjne | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 15. | Obrotowa podstawa pod defibrylator | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 16. | Płyta umożliwiającą przeprowadzenie RKO | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 17. | Uchwyt na butlę z tlenem i pojemnik na zużyte materiały | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.2.3

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**DEFIBRYLATOR MANUALNY Z FUNKCJĄ AED**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wymiary: 8 x 23 x 28 cm +/- 5 cm; | Wymiary:……………………………………. |
| 2. | Wymiary ekranu (obszar aktywny): 12 x 9 cm +/-3 cm | Wymiary ekranu (obszar aktywny): ………………….. |
| 3. | Zakres energii defibrylacji od 150 do 360 J | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Możliwa defibrylacja dzieci | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Możliwość konfigurowania protokołu postępowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | tryby pracy: AED i manualny | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Możliwe zasilanie z baterii i z akumulatora | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Bateria ze wskaźnikiem naładowania | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Akumulator wielokrotnego użytku | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 10. | 2 komplety elektrod | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 11. | Dodatkowe wyposażenie: torba, pasek do torby, instrukcja w języku polskim, apteczka AED (maseczka, rękawiczki jednorazowe, nożyki, golarka) | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.2.4

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**KOZETKA LEKARSKA Z REGULOWANYM ZAGŁÓWKIEM**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wysokość: 520 mm +/- 50 mm | Wysokość całkowita: ……………………………… |
| 2. | Szerokość: 560 mm +/- 50 mm | Szerokość całkowita: …………………………………….. |
| 3. | Długość: 1880 mm +/- 50 mm | Długość całkowita: ……………………………………… |
| 4. | Kąt nachylenia wezgłowia(w stopniach): +/- 40 | Kąt nachylenia wezgłowia(w stopniach): ………… |
| 5. | Dopuszczalne obciążenie: 150 kg | Dopuszczalne obciążenie: ……………………………… |
| 6. | Stelaż malowany proszkowo na biało | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | Leże pokryte gąbką i skajem, tapicerowane bezszwowo | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Uchwyt na rolkę papieru | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 9. | Stopka umożliwiająca poziomowanie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

Załącznik nr 3.2.5

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**PLECAK RATOWNICZY**

Nazwa własna produktu ……………………….

Producent:………………………………………………….……...

Model: ………………………………………………………………..

**ILOŚĆ: 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | WYMAGANE PARAMETRY | SZCZEGÓŁOWY  OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA |
| 1. | Wysokość : 31x40x66 cm +/- 5 cm | Wymiary: ……………………………………………… |
| 2. | Konstrukcja wzmocniona aluminiowym stelażem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 3. | 2 uchwyty na różnych bokach umożliwiające transport w ręku w pionie i w poziomie | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 4. | Spód plecaka wzmocniony | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 5. | Specjalne miejsce na butle z tlenem | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 6. | Boczna kieszeń z bezpośrednim dostępem do reduktora butli tlenowej bez konieczności otwierania komory głównej | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 7. | W zestawie:   * 2 pokrowce na materiały opatrunkowe w środku plecaka; * koc ratunkowy NRC-sztuk 5; * żel schładzający 120 ml-2 szt, opatrunek hydrożelowy na twarz-2 szt, zestaw opatrunków hydrożelowych o łącznej powierzchni o powierzchni powyżej 4000 cm2; * kołnierz ortopedyczny regulowany: 2 szt dla dorosłych i 2 szt dla dzieci; * zestaw rurek ustno-gardłowych Guedela, (rozmiary 0-5) – 6 sztuk; * maski krtaniowe (rozmiary 3, 4, 5) – 3 sztuki; * jednorazowy detektor CO2 w powietrzu wydychanym – 3 sztuki; * ssak ręczny przeznaczony do odsysania wydzielin z jamy ustnej, zawierający cewnik dla pacjentów dorosłych i pediatrycznych; * resuscytator dla osób dorosłych umożliwiający wentylację bierną i czynną 100% tlenem ze złączką i rezerwuarem tlenu 2500ml, maską twarzową nr 5 oraz przewodem tlenowym o długości 2.1m; * resuscytator pediatryczny umożliwiający wentylację bierną i czynną 100% tlenem ze złączką i rezerwuarem tlenu 2500ml, maską twarzową nr 3 oraz przewodem tlenowym o długości 2.1m; * maska twarzowa do resuscytatora dla osób dorosłych (rozmiar nr 4) i dzieci (rozmiar nr 2) – po 1 sztuce; * przewód tlenowy o długości 10m; * jałowe filtry antybakteryjne HME – 5 sztuk; * maska tlenowa dla osoby dorosłej z rezerwuarem wysokiej koncentracji tlenu (96%) i przewodami tlenowymi 2.1m – 2 sztuki * maska tlenowa pediatryczna z rezerwuarem wysokiej koncentracji tlenu (96%) i przewodami tlenowymi 2.1m; * butla na tlen medyczny (400 litrów O2 przy ciśnieniu roboczym 150 bar) z zaworem w wersji DIN ¾’ z możliwością pracy w pionie; * reduktor tlenowy z szybkozłączem typu AGA, z możliwością regulacji tlenu 0-25 l/min i przyłączem DIN G 3/4 cala; * opatrunek osobisty typu “W” – 2 sztuki; * kompresy gazowe jałowe, 10 x 10 cm – 10 sztuk; * gaza opatrunkowa jałowa, 1/4 m2 – 5 sztuk; * gaza opatrunkowa jałowa, 1/2 m2 – 5 sztuk; * gaza opatrunkowa jałowa, 1 m2 – 5 sztuk; * opaska dziana podtrzymująca, 5 cm x 4 m – 4 sztuki; * opaska dziana podtrzymująca, 10 cm x 4 m – 8 sztuk; * chusta trójkątna tekstylna – 4 sztuki; * opaska elastyczna, 10 cm x 4 m – 3 sztuki; * opaska elastyczna, 12 cm x 4 m – 3 sztuki; * elastyczna siatka opatrunkowa nr 2; * elastyczna siatka opatrunkowa nr 3; * elastyczna siatka opatrunkowa nr 6 – 3 sztuki; * plaster tkaninowy z opatrunkiem w rozmiarze 6 cm x 1 m; * przylepiec bez opatrunku w rozmiarze 5 cm x 5 m – 2 sztuki; * opatrunek wentylowy (zastawkowy ACS) do zabezpieczenia rany ssącej klatki piersiowej- 2 sztuki | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |
| 8. | Dodatkowe wyposażenie:   * opaska zaciskowa, taktyczna – 2 sztuki; * aparat do płukania oka z bocznym odpływem; * okulary ochronne – 2 sztuki; * rękawice ochronne wykonane z nitrylu – 10 sztuk; * worek na odpady medyczne w kolorze czerwonym – 2 sztuki; * nożyczki ratownicze ze stopką; * folia do przykrywania zwłok – 3 sztuki; * sól fizjologiczna NaCl 0.9%, 250 ml – 2 sztuki; * sól fizjologiczna NaCl 0.9%, 10 ml – 5 sztuk; * zestaw amputacyjny: 2 sztuki worków na amputowane części ciała i błyskawiczny kompres chłodzący (suchy lód) * środek do dezynfekcji rąk 250 ml | Oferowany produkt spełnia wymagane parametry  TAK \*/ NIE\* |

\*zakreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe

Oświadczam, że oferowany powyżej sprzęt jest nowy, nie użytkowany, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji oraz spełnia wszelkie uregulowane prawem założenia norm jakościowych, odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw dla tego typu urządzeń.

**UWAGA !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*