**Załącznik nr: 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – Formularz oferty szczegółowy**

**Przedmiotem zamówienia jest dostawa „****Wózków transportowych i manekinów do ćwiczeń”**

**Zadanie nr 2 -** **Wózek leżący z barierkami dla pacjentów bariatrycznych – 10 szt.**

*Kod CPV: 33193000-9 Pojazdy inwalidzkie, wózki inwalidzkie i podobne urządzenia*

1) Nazwa i model/ typ: ……………………………………….

2) Producent / Kraj: ……….…………………..

3) Rok produkcji\*: ………………………….….

4) Kraj pochodzenia: …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość**  **szt/ kpl** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT**  **w %** | **VAT**  **w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| **1** | **Wózek leżący z barierkami dla pacjentów bariatrycznych**  **Nazwa/ typ. …………………………………....** | **10** |  |  |  |  |  |
|  | | | **Razem** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **(wpisać TAK / NIE lub opisać)** | **Parametry oceniane** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | | |
| 1 | **Wózek leżący z barierkami dla pacjentów bariatrycznych**  Rok produkcji nie starszy niż z 2023 r.  Fabrycznie nowy |  | bez punktacji |
| 2 | Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych malowanych proszkowo lub stali nierdzewnej |  | bez punktacji |
| 4 | Szerokość całkowita 850 mm ( +/- 60 mm) |  | bez punktacji |
| 5 | Długość całkowita 2150 mm (+/- 20 mm) |  | bez punktacji |
| 6 | Leże min. 3-segmentowe |  | bez punktacji |
| 7 | Regulowany segment oparcia pleców |  | bez punktacji |
| 8 | Regulowane podparcie kolan |  | bez punktacji |
| 9 | Pozycja Trendelenburg/ anty-Trendelenburg |  | bez punktacji |
| 10 | Koła jezdne zabudowane o średnicy min. 150 mm |  | bez punktacji |
| 11 | Centralna oraz kierunkowa blokada jazdy wszystkich kół realizowana od strony głowy i nóg |  | bez punktacji |
| 12 | Piąte koło kierunkowe z polepszające manewrowanie i sterowanie wózkiem | *………………………….*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  TAK -10 pkt  NIE-0 pkt |
| 13 | Hydrauliczna regulacja wysokości dostępna z obu stron wózka |  | bez punktacji |
| 14 | Udźwig min. 230 kg | *………………………….*  *(wpisać odpowiednio)* | *= 230 kg – 0 pkt*  *za każde 10 kg więcej –5 pkt* |
| 15 | Blat wózka pokryty odejmowanym materacem przeciwodleżynowym, stabilnie zamontowanym oraz zabezpieczonym przed przesuwaniem się.  Materac wykonany z tworzywa zmywalnego, łatwego do dezynfekcji. |  | bez punktacji |
| 16 | Wózek wyposażony w krążki odbojowe, umieszczone w każdym narożniku lub osłony naroży |  | bez punktacji |
| 17 | Barierki boczne składne, chowane pod leże |  | bez punktacji |
| 18 | Uchwyty do prowadzenia wózka, umieszczone od strony głowy i nóg | *………………………….*  *(wpisać odpowiednio)* | Stałe- 0 pkt  Składane – 10 pkt |
| 19 | Blat wózka przezierny dla promieni RTG na całej długości bez konieczności przemieszczania pacjenta |  | *bez punktacji* |
| 20 | Możliwość zastosowania pozycji krzesła kardiologicznego | ………………………….  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  TAK- 10 pkt  NIE- 0 pkt |
| 21 | Podstawa wózka obudowana odpowiednio wyprofilowanym tworzywem z miejscem na butle i osobiste rzeczy pacjenta |  | bez punktacji |
| **II** | **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** | | |
| 1 | Pasy do unieruchamiania pacjenta |  | bez punktacji |
| 2 | Wieszak na płyny infuzyjne |  | bez punktacji |
| 3 | Uchwyt na kartę pacjenta |  | bez punktacji |
| 4 | Półka na defibrylator |  | bez punktacji |
| **III** | **WARUNKI GWARANCJI** |  |  |
| **1** | Gwarancja min 12 miesięcy max 60 miesięcy | *…………………………………………………………………. (podać oferowany okres gwarancji)* | *parametr oceniany* |
| **IV** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | |
| **1** | Prospekt, katalog potwierdzający oferowany model | *dołączyć do oferty* | - |
| 2 | Deklaracja zgodności CE, | *dołączyć do oferty* | - |
| 3 | Karta gwarancyjna, instrukcja obsługi | *dostarczyć wraz ze sprzętem* | - |

***Uwaga:***

*1) Pozycje wskazane w kolumnie „Parametry i warunki wymagane” – oznaczają bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi „Parametry Oferowane”, spowoduje odrzucenie oferty.*

*2) Oferowany model musi być potwierdzony oryginalnymi materiałami producenta.*

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

*/podpis Wykonawcy* /

**Zadanie nr: 2 - Manekin z pełną opcją do ALS dorosły – 1 szt.**

Kod CPV: 35112100-3 – Manekiny do ćwiczeń na wypadek sytuacji awaryjnych

1. Nazwa: ……………………………………….
2. Typ: …………………………………….
3. Producent / Kraj: …………………..
4. Rok produkcji\*: ……………………. (Zamawiający wymaga roku produkcji nie wcześniej niż 2023 r. Sprzęt fabrycznie nowy)
5. Kraj pochodzenia: ………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość**  **szt/ kpl** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT**  **w %** | **VAT**  **w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| **1** | **Manekin z pełną opcją do ALS dorosły**  **Nazwa/ typ: ……………………………………………** | 1 |  |  |  |  |  |
|  | | | **Razem** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane (wpisać TAK / NIE lub opisać)** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I.** | **Parametry ogólne** | | |
| 1 | Manekin osoby dorosłej do realistycznej symulacji zaawansowanych zabiegów ratowniczych obejmujących scenariusze intubacji, blokadę dróg oddechowych, wkłucia dożylne, defibrylację, pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną oraz wymuszanie i rozpoznawanie odgłosów serca, płuc oraz perystaltyki |  | bez punktacji |
| 2 | Manekin posiadający giętki język, chrząstkę nalewkową, nagłośnię, dołek nagłośniowy, struny głosowe, tchawicę i sztuczne płuca |  | bez punktacji |
| 3 | Manekin posiadający ramiona do wkłuć i pomiaru ciśnienia oraz nogi pozwalające na ruchy w anatomicznych kierunkach. |  | bez punktacji |
| 4 | Anatomiczne punkty orientacyjne (żebra, mostek) umożliwiające zlokalizowanie miejsca prawidłowego przyłożenia dłoni do ucisku; realistyczne odczucie ucisku klatki piersiowej |  | bez punktacji |
| 5 | Realistyczne rysy twarzy manekina, ruchoma żuchwa |  | bez punktacji |
| 6 | Wymienne źrenice do symulacji różnych stanów pacjenta (rozszerzone, zwężone, normalne) | *……………………..*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  *NIE – 0 pkt;*  *TAK – 10 pkt* |
| 7 | Możliwość wyboru koloru skóry manekina (na etapie realizacji zamówienia) | *……………………..*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  *NIE – 0 pkt;*  *TAK – 10 pkt* |
| **II.** | **Drogi oddechowe** | | |
| 1 | Manekin posiadający otwór w szyi i wymienną skórę do praktycznego stosowania technik nacięcia chrząstki pierścieniowej i tchawicy |  | bez punktacji |
| 2 | Język pompowany manualnie, w celu symulacji blokady dróg oddechowych |  | bez punktacji |
| 3 | Głowa odchylana do przodu, do tyłu i obracana na boki min. 900 stopni w każdą stronę; przegięcie i odchylenie głowy, uniesienie podbródka, wyluksowanie żuchwy |  | bez punktacji |
| 4 | Możliwy trening czynności: intubacja przez usta, intubacja przez nos, intubacja po palcu, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej i odsysanie, wprowadzanie rurki nosowo-gardłowej i odsysanie, intubacja za pomocą prowadnic świetlnych, wentylacja przez tchawicę, konikotomia, konikopunkcja, wentylacja za pomocą worka resuscytacyjnego. |  | bez punktacji |
| 5 | Możliwość osłuchiwania żołądka w celu sprawdzenia prawidłowości umieszczenia rurek w drogach oddechowych |  | bez punktacji |
| 6 | Klatka piersiowa unosząca się/ opadająca podczas wentylacji |  | bez punktacji |
| **III.** | **Wkłucia i dożylne podawanie leków** | | |
| 1 | Ramię IV do wkłuć z ruchomym nadgarstkiem, stawem barkowym, wymienną skórą |  | bez punktacji |
| 2 | System żył wypełnianych sztuczną krwią pozwalający na obwodowe i miejscowe wkłucia dożylne |  | bez punktacji |
| 3 | Wenepunkcja  żył dołu łokciowego  i grzbietowych żył ręki |  | bez punktacji |
| 4 | Dostęp dożylny obejmujący żyły: pośrodkową, odłokciową i odpromieniowa |  | bez punktacji |
| 5 | Możliwość wkłuć podskórnych i domięśniowych obustronnych mięśni naramiennych, obustronnych udowych, brzusznych i pośladkowych |  | bez punktacji |
| 6 | Realistyczna noga umożliwiająca prowadzenie ćwiczeń wkłuć doszpikowych, podawanie leków i płynów |  | bez punktacji |
| **IV.** | **Odbarczanie odmy opłucnej** | | |
| 1 | Z dostępu przedniego - obustronnie |  | bez punktacji |
| 2 | Z dostępu bocznego - obustronnie |  | bez punktacji |
| 3 | Wprowadzanie rurki drenażu opłucnej do klatki piersiowej – okolica śródpachowa |  | bez punktacji |
| **V.** | **Akcja serca** | | |
| 1 | Ramię z ruchomym stawem barkowym umożliwiające przeprowadzenie badania palpitacyjnego lub osłuchowo w celu nieinwazyjnego badania ciśnienia krwi |  | bez punktacji |
| 2 | Odgłosy Korotkowa zsynchronizowane z programowalnym EKG |  | bez punktacji |
| 3 | Regulacja głośności odgłosów Korotkowa w 10 krokach, 0-9 | *……………………..*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  *NIE – 0 pkt,*  *TAK – 10 pkt* |
| 4 | Ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w zakresie 0-300 mmHg, z możliwością indywidualnej regulacji, w krokach po 2 mmHg |  | bez punktacji |
| 5 | Przerwa osłuchowa z możliwością włączenia/wyłączenia |  | bez punktacji |
| 6 | Obustronne tętno na tętnicy szyjnej |  | bez punktacji |
| 7 | Tętno na tętnicy ramiennej i promieniowej |  | bez punktacji |
| 8 | Tętna zsynchronizowane z programowalnym EKG |  | bez punktacji |
| 9 | Siła tętna zależna od ciśnienia krwi |  | bez punktacji |
| 10 | Możliwość defibrylacji (25-360 J) |  | bez punktacji |
| **VI.** | **Wyposażenie dodatkowe** | | |
| 1 | Interface w postaci tabletu z kolorowym, dotykowym wyświetlaczem o przekątnej ekranu minimum 10”2 |  | bez punktacji |
| 2 | Monitor pacjenta z kolorowym ekranem dotykowym, prezentującym symulowane parametry m.in. HR, EKG, SpO2, BP, RR, temperaturę |  | bez punktacji |
| 3 | Bezprzewodowe łączenie z fantomem w technologii Bluetooth lub WiFi. |  | bez punktacji |
| 4 | Oprogramowanie w języku polskim |  | bez punktacji |
| 5 | Realistyczne dźwięki, w tym: szmery sercowe zsynchronizowane z EKG, szmery płucne zsynchronizowane z częstością oddechu 0-60/minutę, indywidualny wybór szmerów płucnych, prawidłowe/patologiczne odgłosy perystaltyki, symulacja odgłosów pacjenta (wygenerowane komputerowo, nagrane odgłosy, emisja głosu za pomocą bezprzewodowego mikrofonu) |  | bez punktacji |
| 6 | Bieżąca kontrola poprawności wykonywanego treningu na urządzeniu - informacja o poprawności głębokości, liczbie i tempie ucisków oraz podsumowanie rezultatu treningowego:  - częstotliwość i głębokość uciśnięć oraz relaksacja klatki piersiowej;  - czujnik wykrywający nieprawidłowe ułożenie rąk;  - częstotliwość i objętość wentylacji;  - liczba uciśnięć i sztucznych oddechów;  - odsetek przerw w uciskaniu klatki piersiowej;  - podsumowanie: szczegółowa analiza danych dotyczących uciśnięć, wentylacji oraz przerw w uciskach. |  | bez punktacji |
| 7 | Walizka transportowa na manekin |  | bez punktacji |
| **VII.** | **WARUNKI GWARANCJI** | | |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *…………………………*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany* |
| **VIII.** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | |
| 1 | Prospekt, katalog potwierdzający oferowany model | dołączyć do oferty | - |
| 2 | Deklaracja zgodności CE | dołączyć do oferty | - |
| 3 | Karta gwarancyjna, instrukcja obsługi sporządzona w języku polskim | dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | - |

***Uwaga:****1) Pozycje wskazane w kolumnie „Parametry i warunki wymagane” – oznaczają bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi „Parametry Oferowane”, spowoduje odrzucenie oferty.*

*2) Oferowany model musi być potwierdzony oryginalnymi materiałami producenta.*

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

*/Podpis Wykonawcy* /

**Zadanie nr 3 - Manekin z pełną opcją do ALS dziecko – 1 szt.**

Kod CPV: 35112100-3 – Manekiny do ćwiczeń na wypadek sytuacji awaryjnych

1. Nazwa: ……………………………………….
2. Typ: …………………………………….
3. Producent / Kraj: …………………..
4. Rok produkcji\*: ……………………. (Zamawiający wymaga roku produkcji nie wcześniej niż 2023 r. Sprzęt fabrycznie nowy)
5. Kraj pochodzenia: ………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość**  **szt/ kpl** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT**  **w %** | **VAT**  **w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| **1** | **Manekin z pełną opcją do ALS dziecko**  **nazwa/typ: …………………………………..** | 1 |  |  |  |  |  |
|  | | | **Razem** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane (wpisać TAK / NIE lub opisać)** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I.** | **Parametry ogólne** | | |
| 1 | Manekin niemowlęcia do realistycznej symulacji zaawansowanych zabiegów ratowniczych, wykonany z materiału umożliwiającego szybką i skuteczną dezynfekcję. |  | bez punktacji |
| 2 | Anatomiczne punkty orientacyjne (żebra, mostek) umożliwiające zlokalizowanie miejsca prawidłowego przyłożenia dłoni do ucisku; realistyczne odczucie ucisku klatki piersiowej |  | bez punktacji |
| 3 | Wentylacja resuscytatorem |  | bez punktacji |
| 4 | Trening rękoczynu Sellick'a |  | bez punktacji |
| 5 | Intubacja przez usta i przez nos |  | bez punktacji |
| 6 | Trening resuscytacji krążeniowo-oddechowej |  | bez punktacji |
| 7 | 3 odprowadzenia EKG | *……………………..*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  *TAK- 10 pkt*  *NIE- 0 pkt* |
| 8 | Wkłucia doszpikowe (IO) z możliwością pobrania sztucznego szpiku |  | bez punktacji |
| 9 | Realistyczne rysy twarzy manekina, ruchoma żuchwa, |  | bez punktacji |
| 10 | Klatka piersiowa unosząca się/ opadająca podczas wentylacji |  | bez punktacji |
| 11 | Zablokowanie dróg oddechowych – przegięcie i odchylenie głowy, uniesienie podbródka, wyluksowanie żuchwy |  | bez punktacji |
| 12 | Wprowadzanie nagłośniowych przyrządów do udrożniania dróg oddechowych |  | bez punktacji |
| 13 | Wykonywanie procedur związanych z intubacją dotchawiczną |  | bez punktacji |
| 14 | Tętno na tętnicy ramiennej – generowane ręcznie |  | bez punktacji |
| **II.** | **Wyposażenie dodatkowe** | | |
| 1 | Walizka transportowa na manekin |  | bez punktacji |
| 2 | Wymienne wkładki przeznaczone do wkłuć szpikowych, min. 3 | *……………………..*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  *3 wkładki – 0 pkt,*  *>3 wkładek – 10 pkt* |
| 3 | Gumowa gruszka do symulacji tętna |  | bez punktacji |
| 4 | Symulator rytmu EKG, zasilany na baterie |  | bez punktacji |
| 5 | Interface w postaci tabletu z kolorowym, dotykowym wyświetlaczem o przekątnej ekranu min. 10”2 |  | bez punktacji |
| 6 | Bezprzewodowe łączenie z fantomem w technologii Bluetooth lub WiFi. |  | bez punktacji |  | bez punktacji |
| 7 | Interface kompatybilny z systemem debriefingu. |  | bez punktacji |
| 8 | Interface wyposażony w akumulator oraz ładowarkę, praca na zasilaniu akumulatorowym min. 10 godz. | *…………………………..*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany:*  *10 godz. – 0 pkt*  *>10 godz. – 10 pkt* |
| 9 | Oprogramowanie w języku polskim |  | bez punktacji |
| 10 | Bieżąca kontrola poprawności wykonywanego treningu na urządzeniu - informacja o poprawności głębokości, liczbie i tempie ucisków oraz podsumowanie rezultatu treningowego:  - częstotliwość i głębokość uciśnięć oraz relaksacja klatki piersiowej;  - czujnik wykrywający nieprawidłowe ułożenie rąk;  - częstotliwość i objętość wentylacji;  - liczba uciśnięć i sztucznych oddechów;  - odsetek przerw w uciskaniu klatki piersiowej;  - podsumowanie: szczegółowa analiza danych dotyczących uciśnięć, wentylacji oraz przerw w uciskach. |  | bez punktacji |
| **III.** | **WARUNKI GWARANCJI** | | |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *…………………………*  *(wpisać odpowiednio)* | *parametr oceniany* |
| **IV.** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | |
| 1 | Prospekt, katalog potwierdzający oferowany model | dołączyć do oferty | - |
| 2 | Deklaracja zgodności CE | dołączyć do oferty | - |
| 3 | Karta gwarancyjna, instrukcja obsługi sporządzona w języku polskim | dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | - |

***Uwaga:****1) Pozycje wskazane w kolumnie „Parametry i warunki wymagane” – oznaczają bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi „Parametry Oferowane”, spowoduje odrzucenie oferty.*

*2) Oferowany model musi być potwierdzony oryginalnymi materiałami producenta.*

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

*/Podpis Wykonawcy* /