**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**(dotyczy oferty szacunkowej)**

**Zamawiający:**

Nazwa jednostki: Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie

Adres: ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków

Osoba do kontaktu: Wiktoria Mazur tel. 884693109

Zaprasza do złożenia ofert szacunkowych na: **Dostawa respiratorów dla Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie**

Zamawiający informuje, iż przedmiotowy wniosek ma charakter wyceny szacunkowej wartości zamówienia, a nie udzielenie zamówienia. W związku z powyższym, potencjalnemu Wykonawcy nie przysługuje roszczenie z tytułu nie zawarcia umowy w wyniku przedstawienia niższej wartości.

Zakup finansowany jest ze środków KPO w ramach projektu pn. Poprawa jakości opieki kardiologicznej w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla w Krakowie w ramach „**Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)**”

I. **Przedmiot zamówienia**

**DOSTAWA RESPIRATORÓW DLA SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. J. DIETLA W KRAKOWIE**

wraz z instalacją, szkoleniem personelu oraz świadczeniem gwarancji i serwisu.

**II. Szczegółowa specyfikacja techniczna (wymagania minimalne)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kol.1 | Kol.2 | Kol.3 | Kol.4 |
| **Lp.** | **Wymagane przez Zamawiającego parametry, funkcje i warunki Opis parametru** | **Parametr Wymagany** | **Parametr Oferowany** |
| ***DANE OGÓLNE*** | | | |
| 1 | **Respiratorów do wentylacji inwazyjnej oraz nieinwazyjnej - 3 szt.** | TAK |  |
| 2 | Nazwa produktu/urządzenia, typ/model | TAK, podać |  |
| 3 | Producent | TAK, podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 5 | Urządzenie wraz z wyposażeniem nowe (nie dopuszcza się oferowania urządzenia demo lub powystawowych). | TAK |  |
| 6 | Rok produkcji nie starszy niż 2025 | TAK, podać |  |
| ***DANE TECHNICZNE*** | | | |
| 7 | Respirator przeznaczony do wentylacji okresowej i ciągłej (24 godziny na dobę) dla dorosłych i dzieci od wagi ciała minimum 2,5 kg. | TAK, podać |  |
| 8 | Respirator do prowadzenia wentylacji pacjenta metodą nieinwazyjną i inwazyjną | TAK |  |
| 9 | Respirator przeznaczony do zastosowania stacjonarnego oraz transportu wewnątrzszpitalnego | TAK |  |
| 10 | Maksymalna waga urządzenia do 7 kg | TAK, podać |  |
| 11 | Urządzenie posiada zintegrowane akumulatory zapewniające nieprzerwaną pracę urządzenia | TAK |  |
| 12 | Minimalny czas podtrzymania pracy akumulatora 14 godzin | TAK, podać |  |
| 13 | Możliwość zastosowania dodatkowego, zewnętrznego akumulatora zasilającego (12 V) | TAK, podać |  |
| 14 | Wyświetlacz dotykowy, o przekątnej minimum 8 cali | TAK, podać |  |
| 15 | Aparat posiada wbudowaną pamięć wewnętrza minimum 2GB | TAK, podać |  |
| 16 | Możliwość archiwizacji danych za pomocą dysk USB (pamięć wymienna) | TAK |  |
| 17 | Respirator wyposażony w mieszalnik tlenu. | TAK |  |
| 18 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie minimum 21% do 100% | TAK, podać |  |
| 19 | Zasilanie w sprężony tlen z układu centralnego akceptowalne ciśnienie w zakresie nie mniejszym niż od 3 bar do 5,5 bar | TAK, podać |  |
| 20 | Zasilanie w tlen o niskim ciśnieniu z przepływem zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 l/min | TAK, podać |  |
| 21 | Aparat wyposażony w filtr antybakteryjny | TAK |  |
| ***TRYBY PRACY*** | | | |
| 22 | Możliwość ustawienia minimum 4 programów wentylacji | TAK, podać |  |
| 23 | Możliwość wyboru, danych demograficznych pacjenta takich jak minimum typu pacjenta (przykładowo: niemowlę, dziecko lub dorosły), płci pacjenta, masy pacjenta, wzrostu pacjenta | TAK, podać |  |
| 24 | Aparat posiada tryby objętościowe minimum: A/C-VC, SIMV-VC lub równoważne (za równoważne uważa się tryby spełniające analogiczną funkcję kodowane inną nazwą handlową) | TAK, podać |  |
| 25 | Aparat posiada tryby ciśnieniowe minimum: CPAP, PSV, S/T, A/C-PC, SIMV-PC lub równoważne (za równoważne uważa się tryby spełniające analogiczną funkcję kodowane inną nazwą handlową) | TAK, podać |  |
| 26 | Aparat posiada tryb zintegrowany, który automatycznie dostosowuje wsparcie ciśnieniowe lub objętościowe, aby zapewnić optymalną wentylację i bezpieczeństwo pacjenta przez ustnik - MPV-VC oraz MPV-PC lub równoważne (za równoważne uważa się tryby spełniające analogiczną funkcję kodowane inną nazwą handlową) | TAK, podać |  |
| 27 | Alarmy ustawiane w minimum zakresach:  - ciśnienie wdechowe minimum 1 - 90 cm H20 - objętość oddechowa minimum 10 - 2000 ml lub wyłączony, - wentylacja minutowa minimum 1 - 30 l/min lub wyłączony, - częstość oddechów minimum. 1 - 90 n/min lub wyłączony, - odłączenie obwodu minimum 10 - 60 s lub wyłączony, - interwał bezdechu minimum 10- 60 s | TAK, podać |  |
| 28 | Monitorowanie parametrów w minimum w zakresie: - objętość oddechowa, minimum 0 - 2000 ml , - szacunkowy wsp. przecieku, minimum 0- 200 l/min, - szczytowy przepływ wdechowy, minimum 0-200 l/min, - średnie ciśnienie w drogach oddechowych, min. 0 - 90 cmH20, - współczynnik I:E, minimum 9,9: 1 - 1 : 9,9, - częstość oddechów, minimum 1 - 90 /min, - wentylacja minutowa, minimum 0- 30 l/min, - szczytowe ciśnienie wdechowe, minimum 0 - 90 cmH20, - procent oddechów wyzwalanych przez pacjenta 0 -100% | TAK, podać |  |
| 29 | Możliwość zastosowania automatycznego triggera wyzwalającego zmiany ciśnienia pomiędzy fazami oddechowymi (wdech-wydech oraz wydech-wdech), reagującego na spontaniczny wysiłek oddechowy pacjenta bez konieczności manualnego dostosowania możliwość zastosowania triggera wdechowego przepływowego, min. 0,5 -9 l/min możliwość zastosowania triggera wydechowego w zakresie 10% - 90% przepływu szczytowego | TAK, podać |  |
| 30 | Typy obwodów, minimum:  - aktywna zastawka wydechowa z proksymalnym ciśnieniem (PAP),  - aktywna zastawka wydechowa z czujnikiem przepływy,  - pasywny układ pacjenta z portem wydechowym, - obwód dwuramienny | TAK, podać |  |
| 31 | Możliwość zastosowania obwodu pacjenta z zastawką oddechową, jak i obwodu bez zastawki (z portem wydechowym) zarówno dla trybów sterowanych objętością i ciśnieniem. Zastosowanie zarówno przy wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej | TAK |  |
| 32 | Ustawienia parametrów minimum: - IPAP, minimum 3 - 50 cmH2O, - EPAP/PEEP, minimum 3 - 25 cmH2O, - CPAP, minimum 3 - 25 cmH2O, - wspomaganie ciśnieniowe, minimum 0 - 30 cmH2O, - objętość oddechowa, minimum 50 - 2000 ml, - częstość oddychania, minimum 0 - 80 oddechów na minutę, - czas wdechu, minimum 0,3 - 5,0 s, - czułość cyklu przepływu, minimum 10 - 90 %, - czułość wyzwalania przepływem, minimum 0,5 – 9 l/min, - czas narastania, minimum 0 - 6, - czułość wyzwalania przepływem, minimum 0,5 - 9 l/min, czułość cyklu przepływu, minimum 10 - 90 % | TAK, podać |  |
| 33 | Możliwość monitorowania Sp02, EtCO2 oraz FiO2 z wykorzystaniem dodatkowych czujników | TAK, podać |  |
| 34 | Możliwość wyświetlania na ekranie parametrów oporu dynamicznego | TAK |  |
| 35 | Aparat wyposażony w składany uchwyt umożliwiający łatwe przenoszenie urządzenia | TAK |  |
| 36 | Monitorowane parametry: objętość oddechowa (VTe), częstość oddechów (RR), przecieki powietrza, ciśnienia terapeutyczne, wentylacja minutowa (MinVent), stosunek I/E, szczytowy przepływ i ciśnienie oraz poziom naładowania akumulatorów zasilających. | TAK |  |
| ***WYPOSAŻENIE*** | | | |
| 37 | Wózek do respiratora z blokadą trzech kół i koszyk na akcesoria – 1 sztuka do każdego aparatu | TAK |  |
| 38 | Przewód tlenowy o długości minimum 2 m oraz zasilania - 1 komplet do każdego aparatu | TAK |  |
| 39 | Respirator w zestawie z kompletnym układem pacjenta 22 mm z portem wydechowym - 10 sztuk | TAK |  |
| ***DANE DODATKOWE*** | | | |
| 40 | Montaż, instalacja i uruchomienie urządzenia w cenie | TAK |  |
| 41 | Możliwość zgrania danych terapeutycznych w czasie terapii na nośniku pamięci (typu karta pamięci) lub zapisywanie w pamięci z urządzenia na pamięć zewnętrzną przez port typu USB (pendrive) | TAK, podać |  |
| 42 | Oferowany aparat wyposażony w komunikację Bluetooth oraz Wi-Fi | TAK |  |
| 43 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia z uwzględnieniem głowic dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |
| 44 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |
| 45 | Paszport techniczny/Dokument z informacjami zawierającymi datę zainstalowania urządzenia i termin następnego przeglądu oraz jego częstotliwość według zaleceń producenta | TAK |  |
| 46 | Termin dostawy wraz z instalacją i uruchomieniem oraz przeszkoleniem urządzenia do dnia | TAK, podać |  |
| 47 | Minimum dwa szkolenie personelu z obsługi urządzenia – bezpośrednio po instalacji i uruchomieniu oraz ponawiające szkolenie wykonane na życzenie Zamawiającego | TAK |  |
| 48 | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE i deklaracja zgodności urządzenia | TAK, załączyć |  |
| ***GWARANCJA I SERWIS*** | | | |
| 49 | Gwarancją objęte naprawy, jak również części zamienne i poszczególne elementy urządzenia zgodnie z ogólnymi warunkami gwarancji | TAK |  |
| 50 | Okres gwarancji od daty instalacji minimum 24 miesiące | TAK, podać |  |
| 51 | Dostępności części zamiennych, od dnia instalacji, przez okres minimum 10 lat | TAK, podać |  |
| 52 | Czas reakcji serwisowej od momentu zgłoszenia awarii gwarancyjnej maksymalnie 48 godzin | TAK, podać |  |
| 53 | Czas naprawy urządzenia od momentu zgłoszenia awarii gwarancyjnej maksymalnie 5 dni roboczych | TAK, podać |  |
| 54 | Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji – minimum 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy okresowe gwarancyjne obejmujące: bezpłatny dojazd i robociznę oraz wszystkie elementy eksploatacyjne wymagające wymiany podczas przeglądu, zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać |  |
| 55 | Usługi serwisu świadczone w ramach gwarancji realizowane na miejscu w placówce Zamawiającego lub zdalnie - serwis zdalny możliwy wyłącznie na wniosek Zamawiającego | TAK, podać |  |

1. Oferowany zestaw powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany zestaw, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**III. Warunki realizacji zamówienia**

Miejsce dostawy: Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie; ul. Skarbowa 1, 31-121 Kraków

**IV. Sposób przygotowania oferty**

Ofertę należy przesłać drogą elektroniczną poprzez platformę zakupową do dnia: 02.02.2026 r. do godziny 12.00.

Oferta musi zawierać:

- Opis oferowanego urządzenia zgodnie z pkt II niniejszego zapytania

- Formularz ofertowy – załącznik nr 1