***Nr sprawy: PZP/Nr 09/PN/18 Załącznik 1***

……………………………………………………

*pieczęć firmowa*

**OFERTA WYKONAWCY**

**Do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu   
60-346 Poznań ul. Rycerskiej 10.**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawę sprzętu medycznego dla Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu

Ofertę przetargową składa:

**WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Siedziba wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Województwo: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nr telefonu: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres e-mail: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

nr REGON: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

nr NIP: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

* + 1. **Wielkość przedsiębiorstwa (oznaczyć znakiem X lub podobnym):**

|  |  |
| --- | --- |
| Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR |  |
| Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR |  |
| Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. |  |
| Żadne z powyższych |  |

* + 1. **Osoba uprawniona do kontaktów:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

* + 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:**

**PAKIET nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Wartość brutto |
| **1** | Defibrylator | 3 |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |
| *Słownie:* | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wykonanie zamówienia – termin dostawy | Ilość | Ilość dni od daty podpisania umowy |
| Defibrylator | 3 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gwarancja | |
| 12 miesięcy | TAK/NIE |
| 24 miesiące i powyżej | TAK/NIE |

**\*zaznacz właściwe**

**PAKIET nr 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Wartość brutto |
| **1** | Respirator transportowy | 6 |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |
| *Słownie:* | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wykonanie zamówienia – termin dostawy | Ilość | Ilość dni od daty podpisania umowy |
| Respirator transportowy | 6 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gwarancja | |
| 12 miesięcy | TAK/NIE |
| 24 miesiące i powyżej | TAK/NIE |

**\*zaznacz właściwe**

**PAKIET nr 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Wartość brutto |
| **1** | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej | 4 |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |
| *Słownie:* | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wykonanie zamówienia – termin dostawy | Ilość | Ilość dni od daty podpisania umowy |
| Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej | 4 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gwarancja | |
| 12 miesięcy | TAK/NIE |
| 24 miesiące i powyżej | TAK/NIE |

**\*zaznacz właściwe**

**PAKIET nr 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Wartość brutto |
| **1** | Pompa strzykawkowa | 5 |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |
| *Słownie:* | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wykonanie zamówienia – termin dostawy | Ilość | Ilość dni od daty podpisania umowy |
| Pompa strzykawkowa | 5 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gwarancja | |
| 12 miesięcy | TAK/NIE |
| 24 miesiące i powyżej | TAK/NIE |

**\*zaznacz właściwe**

1. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia na w terminie …………….. dni od daty podpisania umowy dostawy.
2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Na potwierdzenie powyższego wnieśliśmy wadium w wysokości: Pakiet nr 1: 5.000,00 zł (słownie: pięć tysięcy złotych), Pakiet nr 2: 4.500,00 zł (słownie: cztery tysiące pięćset złotych), Pakiet nr 3: 6.500,00 zł (słownie: sześć tysięcy pięćset złotych), Pakiet nr 4: 800,00 zł (słownie: osiemset złotych), w formie . . . . . . . . .
4. Oświadczamy, iż niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w specyfikacji, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
6. Oświadczamy, że fakturę za dostawę ambulansu będziemy przesyłać zgodnie z żądaniem Zamawiającego wyłącznie w wersji elektronicznej na adres: **efaktury@ratownictwo.med.pl**
7. Nie zamierzam(y) powierzać do pod wykonania żadnej części niniejszego zamówienia /następujące części niniejszego

zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom:

Część - zakres zamówienia Nazwa( firma) podwykonawcy

………………………………………………………… …………………………………………………………………

*……………………………………*dnia *………………* 2018 r. ……………………………………

*miejscowość podpis, pieczątka osoby upoważnionej*

***Załącznik 1.1***

**Opis przedmiotu zamówienia**

Marka i typ oferowanego defibrylatora: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli:- jej treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,   
z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 3 PZP;

| **Defibrylator przenośny** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Minimalne parametry które musi spełniać defibrylator** | | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 3 | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2018. | Tak |  |
| 4 | Aparat przenośny. | Tak |  |
| 5 | Torba z paskiem na ramię do aparatu | Tak |  |
| 6 | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci i z zasilacza 230V AC. | Tak |  |
| 7 | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC. | Tak |  |
| 8 | Moduł ładowania samochodowego umożliwiający podłączenie defibrylatora do modułu za pomocą przeznaczonego do tego kabla, umożliwiający jego ładowanie w trakcie jazdy pojazdu. Złącze łączące moduł ładowania z ładowarką za pomocą gniazda wtykowego (umożliwiające szybkie podłączenie i odłączenie urządzenia) | Tak |  |
| 9 | Tester ładowania akumulatora. | Tak |  |
| 10 | Zasilacz wbudowany, lub jako moduł zewnętrzny. | Tak |  |
| 11 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze  - min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J. | Tak (podać) |  |
| 12 | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg. | Tak |  |
| 13 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | Tak |  |
| 14 | Norma IP min 44. | Tak |  |
| 15 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna. | Tak |  |
| 16 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED. | Tak |  |
| 17 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii min od 5 do 360 J. | Tak |  |
| 18 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – min 20. | Tak |  |
| 19 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta. | Tak |  |
| 20 | Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane transparentne w RTG, w wyposażeniu łyżki dziecięce. | Tak |  |
| 21 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. | Tak |  |
| 22 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie. | Tak |  |
| 23 | Częstość stymulacji min. 40-150 impulsów/minutę | Tak |  |
| 24 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-150 mA. | Tak |  |
| 25 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG. | Tak |  |
| 26 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta. | Tak |  |
| 27 | Alarmy częstości akcji serca. | Tak |  |
| 28 | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min | Tak |  |
| 29 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv, minimum 8 poziomów wzmocnienia. | Tak |  |
| 30 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie. | Tak |  |
| 31 | Ekran kolorowy o przekątnej min 8”. | Tak |  |
| 32 | Wydruk EKG na papierze o szerokości min 70mm. | Tak |  |
| 33 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych. | Tak |  |
| 34 | Transmisja danych przez modem do stacji odbiorczych. | Tak |  |
| 35 | Pomiar ciśnienia nieinwazyjnego NIBP. | Tak |  |
| 36 | Nieinwazyjny pomiar stężenia SpO2. | Tak |  |
| 37 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2. | Tak |  |
| 38 | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury. | Tak |  |
| 39 | Możliwość rozbudowy o moduł IBP. | Tak |  |
| 40 | Defibrylator w pełni kompatybilny z systemem teletransmisji danych Lifenet – możliwość rozbudowy o modem. | Tak |  |
| 41 | Folder z dokładnymi parametrami technicznymi w języku polskim - załączyć. | Tak |  |

………………………………………………………… …………………………………………………………

*Pieczątka firmowa podpis osoby uprawnionej*

***Załącznik 1.2***

**Opis przedmiotu zamówienia**

Marka i typ oferowanego respiratora transportowego: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli:- jej treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,   
z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 3 PZP;

| **Respirator przenośny** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry które musi spełniać respirator transportowy** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 3. | Respirator fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | Tak |  |
| 4. | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt od 10 kg masy ciała | Tak |  |
| 5. | Urządzenie w zwartej i wytrzymałej obudowie, z możliwością zawieszenia na ramie łóżka, noszy lub na wózku medycznym, z uchwytem do przenoszenia w ręku i paskiem umożliwiającym zawieszenie na ramieniu, | Tak |  |
| 6. | Zestaw w ochronnej metalowej obudowie składa się z respiratora transportowego, butli tlenowej min 2l, reduktora, przewodu ciśnieniowego umożliwiającego podłączenie respiratora do zewnętrznego źródła tlenu ze złączem AGA – AGA min 2m, kieszeni na akcesoria, maski nr 5, przewodu pacjenta, płuca testowego | Tak |  |
| 7. | Respirator wyposażony w urządzenie umożliwiające podłączenie do zewnętrznego źródła tlenu (butli tlenowych znajdujących się w ambulansie) za pomocą gniazda AGA. | Tak |  |
| 8. | Respirator przeznaczony do wykorzystania w zespołach ratownictwa medycznego (możliwość przewożenia i użytkowania respiratora w trakcje jazdy ambulansem oraz możliwość zabrania respiratora do pacjenta i jego używanie w miejscu zdarzenia. Mocowanie ścienne spełniające wymogi normy PN-EN 1789 w zakresie odpowiedniego umocowania w trakcie transportu w ambulansie – atest 10 g – załączyć do oferty | Tak |  |
| 9. | Autotest poprawności działania urządzenia wykonywany po każdym uruchomieniu respiratora | Tak |  |
| 10. | Tryb wentylacji IPPV | Tak |  |
| 11. | Tryb wentylacji SIMV | Tak |  |
| 12. | Funkcja inhalacji o przepływie min 0-15 l / min realizowana przy zasilaniu tlenem z butli jak i z gniazda zewnętrznego | Tak |  |
| 13. | Wyposażony w wbudowany manometr i zastawkę ciśnieniową bezpieczeństwa regulowaną płynnie w zakresie min 20-60 mbar | Tak |  |
| 14. | Wentylacja 100% -tlenem i mix tlenowy min. 60 % | Tak |  |
| 15. | Niezależna regulacja objętości minutowej i częstotliwości oddechowej | Tak |  |
| 16. | Regulacja objętości oddechowej w zakresie min. 3-20 l/min | Tak |  |
| 17. | Regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie min. 5-40 oddechów/ min | Tak |  |
| 18. | Alarmy bezpieczeństwa optyczne i dźwiękowe: wysokiego ciśnienia wentylacji, niskiego ciśnienia, wentylacji/rozłączenia, niskiego ciśnienia tlenu na przyłączu tlenowym, alarm autotestu | Tak |  |
| 19. | Temperatura pracy w zakresie od min -18°C do + 50°C | Tak |  |
| 20. | Waga respiratora max 1.1 kg +/- 5% | Tak |  |
| 21. | Zasilanie w tlen o ciśnieniu min od 2,7 do 6,0 bar | Tak |  |
| 22. | Przewód pacjenta silikonowy z możliwością szybkiej sterylizacji w autoklawie w temp. 134 ⁰C – 1 kpl | Tak |  |
| 23. | Zawór pacjenta z możliwością szybkiej sterylizacji w autoklawie w temp. 134 ⁰C – 1 kpl | Tak |  |
| 24. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury | Tak |  |
| 25. | Folder z dokładnymi parametrami technicznymi w języku polskim - załączyć. | Tak |  |
| 26. | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury | Tak |  |
| 27. | Certyfikat CE i zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych | Tak |  |
| 29. | Autoryzowany serwis na terenie Polski – podać nazwę, adres, telefon kontaktowy wraz z dokumentacją potwierdzającą autoryzację | Tak |  |

………………………………………………………… …………………………………………………………

*Pieczątka firmowa podpis osoby uprawnionej*

***Załącznik 1.3***

**Opis przedmiotu zamówienia**

Marka i typ oferowanego urządzenia do mechanicznej kompresji klatki piersiowej: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli:- jej treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,   
z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 3 PZP;

| **Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry które musi spełniać urządzenie** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Urządzenie wyprodukowane w 2018 r. | TAK |  |
| Urządzenie do ucisków klatki piersiowej za pomocą mechanizmu kompresji | TAK |  |
| Urządzenie wyposażone w system aktywnej dekompresji klatki piersiowej za pomocą przez ssawkę (np. podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację ) | TAK |  |
| Wskaźnik naładowania baterii | TAK |  |
| Głębokość i częstotliwość ucisków klatki piersiowej – zgodnie z wytycznymi ERC 2015 | TAK |  |
| Możliwość mocowanie urządzenia do deski ortopedycznej lub noszy głównych za pomocą dedykowanych akcesoriów znajdujących się w komplecie urządzenia | TAK |  |
| Głębokości uciśnięć klatki piersiowej dostosowywana automatycznie do oporu klatki piersiowej pacjenta | TAK |  |
| 2 | **Zasilanie:** | | |
| Akumulatory Li - ion polimerowe (LiPo) | TAK |  |
| Zasilanie 12V DC | TAK |  |
| Zasilanie 220V-240V AC | TAK |  |
| Możliwość ładowania urządzenia w trakcie czynności RKO bez konieczności wyciągania baterii, wyłączania urządzenia lub przełączania za pomocą przycisków źródła zasilania) | TAK |  |
| Ładowarka akumulatora zintegrowana z urządzeniem (ładowarka wbudowana w urządzenie ) | TAK |  |
| Możliwość wymiany baterii w trakcie pracy urządzenia – bez wstrzymywania RKO, w trakcie podłączenia do zasilania zewnętrznego (np. 12V lub 220V-240V) | TAK |  |
| 3 | **Czas pracy jednego akumulatora** | | |
| Powyżej 40 min | TAK |  |
| **Czas ładowania jednego akumulatora w urządzeniu do kompresji klatki piersiowej (do pełna)** | | |
| Poniżej 90 minut | TAK |  |
| 4 | **Ciężar urządzenia gotowego do pracy:** | | |
| Poniżej 10 kg | TAK |  |
| 5 | **Tryby pracy urządzenia:** | | |
| 30/2 | TAK |  |
| Ciągły | TAK |  |
| Częstotliwość ucisków klatki piersiowej – zgodnie z wytycznymi ERC 2015 możliwość zainstalowania nowego oprogramowania w przypadku zmiany zaleceń (wytycznych) ERC | TAK |  |
| 7 | **Możliwość transportu pacjenta bez konieczności wstrzymywania pracy urządzenia:** | | |
| W poziomie | TAK |  |
| W płaszczyznach pochyłych | TAK |  |
| Ewakuacja pacjenta przy użyciu ogólnodostępnych technik transportowych (np. płachta ratownicza, deska ortopedyczna, kosz ratowniczy, itp.) | TAK |  |
| 8 | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego : min. 40 min. | TAK |  |
| 9 | **Zakres pracy urządzenia w temperaturach:** | | |
| min. - od -20°C do +40°C | TAK |  |
| 10 | Zewnętrzne wyprowadzenie gniazda (portu) ładowania urządzenia (dostęp do gniazda bez konieczności wyciągania urządzenia z torby/plecaka) | TAK |  |
| 11 | Możliwość archiwizowania danych dot. pracy urządzenia z możliwością ich gromadzenia, przetwarzania i analizy | TAK |  |
| 12 | Bezprzewodowa transmisja (bluetooth) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera | TAK |  |
| 13 | Możliwość wykonywania zdjęć RTG lub procedur PCI w trakcie używania urządzenia do kompresji klatki piersiowej | TAK |  |
| **WYMAGANE WYPOSAŻENIE** | | | |
| Torba/plecak wykonana z materiału łatwego do czyszczenia i dezynfekcji, wyposażony w uchwyty umożliwiające transport urządzenia w różnych pozycjach (np. na plecach, przez ramię lub w ręce) | | TAK |  |
| Urządzenie do kompresji klatki piersiowej wraz z zestawem do ładowania oraz baterią (akumulatorem) | | TAK |  |
| Pasy mocujące pac jęta do urządzenia do kompresji klatki piersiowej | | TAK |  |
| Pasy mocujące urządzenie do deski ortopedycznej lub noszy głównych | | TAK |  |
| Certyfikat zgodności CE | | TAK |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | | TAK |  |
| Karta gwarancyjna | | TAK |  |
| Spełnienie normy min. IP 43 | | TAK |  |

**UWAGA: Zaoferowane urządzenie musi być w 100% kompatybilne z posiadanymi przez WSPR w Poznaniu urządzeniami Lucas3 funkcjonującymi w ramach programu „ECMO dla Wielkopolski”**

………………………………………………………… …………………………………………………………

*Pieczątka firmowa podpis osoby uprawnionej*

***Załącznik 1.4***

**Opis przedmiotu zamówienia**

Marka i typ oferowanych pomp strzykawkowych: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli:- jej treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,   
z zastrzeżeniem art. 87 ust. 2 pkt 3 PZP;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry które musi spełniać pompa strzykawkowa** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi |  |
| 2 | Strzykawka automatycznie mocowana od przodu |  |
| 3 | Urządzenie przenośne, również do pracy w ambulansie ZRM i miejscu zdarzenia |  |
| 4 | Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego |  |
| 5 | Masa pompy max.1,5 kg |  |
| 6 | Wymiary 249 x 68 x 152 mm (szer. x wys. x gł.) Pompa zajmująca przestrzeń nie większą niż 3 000 cm3 |  |
| 7 | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania i pompy do rur pionowych i poziomych |  |
| 8 | Odłączalny uchwyt do przenoszenia do 3 pomp zasilanych jednym przewodem nie wymagającym dodatkowych elementów. |  |
| 9 | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji min 9 poziomów |  |
| 10 | Mocowanie do pionowego statywu/rury 3 pomp jednym uchwytem. |  |
| 11 | Dokładność mechaniczna <<±0,5% |  |
| 12 | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 8h przy przepływie 25ml/h |  |
| 13 | Różne tryby infuzji: Wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. |  |
| 14 | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) |  |
| 15 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów |  |
| 16 | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz. |  |
| 17 | Prędkości bolusa min: |  |
| dla strzykawki o poj.3ml =1-150 ml/h |  |
| dla strzykawki o poj.5ml =1-300 ml/h |  |
| dla strzykawki o poj.10ml =1-500 ml/h |  |
| dla strzykawki o poj.20ml =1-800 ml/h |  |
| dla strzykawki o poj.30ml =1-1200 ml/h |  |
| dla strzykawki o poj.50/60ml =1-1800 ml/h |  |
| 18 | Możliwa do ustawienia prędkość bolusa 0,1 - 1 800ml/h |  |
| 19 | Tryb kontroli zmian ciśnienia w linii |  |
| 20 | Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały do 50 |  |
| 21 | Biblioteka Leków zawierająca min1 200 leków z możliwością podzielenia na min.25grup. |  |
| 22 | Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji i rozłączenia linii bez konieczności stosowania specjalnych drenów |  |
| 23 | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji. |  |
| 24 | Możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego |  |
| 25 | Menu w języku polskim |  |
| 26 | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej. |  |
| 27 | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml |  |
| 28 | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99:59 godzin |  |
| 29 | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy. |  |
| 30 | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TCI |  |
| 31 | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania każdej pompy o tryb PCA i PCEA |  |
| 32 | Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp z komputerem poza stacją dokującą . |  |
| 33 | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy. |  |
| 34 | 12 V kabel przejściowy do podłączenia maksymalnie 3 pomp Space do pokładowego systemu zasilania w karetce, helikopterze czy samolocie |  |
| 35 | Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki |  |
| 36 | Zużycie energii przez jedną pompę / dzień/ miesiąc/rok: przy założeniu ,że pompa pracuje 12 godzin/dobę 0,96 / 28,8 / 350,4; kWh |  |

………………………………………………………… …………………………………………………………

*Pieczątka firmowa podpis osoby uprawnionej*