SPPR-1/10/2016 Załącznik nr 2

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **oferta** |

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa….................................................................................................................

Siedziba…..............................................................................................................

Nr telefonu/faks…...................................................................................................

nr NIP…...................................................................................................................

nr REGON…............................................................................................................

adres e-mail do kontaktów drogą elektroniczną ………………………………….

Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym ………………………………

**Dane dotyczące Zamawiającego**

Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe ul. Wojska Polskiego 16, 83-000 Pruszcz Gdański

Nr telefonu (58) 773 30 30 fax (58) 773 30 30

nr NIP 593 221 85 62

nr REGON 191983891

adres e-mail do kontaktów drogą elektroniczną: ratownictwomedyczne@inetia.pl

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zobowiązania oferenta.**

Zobowiązuję się dostarczyć przedmiot zamówienia – czterech kompletnych sztuk urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej

marki ………………… model ………………….. zgodnie ze SIWZ za:

**cena netto** ....................................................................zł

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

**cena brutto** ..................................................................zł

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

cena netto (1 szt.)………………………… zł

(słownie ……………………………………………………...…...)

cena brutto (1 szt.)……………………….. zł

(słownie…………………………………………………………...)

wartość netto (4 szt.)………………………..…… zł

(słownie ……………………………………………………...…...)

wartość brutto (4 szt.)………………………..….. zł

(słownie…………………………….……………………..….…...)

W terminie ……….. dni od daty podpisania umowy.

Termin płatności: 30 dni

Okres gwarancji (wyrażony w liczbie miesięcy): …………… ( min. 12 )

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**

Nazwisko, imię ....................................................................................................

Stanowisko ...........................................................................................................

Telefon...................................................Fax.........................................................

Zakres:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni

**Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:**

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

**Zastrzeżenie oferenta**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

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

Inne informacje oferenta:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela oferenta

###

 *pieczęć firmowa*

**Parametry urządzenia**

**do mechanicznej kompresji klatki piersiowej**

(uzupełnioną tabelę należy dołączyć do Formularza ofertowego)

Zamawiający wymaga by oferowane urządzenie było fabrycznie nowe, nie eksploatowane, rok produkcji 2016, z minimum 12 miesięczną pełną gwarancją.

Marka, model oferowanego urządzenia:

**………………………………… ………………………………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametr wymagany** | **TAK/NIE\*** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| **I. Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej** | ------- | ------------------------------------ |
|  | Cykl pracy: 50% kompresja / 50% dekompresja  |  |  |
|  | Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERCGłębokość – od 5 do 6 cmCzęstość – od 100 do 120 ucisków/min  |  |  |
|  | Działanie w pełni elektryczne |  |  |
|  | Źródło zasilania:- akumulator wewnętrzny |  |   |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta. |  |  |
|  | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą (plecakiem) – poniżej 11 kg |  |  |
|  | Bezprzewodowa transmisja (bluetooth) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera. |  |  |
|  | Wyposażenie aparatu:* Torba lub plecak
* Deska pod plecy
* Podkładka stabilizująca pod głowę
* Pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia
* Jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min 12)
* Akumulator
* Ładowarka do akumulatorów
 |  |  |
| **II. Inne** |  | ------------------------------------ |
|  | Instrukcja w języku polskim  |  |  |
|  | Deklaracja zgodności.  |  |  |
|  | Certyfikat CE  |  |  |
|  | Gwarancja min 12 m-cy od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.  |  |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomieniu do rozpoczęcia naprawy (max 48 h) |  |  |
|  | Czas skutecznej naprawy – max 7 dni od daty zgłoszenia. |  |  |
|  | Urządzenie lub element zastępczy na czas naprawy w przypadku naprawy trwającej powyżej 7 dni. |  |  |
|  | SERWIS pogwarancyjny i dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od daty sprzedaży. |  |  |
|  | Dostawa, instalacja, uruchomienie i szkolenie z obsługi w cenie oferty. |  |  |

…..........................................

 *miejscowość* (imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela oferenta

**Parametry punktowane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | **Punktacja** | **TAK/NIE**\* | **Parametr oferowany**\* |
| Aktywna dekompresja – wspomaganie dekompresji klatki piersiowej np. przy pomocy ssawki podciśnieniowej | Tak - 15 pkt.Nie – 0 pkt. |  |  |
| Zasilanie urządzenia ze ścianki karetki DC w zakresie min 12 – 28 V | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |  |
| Zasilanie z gniazda sieci 230 V~AC  | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |  |
| Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwalnej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego – min 40 min. | < 40 min – 0 pkt> 40min - 5 pkt |  |  |

\* wypełnia Wykonawca

…..........................................

 *miejscowość* (imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela oferenta