Augustów, dn. 09 stycznia 2020 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

( niniejsze zapytanie ma formę rozeznania rynku i nie stanowi zapytania ofertowego w rozumieniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych )

Zwracamy się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej na zakup respiratora o następujących parametrach :

**RESPIRATOR STACJONARNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
| **1.** | **Wymagania ogólne :** |  |  |
| 1.1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2020 lub 2019. Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia dla dorosłych | TAK |  |
| 1.2 | Respirator na podstawie jezdnej z blokadą kół | TAK |  |
| 1.3 | Uchwyt do podłączenia respiratora na wózku z łóżkiem pacjenta na czas transportu | TAK |  |
| 1.4 | Zasilanie w tlen z centralnej sieci O 2 | TAK |  |
| 1.5 | Zasilanie w powietrze z wbudowanej sprężarki z możliwością zasilania bateryjnego na min. 3 godziny | TAK |  |
| 1.6 | Gwarancja min. 36 miesięcy | TAK |  |
| **2.** | **Tryb wentylacji :** |  |  |
| 2.1 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/Assist | TAK |  |
| 2.2 | Synchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV | TAK |  |
| 2.3 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV | TAK |  |
| 2.4 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | TAK |  |
| 2.5 | Wentylacja z gwarantowaną objętością minutową | TAK |  |
| 2.6 | Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana z gwarantowaną objętością | TAK |  |
| 2.7 | Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV | TAK |  |
| 2.8 | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, BiLevel, DuoPAP | TAK |  |
| 2.9 | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV we wszystkich dostępnych trybach wentylacji | TAK |  |
| 2.10 | Automatyczne westchnienie z regulacją parametrów westchnień | TAK |  |
| 2.11 | Wentylacja bezdechu z regulacją parametrów | TAK |  |
| 2.12 | Wentylacja typu APRV | TAK |  |
| **3.** | **Regulacje :** |  |  |
| 3.1 | Częstość oddechów w zakresie min. 5-80 L/min. | TAK |  |
| 3.2 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie 50-1500 ml | TAK |  |
| 3.3 | Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10-90 cm H2O | TAK |  |
| 3.4 | Ciśnienie wspomagania PSV w zakresie min. 0-80 cm H2O | TAK |  |
| 3.5 | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie min. 0-40 cm H2O | TAK |  |
| 3.6 | Czas wdechu dla oddechów VCV regulowany w zakresie min. 0,2-8,00 sek. | TAK |  |
| 3.7 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie min. 21-100 % | TAK |  |
| 3.8 | Płynna regulacja czasu lub współczynnika przyśpieszenia przepływu dla oddechów ciśnieniowo kontrolowanych i wspomaganych | TAK |  |
| 3.9 | Wyzwalanie oddechu, czułość triggera min. 1-10 L/min. | TAK |  |
| **4** | **Parametry monitorowane :** |  |  |
| 4.1 | Aktualnie prowadzone tryby wentylacji | TAK |  |
| 4.2 | Rzeczywista całkowita częstość oddychania | TAK |  |
| 4.3 | Częstość oddechów spontanicznych | TAK |  |
| 4.4 | Objętość pojedynczego oddechu | TAK |  |
| 4.5 | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV | TAK |  |
| 4.6 | Wentylacja minutowa spontaniczna | TAK |  |
| 4.7 | Wentylacja minutowa, udział procentowy objętości przecieku | TAK |  |
| 4.8 | Szczytowe ciśnienie wdechowe | TAK |  |
| 4.9 | Ciśnienie średnie | TAK |  |
| 4.10 | Ciśnienie fazy plateau | TAK |  |
| 4.11 | Podatność statyczna lub dynamiczna płuc | TAK |  |
| 4.12 | Integralny pomiar stężenia tlenu | TAK |  |
| 4.13 | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru etCO2 | TAK |  |
| **5** | **Prezentacja graficzna :** |  |  |
| 5.1 | Prezentacja na kolorowym min. 12 calowym ekranie respiratora krzywych oddechowych minimum : ciśnienie czas, przepływ/czas, objętość/czas | TAK |  |
| 5.2 | Prezentacja na kolorowym min. 12 calowym ekranie respiratora pętli oddechowej ciśnienie/objętość | Tak |  |
| **6** | **Wyposażenie :** |  |  |
| 6.1 | 2 kompletne układy do współpracy ze sztucznymi nosami/filtrami FHME do każdego respiratora | TAK |  |
| 6.2 | 100 sztuk jednorazowych filtrów/nawilżaczy FHME | TAK |  |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |

Termin dostawy do 21 dni od złożenia zamówienia.

Termin związania ofertą – 30 dni od daty sporządzenia.

Sposób zapłaty – 30 dni od daty dostawy.

Ofertę prosimy przesłać na adres : Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów lub faksem na numer (87) 643 34 19 lub pocztą elektroniczną na adres : zp@spzoz.augustow.pl w nieprzekraczalnym terminie do dnia 20 stycznia 2020 r.