**Załącznik nr 1.5 do SIWZ– Formularz Szczegółowy Oferty**

**Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.79.2018**

**Pakiet nr 5:**

**A. Opis Przedmiotu zamówienia: Łóżko pacjenta Intensywnej terapii 1 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane****warunki / parametry techniczne** | **Wymogi graniczne** | **Oferowane parametry techniczne****(opis)** |
| 1. **S**
 | Specjalistyczne łóżko pacjenta Intensywnej TerapiiRok produkcji 2018  | TAK |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
|  | Czterosekcyjne łóżko (w tym 3 segmenty ruchome) do intensywnej opieki medycznej wyposażone w elektryczną regulację: podparcia pleców, podparcia ud, sekcji łydki, wysokości łóżka, przechyłów Trendelenburga/ anty-Trendelenburga | TAK |  |
|  | Minimum 6 paneli sterujących (po 2 po każdej stronie łóżka). | TAK |  |
|  | Główny panel kontrolny dla pielęgniarki, z możliwością blokady poszczególnych funkcji łóżka, znajdujący się po zewnętrznej stronie barierek zabezpieczających na wysokości sekcji uda. | TAK |  |
|  | Konstrukcja łózka umożliwiająca zamontowanie dedykowanego materaca powietrznego za pomocą szybko złączki w celu zintegrowania materaca z łóżkiem. Konstrukcja opcjonalnego dedykowanego materaca umożliwia przechylanie pacjenta na boki | TAK |  |
|  | System ważenia pacjenta z funkcją wykrywania ruchów pacjenta. | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze łóżka do minimum 250 kg. | TAK |  |
|  | Alarm wyjścia pacjenta z łóżka.  | TAK |  |
|  | System antyzgnieceniowy. | TAK |  |
|  | 4 niezależnie opuszczane barierki boczne (po 2 z każdej strony łóżka). | TAK |  |
|  | Podświetlenie nocne typu LED pod leżem. | TAK |  |
|  | Wysokość platformy materaca:- maksymalna: 80cm - niska: 40 cm - minimalna: 36cm | TAK |  |
|  | Pedały sterujące z każdej strony łóżka. | TAK |  |
|  | 4 podwójne koła zwrotne o średnicy 150 mm | TAK |  |
|  | Możliwość blokowania jednego koła do jazdy na wprost. | TAK |  |
|  | Szuflada na kliszę RTG lub kieszeń w konstrukcji materaca. | TAK |  |
|  | Zasilanie AC 230 V 50 Hz  | TAK |  |
|  | Awaryjne zasilanie z akumulatora wewnętrznego zapewniające pełną funkcjonalność łóżka. | TAK |  |
| * + - 1. **II**
 | * + - 1. **WYMAGANE PARAMETRY MATERACA**
 |  |  |
|  | Materac powietrzny co najmniej 4 strefowy z możliwością integracji z łóżkiem utrzymujący stałe niskie terapeutyczne ciśnienie automatycznie w zależności od wagi pacjenta, którą można wybrać w zakresie co najmniej od 45- 220 kg. | TAK |  |
|  | Konstrukcja dedykowanego materaca umożliwia przechylanie pacjenta na boki. | TAK |  |
|  | Możliwość programowania terapii ciągłej rotacji bocznej pacjenta w której cykl obrotu z pozycji centralnej bocznej lewej, bocznej prawej trwa od min. 2- 30 min. | TAK |  |
|  | Materac z możliwością wyboru trybu zmiennociśnieniowego oraz z możliwością wyboru trybu pulsacji . | TAK |  |
|  | Długość minimum 200cm,+/- 2 cm możliwość przedłużenia do 215cm +/-2cm szerokość 89cm. +/- 1 cm | TAK |  |
|  | Udźwig materaca do minimum 220 kg | TAK |  |
|  | Pompa materaca montowana do łóżka. | TAK |  |
|  | Pompa łączona z materacem na szybkozłączki. pozwalające na podłączenie materaca do platformy leża łóżka celem integracji funkcji materaca i łóżka. | TAK |  |
|  | Panel kontrolny pompy wyposażony w indykator opuszczonych barierek, indykator kąta nachylenia oparcia pleców powyżej 30°. | TAK |  |
|  | Pompa wyposażona w indywidualny przycisk utwardzenia całego materaca (natychmiastowe napompowanie). | TAK |  |
|  | Możliwość programowania terapii ciągłej rotacji bocznej pacjenta | TAK |  |
|  | Przycisk obniżenia ciśnienia w sekcji siedzenia | TAK |  |
|  | Przycisk obniżenia ciśnienia w sekcji głowy | TAK |  |
|  | Funkcje bezpieczeństwa uniemożliwiające obrót pacjenta w przypadku obniżonej barierki bocznej/oparcia pleców uniesionego powyżej 30° | TAK |  |
|  | Wskaźniki indywidulanych ustawień w 4 strefach materaca z możliwością ich regulacji. | TAK |  |
|  | Blokada panelu sterowania pompy materaca. | TAK |  |
|  | Funkcja natychmiastowego przygotowania do CPR w pompie lub materacu lub łóżku. | TAK |  |

**B. FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Opis oferowanego wyposażenia (typ, model/ symbol/ nr katalogowy** | **Wytwórca** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
|  |
| **1** | **Łóżko pacjenta Intensywnej terapii** |  |  | **1 szt** |  |  |  |  |  |
|  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ………………… Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: ………………… Słownie: ................................................................................

............................................................................................

/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/