Zadanie 18 – Pompy infuzyjne.

Lp	Nazwa	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa	szt.	5						
2	Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa	szt.	3						
							Razem:		

Oświadczamy, że oferowane wyspecjalizowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....,dnia .....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/55/2013

Zadanie 18 poz.1 - Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Minimalne wymagane parametry techniczne	TAK	
2	Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa z klawiaturą numeryczną (fabrycznie nowa)	TAK	
3	Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach min: 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml	TAK	
4	Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych (min 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek	TAK	
5	Automatyczne rozpoznawanie strzykawek	TAK	
6	Zakres prędkośąci infuzji min 0,1-999 ml/h	TAK	
7	Programowana szybkość podaży w jednostkach masy -podać	TAK	
8	Dokładność szybkości dozowania +/-2%	TAK	
9	Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu	TAK	
10	Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej - podać	TAK	
11	Programowane ciśnienie okluzji min. 9 stopni -podać	TAK	
12	Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji	TAK	
13	Możliwość zablokowania przycisków klawiatury	TAK	
14	Możliwość programowania nazwy oddziału	TAK	

15	Wewnętrzna lista leków z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika - podać	TAK	
16	Możliwość pracy w min 4 opcjach: prędkość, prędkość i objętość, prędkość i czas, objętość i czas	TAK	
17	Funkcja Stand-By	TAK	
18	Funkcja KVO	TAK	
19	Historia infuzji	TAK	
20	System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta (wizualny i dźwiękowy)	TAK	
21	Wszystkie komunikaty w języku polskim	TAK	
22	Uchwyt obrotowy umożliwiający mocowanie	TAK	
23	Zasilanie sieciowe 230 V / 50 Hz +/- 10% (zasilacz wewnętrzny)	TAK	
24	Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe min 10h przy przepływie 5 ml/h -podać	TAK	
25	Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Zadanie 18 poz.2 - Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Minimalne wymagane parametry techniczne	TAK	
2	Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa z klawiaturą numeryczną (fabrycznie nowa)	TAK	
3	Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach min: 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml	TAK	
4	Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych (min 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek	TAK	
5	Automatyczne rozpoznawanie strzykawek	TAK	
6	Zakres prędkośąci infuzji min 0,1-999 ml/h	TAK	
7	Programowana szybkość podaży w jednostkach masy -podać	TAK	
8	Dokładność szybkości dozowania +/-2%	TAK	
9	Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu	TAK	
10	Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej - podać	TAK	
11	Programowane ciśnienie okluzji min. 9 stopni -podać	TAK	
12	Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji	TAK	
13	Możliwość zablokowania przycisków klawiatury	TAK	
14	Możliwość programowania nazwy oddziału	TAK	

15	Wewnętrzna lista leków z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika - podać	TAK	
16	Możliwość pracy w min 4 opcjach: prędkość, prędkość i objętość, prędkość i czas, objętość i czas	TAK	
17	Funkcja Stand-By	TAK	
18	Funkcja KVO	TAK	
19	Historia infuzji	TAK	
20	System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta (wizualny i dźwiękowy)	TAK	
21	Wszystkie komunikaty w języku polskim	TAK	
22	Uchwyt obrotowy umożliwiający mocowanie	TAK	
23	Zasilanie sieciowe 230 V / 50 Hz +/- 10% (zasilacz wewnętrzny)	TAK	
24	Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe min 10h przy przepływie 5 ml/h -podać	TAK	
25	Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)