

O F E R T A

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)

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 nettozł
(słownie:)

cena bruttozł
(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:

.....

L p	Parametr wymagany	TAK/NIE*	Oferowane parametry (opisać)
I. Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej		-----	-----
1.	Cykl pracy: 50% kompresja / 50% dekompresja		
2.	Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC Głębokość – od 5 do 6 cm Częstość – od 100 do 120 ucisków/min		
3.	Działanie w pełni elektryczne		
4.	Źródło zasilania: - akumulator wewnętrzny		
5.	Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta.		
6.	Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą (plecakiem) – poniżej 11 kg		
7.	Bezprzewodowa transmisja (bluetooth) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera.		
8.	Wyposażenie aparatu: <ul style="list-style-type: none">• 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			-----
1.	Instrukcja w języku polskim		
2.	Deklaracja zgodności.		
3.	Certyfikat CE		
4.	Gwarancja min 12 m-cy od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.		
5.	Czas reakcji serwisu od powiadomieniu do rozpoczęcia naprawy (max 48 h)		

6.	Czas skutecznej naprawy – max 7 dni od daty zgłoszenia.		
7.	Urządzenie lub element zastępczy na czas naprawy w przypadku naprawy trwającej powyżej 7 dni.		
8.	SERWIS pogwarancyjny i dostępność części zamiennych przez okres min. 8 lat od daty sprzedaży.		
9.	Dostawa, instalacja, uruchomienie i szkolenie z obsługi w cenie oferty.		

.....
miejsowość

(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

.....
miejsowość

(imię i nazwisko)
podpis uprawnionego przedstawiciela oferenta