

.....
Nazwa Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Tabela A

Płyiny i materiały eksploatacyjne

| Lp. | Rodzaj | J.m. | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa Nr katalogowy Producent |
|-----|--|-------|-------|------------------|---------------|------------|----------------|--|
| 1 | Worki na filtrat 10 l z zaworem spustowym | szt. | 50 | | | | | |
| 2 | Igła plastikowa typu Spike o długości 72mm, opak. 100szt. | opak. | 2 | | | | | |
| 3 | Dwukanałowy silikonowy cewnik dializacyjny o średnicy 11,5 Fr z zabezpieczeniem przed infuzją powietrza w kanale żylnym o dł. 15cm, 20cm, 24cm | szt. | 20 | | | | | |
| 4 | Wodorowęglanowy dializat w dwukomorowych workach 5 l o składzie elektrolitowym: - potas 2 lub 4 mmol/l - sód 133 mmol/l - wapń 0 mmol/l - wodorowęglan 20 mmol/l - magnez 0,75/1 mmol/l (w zależności od potrzeb) - fosforany 0 /1,25 mmol/l (w zależności od potrzeb) | worek | 1 500 | | | | | |
| 5 | Dwukanałowy silikonowy cewnik dializacyjny o średnicy 13,5 Fr z zabezpieczeniem przed infuzją powietrza w kanale żylnym o dł. 28cm, 35cm | szt. | 15 | | | | | |
| 6 | Zestaw do ciągłej hemodializy/hemodiafiltracji z regionalną antykoagulacją cytrynianową składający się z jałowych, pakowanych osobno elementów: - zmodyfikowanej kasety integrującej 5 drenów: tętniczego, żylnego, filtratu, cytrynianu (z końcówką Safe Lock), roztworu wapnia (z igłą "spike" z napowietrzaniem) - hemofiltera z polisulfonową błoną półprzepuszczalną o pow. dyfuzyjnej 1,8m ² - drenu dializatu | zest. | 50 | | | | | |
| 7 | 4% cytrynian sodu w workach po 1500ml | worek | 500 | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|--|-------|-----|--|--|--|--|
| 8 | <p>Wodorowęglanowy płyn do hemofiltracji buforowany glukozą w stężeniu fizjologicznym 5,55mmol/l o różnych stężeniach potasu. Opakowanie - 5 l worek dwukomorowy z wielowarstwowej folii bez PVC, połączenie zawartości komór musi być wykonalne przez ucisk na jedną z nich. Worek powinien posiadać dwa porty do pobierania płynu (wylotowe):</p> <ul style="list-style-type: none"> - typu Luer Lock - typu Safe Lock <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> - port z membraną do nakłucia igłą w celu modyfikacji składu <p>Skład elektrolitowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sód 140 mmol/l - potas 0/2/3/4 mmol/l (w zależności od potrzeb) - wapń 1,5 mmol/l - magnez 0,5 mmol/l - dwuwęglany 35 mmol/l - chlorki 109/111/112/113 mmol/l (w zależności od potrzeb) | worek | 300 | | | | |
| 9 | Środek farmakologiczny do zabezpieczenia wklucia głębokiego typu Dura-Lock c (46,7% cytrynian) | szt. | 40 | | | | |
| 10 | Rozdzielacz 2 x 4: łącznik umożliwiający jednoczesowe podłączenie 4 worków z płynem dializacyjnym | szt. | 20 | | | | |
| Razem | | | | | | | |

Oświadczam, że oferowane przez mnie wyroby spełniają wszystkie wymagania wyżej opisane.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby)

Tabela B**Zestawienie parametrów technicznych aparatu**

PRODUCENT

MODEL

| Lp. | Wymagane parametry | Wymagania graniczne | Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać |
|-----|---|----------------------------|--|
| 1 | Rok produkcji aparatu | nie wcześniej niż 2015 rok | |
| 2 | Aparat sprawny technicznie | TAK | |
| 3 | Możliwość wykonywania zabiegu ciągłej żylny - żylny hemofiltracji (CVVH) | TAK | |
| 4 | Możliwość wykonywania zabiegu wysokoobjętościowej ciągłej żylny-żylny hemofiltracji (HV-CVVH). Substytucja podawana jednocześnie przed i po hemofiltrze. | TAK | |
| 5 | Możliwość wykonywania zabiegu żylny-żylny hemodializy (CVVHD) | TAK | |
| 6 | Możliwość wykonywania zabiegu żylny-żylny hemodializy (CVVHDF) | TAK | |
| 7 | Możliwość wykonania zabiegu powolnej, ciągłej ultrafiltracji (SCUF) | TAK | |
| 8 | Możliwość wykonywania zabiegu plasmaferezy (PF) | TAK | |
| 9 | Możliwość wykonywania zabiegu hemoperfuzji (HP) | TAK | |
| 10 | Grafiyczny, kolorowy podgląd istotnych stanów pracy urządzenia | TAK | |
| 11 | Bateria zapewniająca w przypadku braku zasilania sieciowego pracę aparatu przez co najmniej 15 min. lub akumulatorowa lub UPS | TAK | |
| 12 | Regulowana ultrafiltracja 0-100ml/min | TAK | |
| 13 | Przepływ płynu substytucyjnego od 10-160ml.min | TAK | |
| 14 | Przepływ dializatu od 10-70ml/min | TAK | |
| 15 | Dwa indywidualne systemy do podgrzewania płynu substytucyjnego i dializatu z możliwością wyłączenia w trakcie zabiegu | TAK | |
| 16 | Możliwość regulacji temperatury w zakresie 35-39°C | TAK | |
| 17 | Regulacja przepływu pompy krwi od 10-500ml/min. | TAK | |
| 18 | Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż oraz wielokrotną wymianę samego filtra w trakcie zabiegu bez konieczności wymiany całej kasety | TAK | |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 19 | System bilansujący: cztery niezależne wagi do płynów dializacyjnych, substytucyjnych, osocza, ultrafioletu itp. | TAK | |
| 20 | Dokładność ważenia - 1g | TAK | |
| 21 | Najwyższy stopień ochrony przeciwporażeniowej (CF) umożliwiający bezpieczną defibrylację pacjenta podczas zabiegu | TAK | |
| 22 | Cztery pompy umożliwiające podaż i oddawanie krwi, płynu dializacyjnego, substytucyjnego, ultrafiltratu lub osocza | TAK | |
| 23 | Możliwość jednoczesnego podłączenia 4 worków z płynem dializacyjnym | TAK | |
| 24 | Moduł cytrynian - wapń | TAK | |
| 25 | Ciągła hemodializa z regionalną antykoagulacją cytrynianową | TAK | |
| 26 | Detektor przecieku krwi | TAK | |
| 27 | Dwa niezależne detektory powietrza | TAK | |
| 28 | Dwie niezależne pułapki powietrza (za i przed hemofiltrem) | TAK | |
| 29 | Wyrób medyczny oznakowany znakiem CE | TAK | |
| 30 | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim | TAK | |
| 31 | Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą) | TAK | |
| 32 | Na czas trwania umowy Wykonawca zapewni autoryzowany serwis gwarancyjny wdzierżawionego aparatu uwzględniający m.in.: koszty napraw, wymiany podzespołów, konserwacji, okresowych przeglądów technicznych. | TAK | |
| 33 | Dostępność serwisu 24h/dobę 365 dni w roku. Wykonawca zobowiązuje się do podjęcia akcji serwisowej w czasie nie dłuższym niż 24h od chwili zgłoszenia awarii a także do usunięcia usterki w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze licząc od chwili zgłoszenia. | TAK | |
| 34 | W przypadku braku możliwości usunięcia usterki w ciągu 3 dni roboczych Wykonawca dostarczy na czas naprawy urządzenie zastępcze o parametrach nie gorszych niż posiadane. | TAK | |

Parametry określone jako „tak” oraz „podać zakresy i opis” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby)

Tabela C**Zestawienie kosztów dzierżawy**

| Nazwa urządzenia | Czynsz miesięczny netto | Czynsz dzierżawy za okres 24 m-cy netto | Stawka VAT | Wartość VAT | Czynsz dzierżawy za okres 24 m-cy brutto |
|-------------------------|--------------------------------|--|-------------------|--------------------|---|
| | | | | | |

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby)