**Załącznik nr 1** - **dla Zadania 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa .................................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................

#### REGON........................................................................................................................................

NIP ..............................................................................................................................................

Telefon ........................................................................................................................................

e-mail ……………………………………………………………………………………………

adres skrzynki ePUAP …………………………………………………………………………

**Dane dla Urzędu Zamówień Publicznych:**

Rodzaj wykonawcy (zaznaczyć jedno z poniższych):

🞎 mikroprzedsiębiorstwo,

🞎 małe przedsiębiorstwo,

🞎 średnie przedsiębiorstwo,

🞎 jednoosobowa działalność gospodarcza,

🞎 osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

🞎 inny rodzaj.

***Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych,
od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego
w niniejszym postępowaniu.\*

…………………………………..

 podpis Wykonawcy

1)rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

\* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Niniejszym składam ofertę w ogłoszonym przez Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2** **postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr CLO/ZP/28/2021 – Zadanie nr 1 - Komora hiperbaryczna „monoplace” - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| pkt | PARAMETR / WARUNEK |
| **I.** | **Parametry ogólne** |
| 1. | Jednoosobowa cylindryczna komora hiperbaryczna umożliwiająca prowadzenie terapii hiperbarycznej pacjenta w pozycji leżącej. |
| 2. | Płaszcz komory podzielony na dwie części tak aby zapewnić swobodny kontakt wzrokowy pacjenta z personelem oraz zminimalizować zjawisko klaustrofobii u pacjenta tj: część przednia na głowę i tułów wykonana z przeźroczystego akrylu, część tylna na nogi wykonana ze stali lub aluminium. |
| 3. | Komora zasilana i sprężana powietrzem.Zasilana w tlen podawany pacjentowi w trakcie zabiegu poprzez maskę tlenową (możliwość podawania tlenu poprzez namiot tlenowy lub respirator). Maska pacjenta podłączana do systemu oddechowego za pomocą węży karbowanych jednorazowego użytkuo średnicy 22mm*Zamawiający w pomieszczeniu komory posiada pulpit do zasilenia komory w gazy o parametrach:* *Powietrze 5,0 bar, średnica przyłącza 22 mm;**Tlen 5,0 bar, średnica przyłącza 22 mm;**Wyrzut gazów na zewnątrz budynku, średnica przyłącza 45 mm;* *Zamawiający informuje, iż Wykonawca może wykorzystać obecną instalację do podłączenia komory lub**zabudować własny panel.* *Usytuowanie pulpitu sterującego komory i strony otwierania drzwi jak na zdjęciu: nr1 i nr 2**Wyrzut gazów zdjęcie nr 3.**Podłączenie panel na ścianie zdjęcie nr 4.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \\192.168.1.68\Pisma_DTT\HAUX 2020\ETC Bara-Med\IMG_20201216_135404.jpg | Panel | \\192.168.1.68\Pisma_DTT\HAUX 2020\ETC Bara-Med\IMG_20201216_135421v2.jpg | Panel podłączenie |
| Zdjęcie nr 1 | Zdjęcie nr 2 | Zdjęcie nr 3 | Zdjęcie nr 4 |

  |
| 4. | Kąt otwarcia drzwi ponad 1800 dla zapewnienia pełnej średnicy komory. |
| 5. | Wymagane nadciśnienie – min. 2,0 bara (3,0 ATA). |
| 6. | Pneumatyczny system sterowania komorą. |
| 7. | System oddechowy z odprowadzeniem gazów wydechowych na zewnątrz komory. |
| 8. | Wymiary komory:- całkowita długość z zamkniętymi drzwiami – nie większa niż 2 750mm;- całkowita szerokość – nie większa niż 1 250 mm;- całkowita wysokość – nie większa niż 1 750 mm;- wewnętrzna długość komory – nie mniejsza niż 2 300 mm;- wewnętrzna średnica komory – nie mniejsza niż 910 mm;- ciężar komory – nie więcej niż 1100 kg. |
| 9. | Komora wyposażona w pulpit sterujący zlokalizowany na konstrukcji podstawy. |
| 10. | Możliwość przełączania medium podawanego pacjentowi na maskę (powietrze – tlen) z pulpitu sterującego. |
| 11. | Możliwość przeprowadzenia ręcznej dekompresji komory z 2,0 bara (3,0 ATA) w czasie nie dłuższym niż 60 sekund. |
| 12. | Możliwość wysterowania przerwy powietrznej poprzez panel sterowania. |
| 13. | Możliwość regulacji poziomu wietrzenia komory w dowolnej chwili trwania zabiegu. |
| **II** | **System sterowania** |
| 1. | Możliwość sterowania komorą ręcznie lub automatycznie za pomocą systemu komputerowego a w przypadku awarii zasilania lub komputera możliwość dokończenia sesji poprzez sterowanie ręczne. |
| 2. | System komputerowy w języku polskim do prowadzenia zabiegu wbudowany w komorę wyposażony w ekran dotykowy kolorowy umożliwiający minimum: - preselekcję następujących wartości: szybkość wzrostu ciśnienia, wartość ciśnienia dla okresów izobarycznych  szybkość dekompresji;- automatyczne prowadzenie zabiegu wg. zaprogramowanego profilu;- wyświetlanie parametrów zabiegu;- możliwość zaprogramowania własnego profilu przebiegu zabiegu;- możliwość tworzenia kont użytkowników wraz z ograniczeniami praw dostępu i ochroną hasłem;- możliwość przełączania ze sterowania automatycznego na manualne w dowolnym momencie zabiegu.  |
| 3. | Zewnętrzny system komputerowy umożliwiający sterowanie komorą oraz monitorowanie i przechowywanie danych o przeprowadzonych zabiegach minimum (ciśnienie w komorze, przerwy powietrzne, temperatura w komorze, czas zabiegu) – umożliwiający podgląd i nagrywanie przebiegu terapii, generowanie raportów, eksport danych oraz wydruki.  |
| 4. | Pulpit składający się z min :- włącznik główny zasilnia systemu;- analogowy manometr wskazań ciśnienia o klasie dokładności 0,25, średnicy min: 150mm wyskalowany w barach;- zestaw zaworów wlotu i wylotu powietrza do i z komory dla ręcznego sterowania;- zawór,(włącznik) awaryjnej dekompresji;- manometry dla gazów zasilających: powietrze i tlen;- zawory gazu dla systemu oddechowego;- wbudowany panel z systemem łączności pacjent – operator oraz głośnik, zasilanie awaryjne systemu komunikacji  podtrzymujące łączność w przypadku braku zasilania sieciowego, możliwość regulacji głośności wewnątrz i na  zewnątrz komory, możliwość podłączenie zewnętrznego źródła dźwięku, możliwość komunikacji z pacjentem za  pomocą słuchawek z mikrofonem;- płynny regulator prędkości wentylacji;- regulator prędkości zmiany ciśnienia (bar/min);- zegar wielofunkcyjny z czasem dziennym, timerem zliczającym w górę i w dół i alarmowaniem;- wskazanie koncentracji tlenu w komorze, regulowany alarm przekroczenia (akustyczny i dźwiękowy) do 23%  objętości;- przycisk „czuwakowy” dla operatora z ustawionym na „sztywno”czasem wzbudzenia;  |
| **III.** | **Wyposażenie** |
| 1. | Komora wyposażona w wózek o regulowanej wysokości wyposażony w dedykowany system transportu pacjenta nosze z materacem i podgłówkiem z jezdnym wózkiem umożliwiającym przetransportowanie pacjenta do wnętrza komory. Wózek na podstawie jezdnej, regulowany hydraulicznie z hamulcami.  |
| 2. | System monitorowania pacjenta umożliwiający monitorowanie EKG wraz z elektrodami znajdujący się wewnątrz komory – dopuszczony do pracy w warunkach HBO, transmisja mierzonych parametrów na zewnątrz do stacji analizującej wyniki wraz z oprogramowaniem umożliwiającym tworzenie bazy danych pacjentów i ich wyników oraz możliwość ich wydruku na drukarce A4.System musi umożliwiać rozbudowę o pomiary min: TcpO2, NIBP, SpO2, temperaturę ciała. |

**Oferuję urządzenie – jednoosobowa komora hiperbaryczna - rok produkcji2021**

*(typ/model)………………………………………………………………….*

*(producent)………………………………………………………………….*

*(kraj pochodzenia) ………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | Zadanie nr 1 | **j.m.** | **ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Komora hiperbaryczna „monoplace” | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

**Deklarujemy ………………. miesięczny okres gwarancji i rękojmi**

**Wartość brutto ........................ słownie ..................................................................................................................................zł**

w tym:

wartość netto - .........................................zł

podatek VAT - .........................................zł

………………………

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 1 -** **dla Zadania 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa .................................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................

#### REGON........................................................................................................................................

NIP ..............................................................................................................................................

Telefon ........................................................................................................................................

e-mail ……………………………………………………………………………………………

adres skrzynki ePUAP …………………………………………………………………………

**Dane dla Urzędu Zamówień Publicznych:**

Rodzaj wykonawcy (zaznaczyć jedno z poniższych):

🞎 mikroprzedsiębiorstwo,

🞎 małe przedsiębiorstwo,

🞎 średnie przedsiębiorstwo,

🞎 jednoosobowa działalność gospodarcza,

🞎 osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

🞎 inny rodzaj.

***Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych,
od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego
w niniejszym postępowaniu.\*

…………………………………..

 podpis Wykonawcy

1)rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

\* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Niniejszym składam ofertę w ogłoszonym przez Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2 postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr CLO/ZP/28/2021 – Zadanie nr 2 - Laser niskoenergetyczny - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| pkt | PARAMETR / WARUNEK |
| **I.** | **Parametry ogólne** |
| 1. | Laser niskoenergetyczny diodowy wyposażony w dwie sondy zabiegowe:* sonda zabiegowa - punktowa (da=11mm, Sa=1cm2), długości fali 820nm o regulowanej mocy promieniowania od 50mW do 500mW w skoku co 50mW;
* Sonda zabiegowa - powierzchniowa (da=35mm, Sa=10cm2), dwie długości fali promieniowania laserowego: 780nm i 660nm.
 |
| 2. | Aparat spełniający rodzaj pracy ciągłej i modulowanej.  |
| 3. | Możliwość zaprogramowania najczęściej wykorzystywanych funkcji.  |
| 4. | Możliwość zaprogramowania własnych procedur zabiegowych.  |
| 5. | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny LCD kolorowy.  |
| 6. | Wyświetlane parametry minimum: moc promieniowania, dawka energii, czas trwania zabiegu. |
| 7. | Aplikator skanerowy kompatybilny z laserem umożliwiający oświetlanie powierzchni (koło, elipasa, kwadrat, prostokąt). |
| **II.** | **Wyposażenie** |
| 1. | Statyw do lasera i aplikatora skanerowego: * możliwość obracania zestawu w płaszczyźnie pionowej i poziomej;
* regulowana wysokość statywu**.**
 |
| 2. | Okulary ochronne przed promieniowaniem laserowym o 3 długościach fali - 4 szt. |

**Oferuję urządzenie - laser niskoenergetyczny - rok produkcji2020*/*2021**

*(typ/model)………………………………………………………………….*

*(produkcji)………………………………………………………………….*

*(kraj pochodzenia) ………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | Zadanie nr 2 | **j.m.** | **ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Laser niskoenergetyczny | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

**Deklarujemy ………………. miesięczny okres gwarancji i rękojmi**

**Wartość brutto ........................ słownie ..................................................................................................................................zł**

w tym:

wartość netto - .........................................zł

podatek VAT - .........................................zł

 ………………………

 podpis wykonawcy