Kraków, dnia 24.09.2024 r.

Zapytanie o cenę NR DIAM.271.85.2024.AK. NA ZAKUP MIERNIKA SIŁ ODDECHOWYCH WRAZ Z FILTRAMI ANTYBAKTERYJNYMI ORAZ FILTRAMI DO NOSA**.**

Dział Aparatury Medycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie zwraca się z uprzejmą prośbą o przesłanie ceny na zakup miernika sił oddechowych wraz z filtrami antybakteryjnymi oraz czujnikami do nosa o charakterystyce jak niżej lub równoważny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany**  |
|  | Miernik siły oddehowej wraz z filtrami antybakteryjnymi oraz czujnikami do nosa  |  |
|  | ****W zestawie:***** 2x filtr wydechowy
* 2x filtr wdechowy
* 3x czujniki do nosa (mały, średni , duży)
* oprogramowanie
 |  |
|  | **MIERZONE PARAMETRY (cmH2O):*** MIP – maksymalne ciśnienie wdechowe
* MEP – maksymalne ciśnienie wydechowe
* SNIP – maksymalne ciśnienie wdechowe przez nos
* Pmax – ciśnienie szczytowe
* MRPD – zakres rozwoju ciśnienia development)
* MRR – zakres spadku ciśnienia
 |  |
|  | ****FUNKCJE OPROGRAMOWANIA:***** Przesyłanie pomiarów z pamięci urządzenia
* Wyświetlanie wszystkich pomiarów (automatyczny wybór najlepszego pomiaru)
* Wprowadzanie danych pacjentów i tworzenie raportów PDF
 |  |
|  | ****PARAMETRY TECHNICZNE***** Ciśnienie mierzone: ±300 cmH2O
* Ciśnienie impulsowe: ±2000 cmH2O
* Dokładność: ±3%
* Czułość: 1 cmH2O
* Warunki pracy: 0-40°C, 30-90%RH
* Warunki przechowywania: od -20 do +70°C, 10-90%RH
* Wyświetlacz graficzny LCD: 128 x 64 pikseli
* Zasilanie: bateria 9V
* Waga: 160g
* Wymiary: 135 x 65 x 30 mm
* Systemy operacyjne: Windows 7 (32 i 64 bit); Windows 8.1 (64 bit); Windows 10 (64 bit)
 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | Miernik siły oddehowej wraz z filtrami antybakteryjnymi oraz czujnikami do nosa | **1** |  |  |  |
| Wartość netto oferty: |
| Wartość VAT: |
| Wartość brutto oferty: |
| Gwarancja: 24 miesiące  |
| Przeglądy w okresie gwarancji( jeśli dotyczy): |
| Termin realizacji: |
| Termin Płatności : min60 dni.  |
|  |  |  |  |  |

Ofertę proszę przesłać do dnia 27.09.2024 r. do godziny 12:00 na adres: akiszka@su.krakow.pll

 ………………………..

Podpis osoby uprawnionej