**Kraków, 2 lipca 2025 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu do ciągłych terapii nerkozastępczych i plazmaferezy.**

**Zamawiający:** SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
 ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków
 NIP: 675-11-99-442

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany**  |
|  | **Aparat do ciągłych terapii nerkozastępczych i plazmaferezy, typ, producent, rok produkcji** | Podać model, typ, producent, rok produkcji |
|  | Aparat w pełni mobilny, wykorzystuje płyny pobierane z fabrycznych worków. |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej hemofiltracji (CVVH) |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegu wysokoobjętościowej ciągłej żylno – żylnej hemofiltracji (HV – CVVH). Substytucja podawana jednocześnie przed i po hemofiltrze |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej hemodializy (CVVHD) |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej hemodiafiltracji (CVVHDF) |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegu plazmaferezy (PF)  |  |
|  | Graficzny, kolorowy podgląd istotnych stanów pracy urządzenia |  |
|  | Bateria, która w przypadku braku zasilania sieciowego, zapewni pracę aparatu[min] - podać czas podtrzymania min. 15 minut |  |
|  | Ultrafiltracja netto 0-990 ml/godz. |  |
|  | Przepływ płynu substytucyjnego (10-160 ml/min) |  |
|  | Przepływ dializatu (10-80 ml/min) |  |
|  | Dwa indywidualne systemy do podgrzewania płynu substytucyjnego i dializatu z możliwością wyłączenia w trakcie zabiegu |  |
|  | Regulacja przepływu pompy krwi (10-500 ml/min) |  |
|  | Kasetowy system drenów  |  |
|  | Możliwość wielokrotnej wymiany samego filtra w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety |  |
|  | System bilansujący: cztery niezależne wagi do płynów dializacyjnych, substytucyjnych, osocza, ultrafiltratu, itp. |  |
|  | Dokładność ważenia – min. 1 [g] |  |
|  | Liczba i przeznaczenie pomp w zależności od trybu pracy (min. substytutu, dializatu, krwi, filtratu) |  |
|  | Możliwość antykoagulacji cytrynianowej co najmniej w zabiegach CVVHD lub CVVHDF |  |
|  | Możliwość poboru płynu dializacyjnego z 4 worków po 5 [l] jednocześnie |  |
|  | Detektor powietrza |  |
|  | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim |  |
|  | Możliwość czasowego odłączenia pacjenta i opcja recyrkulacji na czas przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, diagnostyki, badań RTG,TK itp. Dedykowana funkcja „PRZERWA W ZABIEGU” z możliwością recyrkulacji bez lub ze zwrotem krwi |  |
|  | Możliwość prowadzenia terapii typu jednoprzejściowej dializy albuminowej (SPAD) w trybie CVVHD lub CVVHDF |  |
|  | Obrotowy ekran dotykowy Przekątna ekranu min. 14 cali |  |
|  | Możliwość wykonywania terapii z membraną o wysokiej wartości odcięcia |  |
|  | Możliwość uzyskania wstecznego przepływu krwi w celu udrożnienia dostępu naczyniowego bez konieczności rozłączania układu krążenia pozaustrojowego i płukania cewnika |  |
|  | Możliwość przejścia w czasie zabiegu w „tryb pielęgnacji” z wyłączonym bilansowaniem i zmniejszonym przepływem krwi  |  |
|  | Dwa uchwyty z przodu i z tyłu aparatu ułatwiające przesuwanie/obracanie urządzenia |  |
|  | Wraz z aparatem zostanie dostarczone min. 5 szt. zestawów do przeprowadzania dializ wątrobowych do celów szkoleniowych |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Aparat do ciągłych terapii nerkozastępczych i plazmaferezy** | **1** |  |  |  |
| Wartość netto oferty: |
| Wartość VAT: |
| Wartość brutto oferty: |
| Gwarancja (min. 24 miesiące): |
| Przeglądy w okresie gwarancji ( jeśli dotyczy w przypadku jeżeli przeglądy nie są wymagane wpis w paszporcie): |
| Szkolenia personelu (lekarze i pielęgniarki) min. 40 osób: |
| Termin realizacji: |
| Termin Płatności min. 60 dni od dostarczenia faktury : |
|  |  |  |  |  |

Oferta powinna zawierać: Ofertę brutto i netto z warunkami płatności, (płatność min. 60 dni przelewem po dostarczeniu faktury) okresem gwarancji (min. 24 miesięcy) i czasem dostawy należy kierować na adres Działu Aparatury mailem pzurowski@su.krakow.pl)

**Termin realizacji**:

**Gwarancja:**

**Ważność oferty:**

**Preferowany termin płatności:** 60 dni, po dostarczeniu faktury

**Termin składania oferty:** do 7.07.25 godz. 14

**Ofertę należy przesłać w wyznaczonym terminie na adres mail** **pzurowski@su.krakow.pl****. Osoba do kontaktu: Paweł Żurowski tel. 012/424-78-93**