**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU NA ZAKUP I DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO, NIEZBĘDNEGO DO PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19,**

**NA POTRZEBY LUBUSKICH PODMIOTÓW LECZNICZYCH**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE – Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego**

UL. PODGÓRNA 7, 65-057 ZIELONA GÓRA

NIP 973-05-90-332, REGON 977895931

TEL. 68 45 65 591

**Dane kontaktowe:**

tel. 68 45 65 591, 68 45 65 503

e-mail: [sekretariat.dz@lubuskie.pl](mailto:sekretariat.dz@lubuskie.pl)

**Przedmiotem niniejszego ogłoszenia** jest zebranie ofert w procedurze o realizację zamówienia na zakup i dostarczenie sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do przeciwdziałania pandemii koronawirusa COVID-19 na potrzeby lubuskich podmiotów leczniczych według zestawienia 1 – 3 oraz wymogów zawartych w załączniku do niniejszego ogłoszenia.

Wykonawca winien złożyć ofertę cenową na zaoferowany asortyment wraz z określeniem terminu dostawy sprzętu do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.

Wykonawca nie musi składać oferty na całość przedmiotu zamówienia wynikającego z zestawień; dopuszcza się składanie ofert na wybrany sprzęt wg specyfikacji wynikające z załącznika oraz w ilościach jakimi dysponuje.

**Termin i sposób składania ofert:**

1. Ofertę należy złożyć wg wzoru formularza ofertowego (zał.);

2. Oferta musi być sporządzona w języku polskim;

3. Oferta musi być czytelna;

4. Ofertę należy złożyć w terminie do 21 kwietnia 2020 r., na adres: sekretariat.dz@lubuskie.pl

|  |
| --- |
|  |

ZAŁĄCZNIK do Ogłoszenia

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE –**  **Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego**  UL. PODGÓRNA 7, 65-057 ZIELONA GÓRA  NIP 973-05-90-332  REGON 977895931  Nazwa jednostki zamawiającej |  | Oferent |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **ilość** | **Cena/szt.** | **Wartość  w złotych brutto** | **Data realizacji – dostawy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM WARTOŚĆ** |  |  |  |  |

.................................................... .........................................................

Wykonawca (dostawca) Zamawiający

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zestawienie 1** | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba** |
| 1. | Aparat KTG | 5 |
| 2. | Aparat USG | 2 |
| 3. | Detektor tętna płodu | 10 |
| 4. | Łóżko do intensywnej terapii | 2 |
| 5. | Aparat do znieczulenia | 1 |
| 6. | Respirator | 2 |
| 7. | Miejsce obsługi noworodka typu PANDA z pulsoksymetrem, kardiomonitorem | 2 |
| 8. | Wideolaryndoskopy noworodkowe | 2 |
| 9. | Worek samorozprężający się typu Penlon | 2 |
| 10. | Narzędzia chirurgiczne | 1 |
| 11. | Ssaki | 7 |
| 12. | Inkubatory | 1 |
| 13. | Respirator NOW | 1 |
| 14. | Łóżeczka noworodkowe | 7 |
| 15. | RTG przyłóżkowe | 1 |
| 16. | Ciśnieniomierz | 10 |
| 17. | Termometry | 10 |
| 18. | Pompy infuzyjne | 21 |
| 19. | Laparoskop | 1 |
| 20. | Histeroskop diagnostyczno-operacyjny | 1 |
| 21. | Wideolaryndoskopy noworodkowy | 1 |
| 22. | Wideobronchofiberoskop | 1 |
| 23. | Aparat do wysokoprzepływowej wentylacji | 1 |
| 24. | Maski do wentylacji nieinwazyjnej | 5 |
| 25. | Wideokolposkop | 1 |
| 26. | Kardiomonitor | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zestawienie 2** | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba** |
| 1. | Kardiomonitor z możliwością pomiaru metodą krwawą | 1 |
| 2. | Kardiomonitory | 3 |
| 3. | Aparat do rejestracji EKG metodą Holtera /ciśnieniowy | 2 |
| 4. | Aparat do dwucukrów | 1 |
| 5. | Elektrody | 100 |
| 6. | Bronchoskopy jednorazowe | 100 |
| 7. | Aparat nerkozastępczy | 1 |
| 8. | Przepływowe pompy infuzyjne | 15 |
| 9. | Respirator transportowy | 1 |
| 10. | Videolaryngoskop | 1 |
| 11. | Rurka intubacyjna ze światłowodem | 100 |
| 12. | Zestaw do wkłuć centralnych | 200 |
| 13. | Zestaw jednorazowy do odsysania w układzie zamkniętym | 200 |
| 14. | Respirator Benett | 2 |
| 15. | Koncentrator tlenu | 4 |
| 16. | Odciąg dymów | 3 |
| 17. | Diatermia | 2 |
| 18. | Aparat EKG | 2 |
| 19. | Aparat do znieczuleń | 1 |
| 20. | Defibrylator | 2 |
| 21. | Autoklawy | 2 |
| 22. | Myjkodezynfektor | 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zestawienie 3** | | |
|  | **Wyszczególnienie** | **Liczba** |
| 1. | Respiratory | 20 |
| 2. | ECMO | 1 |
| 3. | Pompy infuzyjne strzykawkowe | 60 |
| 4. | Aparat do znieczuleń | 1 |