**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

**Przedmiotem niniejszego ogłoszenia** jest zebranie ofert w procedurze o realizację zamówienia na zakup i dostarczenie sprzętu, aparatury medycznej, niezbędnych do przeciwdziałania pandemii koronawirusa COVID-19 na potrzeby lubuskich podmiotów leczniczych według zestawienia 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 wynikającej 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 13 maja 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 973-05-90-332REGON 977895931Nazwa jednostki zamawiającej |  | Oferent |

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

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

Wykonawca (dostawca) Zamawiający

|  |
| --- |
| **Zestawienie** |
|   | **Wyszczególnienie produktu**  | **Liczba**  |
| 1.  | **Respiratory**Np. typu Respirastrocics BiPAP A40 lub równoważny | **20** |
| 2.  | **ECMO**Parametry – konsola pompy centryfugalnej z możliwością transportu pozaszpitalnego, zasilanie 230 V oraz 11-28 V DC z kablem przystosowanym do zasilania w karetce, zakres przepływu od 0 do 10l, możliwość pomiaru 4 ciśnień, 4 temperatur, monitoring poziomu hemoglobiny i hematokrytu oraz saturacji krwi żylnej; np. urządzenie typu Cardiohelp lub równoważny | **1** |
| 3.  | **Pompy infuzyjne strzykawkowe** Parametry – Automatyczny system instalacji strzykawki, bardzo krótki czas do rozpoczęcia infuzji, szeroki wybór typów i jednostek infuzji; np. pompa typu np. Medima S300 lub równoważny  | **60** |
| 4.  | **Aparat do znieczuleń**Parametry – Tryby: VCV, PCV, PCV-VG, SIMV, PSV, Manual, wyświetlanie pętli oddechowych, układ okrężny pacjenta wielorazowego użytku, ssak inżektorowy, niezależny przepływomierzem O2, aktywny odciąg gazów, centralny hamulec, wyświetlacz procentowego przepływu świeżego gazu O2. Monitor funkcji życiowych: EKG/ST/Arytmia/Resp/NIPC/SpO2/IBP/2xTemp; aparat typu np. Wato Ex-65 lub równoważny | **1** |