***Приложение № 1***

***Образец № 1***

**списък на документите и информацията, съдържащи се в офертата**

**по СОП № ...... «...................................................................................................................................................»** *(посочват се номерът и наименованието на самостоятелно обособената позиция)*

**на ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Приложение №** | **Съдържание** | **Вид на документа (копие или оригинал)** |
| **Съдържание на Плик № 1 – „Документи за подбор”** |
|  | Списък на документите, съдържащи се в офертата – *по образец № 1*  |  |
|  | Представяне на участника – *по* *образец № 2* с приложени:- декларации по чл. 47, ал. 9 от ЗОП – *по образец № 3*;- документ по чл. 77, ал. 1 от ЗМИ / декларация, че участникът отговаря на условията на чл.77, ал.2 от ЗМИ;- лицензия за работа с източници на йонизиращи лъчения с цел техническо обслужване, монтаж, демонтаж, измервания и други по смисъла на чл. 15, ал. 3, т. 4 от Закона за безопасно използване на ядрената енергия *(прилага се при участие по СОП № 1 и/или СОП № 2)* |  |
|  | Пълномощно на лицето, което е упълномощено да представлява участника в настоящата процедура  |   |
|  | Договор за обединение (при участници обединения) |  |
|  | Декларация за приемане на условията на договора – *по образец № 4* |  |
|  | Декларация по чл. 3, т. 8 във връзка с чл. 4 от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици – *по образец № 5*  |  |
|  | Декларация за съгласие за участие като подизпълнител - *по образец № 6* |  |
|  | Декларация за липса на свързаност с друг участник в съответствие с чл. 55, ал. 7 от ЗОП, както и за липса на обстоятелство по чл. 8, ал. 8, т. 2 от ЗОП – *по образец № 7* |  |
|  | Документ за гаранция за участие |  |
| Доказателства за техническите възможности и квалификация на участника |
|  | Декларация за съответствие на предлаганата апаратура*,* в качеството й на медицинското изделие по чл. 14, ал. 2 от ЗМИ, съставена от производителя или от негов упълномощен представител |  |
|  | ЕС сертификат за оценка на съответствието на предлаганата апаратура, издаден от нотифициран орган |  |
|  | Сертификат по стандарт ISO 13485:20хх или еквивалент, издаден на името на производителя на предлаганата апаратура |  |
|  | Сертификат по стандарт ISO 9001:20хх с обхват доставка и сервизно обслужване на медицинска апаратура или еквивалент, издаден на името на участника |  |
|  | Оторизационно писмо, издадено от производителя на предлаганата апаратура или от упълномощен негов представител за право на представителство и търговия на територията на Република България, на името на участника, както и за сервизно обслужване и поддръжка на апаратурата *или*Оторизационно писмо, издадено от производителя на предлаганата апаратура или от упълномощен негов представител за право на представителство и търговия на територията на Република България, на името на участника, с приложен договор или друг документ, удостоверяващ търговските взаимоотношения със сервиз, оторизиран от производителя или от упълномощен негов представител |  |
|  | Официален документ, издаден от ИАЛ, от който е видно, че предлаганата апаратура, няма регистрирани данни в ИАЛ и/или EUDAMED за инциденти/потенциални инциденти през последните две години, както и за блокирани или изтеглени партиди през последните две години, съгласно предоставена от ИАЛ информация |  |
|  | Други документи *(ако е приложимо).* |  |
| **Съдържание на плик № 2 - „Предложение за изпълнение на поръчката”** |
|  | Техническо предложение - *по образец № 8* с приложени:- таблица за съответствие - *по образец № 8. ... (индекс, съответстващ на номера на самостоятелно обособената позиция)*- декларация от производителя, че ще осигури наличието на резервни части за поне 4 (четири) години след изтичане на гаранционния срок *(ако е приложимо)*- декларация за конфиденциалност - *по образец № 9 (ако е приложимо)* |  |
| **Съдържание на Плик № 3 - “Предлагана цена”** |
|  | Ценово предложение - *по образец № 10* |  |

**ПОДПИС:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Приложение № 2***

***Образец № 2***

##### **ДО**

**АДМИНИСТРАЦИЯ НА ПРЕЗИДЕНТА**

**ГР. СОФИЯ**

**БУЛ. „ДОНДУКОВ” № 2**

##### ***ПРЕДСТАВЯНЕ НА УЧАСТНИКА[[1]](#footnote-1)***

в открита процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет:

**„*Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**Административни сведения**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование на участника**: |   |
| **ЕИК/БУЛСТАТ/ЕГН** (*или друга идентифицираща информация в съответствие със законодателството на държавата, в която участникът е установен*)  |  |
| **Седалище**: |
| - пощенски код, населено място: |   |
| - ул./бул. №, блок №, вход, етаж: |   |
| **Адрес за кореспонденция**: |
| - пощенски код, населено място: |   |
| - ул./бул. №, блок №, вход, етаж: |   |
| **Телефон**: |   |
| **Факс**: |   |
| **E-mail адрес**: |   |
| *(в случай че участникът е обединение, информацията се попълва за всеки участник в обединението, като се добавят необходимият брой полета)* |
| **Лица, представляващи участника по учредителен акт**:*(ако лицата са повече от едно, се добавят необходимият брой полета)* |
| Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес |   |
|   |
|   |
|   |
| Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес |   |
|   |
|   |
|   |
| Трите имена, ЕГН, лична карта №, адрес |   |
|   |
|   |
|   |
| Участникът се представлява заедно или поотделно (***невярното се зачертава***) от следните лица: |  1. …………………… 2. …………………….. |
| **Данни за банковата сметка:** Обслужваща банка:……………………IBAN..........................................................BIC.............................................................Титуляр на сметката:............................................ |  |

**УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА,**

 1. Заявяваме, че желаем да участваме в откритата от Вас процедура по Закона за обществените поръчки (ЗОП) за възлагане на обществена поръчка с предмет: “ ***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***, като подаваме оферта при условията, обявени в документацията за участие и приети от нас.

2. Задължаваме се да спазваме всички условия на възложителя, посочени в документацията за участие, които се отнасят до изпълнението на поръчката, в случай че същата ни бъде възложена.

3. Декларираме, че приемаме условията за изпълнение на обществената поръчка, заложени в приложения към документацията за участие проект на договор.

4. При изпълнението на обществената поръчка няма да ползваме/ще ползваме ***(относимото се подчертава)*** следните подизпълнители:

1....................................................................................................................................

2....................................................................................................................................

 *(наименование на подизпълнителя, ЕИК/ЕГН, вид на дейностите, които ще изпълнява, дял от стойността на обществената поръчка (в %)*

6. Приемаме срокът на валидността на нашата оферта да **бъде 90 (деветдесет)** **календарни дни** считано от крайния срок за подаване на оферти.

Неразделна част от настоящия документ са:

а) декларации по чл. 47, ал. 9 от ЗОП за обстоятелствата по чл. 47, ал. 1, т. 1, б. «а» - «д», т. 2, т. 3, т. 4, ал. 2, т. 1, т. 2а, т. 5 и ал. 5, т. 1 и т. 2 от ЗОП, подписани от лицата, които представляват участника съгласно документите за регистрация.

б) документ по чл. 77, ал. 1 от ЗМИ / декларация, че участникът отговаря на условията на чл.77, ал.2 от ЗМИ;

в) лицензия за работа с източници на йонизиращи лъчения с цел техническо обслужване, монтаж, демонтаж, измервания и други по смисъла на чл. 15, ал. 3, т. 4 от Закона за безопасно използване на ядрената енергия *(прилага се при участие по СОП № 1 и/или СОП № 2);*

г) друго ................... *(по преценка на участника).*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Приложение № 3***

***Образец № 3***

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по чл. 47, ал. 9 от ЗОП за липса на обстоятелствата по чл. 47, ал. 1, т. 1, б.  „а“, „б“, „в“, „г“ и „д“, т. 2, т. 3 и т. 4, ал. 2, т. 1, т. 2а/предл. първо/, т. 4 и т.5 и ал. 5 от ЗОП**

Долуподписаният/те:

1. .......................................................................................................................................

*(име, презиме, фамилия)*

ЕГН:...................................., л.к., №…………………….., издадена от ......……………., на ................................, постоянен адрес:........................................................................................

в качеството на.............................................................................................................................

*(изписва се статута на лицето, което попълва декларацията – съгласно чл.47, ал.4, т.1 – 8 от ЗОП)*

на ..................................................................................................................................................

*(наименование на участника)*

2. .......................................................................................................................................

*(име, презиме, фамилия)*

ЕГН:...................................., л.к., №…………………….., издадена от ......……………., на ................................, постоянен адрес:........................................................................................

в качеството на.............................................................................................................................

*(изписва се статута на лицето, което попълва декларацията – съгласно чл.47, ал.4, т.1 – 8 от ЗОП)*

на ..................................................................................................................................................

*(наименование на участника)*

като участник в открита процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**ДЕКЛАРИРАМ/Е, ЧЕ:**

1. Не съм/ не сме осъден/и с влязла в сила присъда или реабилитиран съм/сме *(невярното се зачертава*) за:

а) престъпление против финансовата, данъчната или осигурителната система, включително изпиране на пари, по чл. 253-260 от Наказателния кодекс;

б) подкуп по чл. 301-307 от Наказателния кодекс;

в) участие в организирана престъпна група по чл. 321 и 321а от Наказателния кодекс;

г) престъпление против собствеността по чл. 194-217 от Наказателния кодекс;

д) престъпление против стопанството по чл. 219-252 от Наказателния кодекс;

2. Представляваният от мен/нас участник не е обявен в несъстоятелност.

3. Представляваният от мен/нас участник не се намира в производство по ликвидация, нито в подобна процедура съгласно националните закони и подзаконови актове.

4. Представляваният от мен/нас участник *(отбелязва се само едно обстоятелство, което се отнася до конкретния участник):*

а) няма задължения по смисъла на чл. 162, ал. 2, т. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс към държавата и към община, установени с влязъл в сила акт на компетентен орган;

б) има задължения по смисъла на чл. 162, ал. 2, т. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс към държавата и към община, установени с влязъл в сила акт на компетентен орган, но за същите е допуснато разсрочване/отсрочване;

в) няма задължения за данъци или вноски за социалното осигуряване съгласно законодателството на държавата, в която участникът е установен (*при чуждестранни участници)*.

5. Няма лице по чл. 47, ал. 4 от ЗОП в състава на дружеството, което е свързано по смисъла на § 1, т. 23а от Допълнителните разпоредби на ЗОП с възложителя или със служители на ръководна длъжност в неговата организация.

6. Представляваният от мен/нас участник не е сключил договор с лице по чл. 21 или 22 от Закона за предотвратяване и установяване на конфликт на интереси.

7. Представляваният от мен/нас участник(*вярното се отбелязва*):

а) не е в открито производство по несъстоятелност и не е сключил извънсъдебно споразумение с кредиторите си по смисъла на чл. 740 от Търговския закон;

б) не се намира в подобна на посочената в буква „а” процедура съгласно националните си закони и подзаконови актове, включително когато неговата дейност е под разпореждане на съда (*при чуждестранни участници*);

в) не е преустановил дейността си.

8. Представляваният от мен/нас участник не е виновен за неизпълнение на задължения по договор за обществена поръчка, доказано от възложителя с влязло в сила съдебно решение.

9. Няма лице по чл. 47, ал. 4 от ЗОП в състава на дружеството, което е осъдено в влязла в сила присъда за престъпление по чл. 313 от Наказателния кодекс във връзка с провеждане на процедури за възлагане на обществени поръчки.

Задължавам/е се при промени в горепосочените обстоятелства да уведомя/им възложителя в 7-дневен срок от настъпването им.

Публичните регистри (*съгласно законодателството на държавата, в която участникът е установен*), в които се съдържа информация за посочените обстоятелства по т. 1-4, както и по т. 7 и т. 9 са:

1. ......................................................................................................................................

2. .....................................................................................................................................

3. ......................................................................................................................................

Компетентните органи (*съгласно законодателството на държавата, в която участникът е установен*), които са длъжни да предоставят служебно на възложителя информация за обстоятелствата по т.1-4, както и по т. 7 и т. 9 са:

1. ......................................................................................................................................

2. .....................................................................................................................................

3. ......................................................................................................................................

*Известна ми/ни е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за деклариране на неверни данни.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата  | ........................./........................../....................... |
| Име и фамилия | ............................................................................. |
| Длъжност | ........................................................................... |
| Подпис | ............................................................................. |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Забележка:*** *Когато участниците са юридически лица, декларацията се попълва от лицата, посочени в чл.47, ал.4 от ЗОП, а именно:*

*1. при събирателно дружество - за лицата по чл. 84, ал. 1 и чл. 89, ал. 1 от Търговския закон;*

*2. при командитно дружество - за лицата по чл. 105 от Търговския закон, без ограничено отговорните съдружници;*

*3. при дружество с ограничена отговорност - за лицата по чл. 141, ал. 2 от Търговския закон, а при еднолично дружество с ограничена отговорност - за лицата по чл. 147, ал. 1 от Търговския закон;*

*4. при акционерно дружество - за овластените лица по чл. 235, ал. 2 от Търговския закон, а при липса на овластяване - за лицата по чл. 235, ал. 1 от Търговския закон;*

*5. при командитно дружество с акции - за лицата по чл. 244, ал. 4 от Търговския закон;*

*6. при едноличен търговец - за физическото лице - търговец;*

*7. във всички останали случаи, включително за чуждестранните лица - за лицата, които представляват участника;*

*8. в случаите по т. 1 - 7 - и за прокуристите, когато има такива; когато чуждестранно лице има повече от един прокурист, декларацията се подава само от прокуриста, в чиято представителна власт е включена територията на Република България.*

***Приложение № 4***

***Образец № 4***

**ДЕКЛАРАЦИЯ [[2]](#footnote-2)\***

**за приемане условията в проекта на договор**

(чл. 56, ал. 1,т. 12 от ЗОП)

Долуподписаният/-ната/ .............................................................................................., с ЕГН ............................................., в качеството ми на .................................................................... (*посочва се длъжността и качеството, в което лицето има право да представлява и управлява - напр. изпълнителен директор, управител или др*.) на…………………….*(посочва се наименованието на участника),* с ЕИК …………, със седалище и адрес на управление: ............................................................................ – участник в открита процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**Д Е К Л А Р И Р А М:**

Запознат съм със съдържанието на проекта на договор за възлагане на обществената поръчка и приемам условията в него.

*Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата  | ........................./........................../....................... |
| Име и фамилия | ............................................................................. |
| Длъжност | ........................................................................... |
| Подпис | ............................................................................. |

***Приложение № 5***

***Образец № 5***

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за отсъствие на обстоятелствата по чл. 3, т. 8 във връзка с чл. 4 от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици**

Долуподписаният/-ната/ .............................................................................................., с ЕГН ..................................................., в качеството ми на .................................................................... (*посочва се длъжността, която заемате в управителен орган, както и точното наименование на съответния орган*) на…………………….*(посочва се наименованието на участника),* с ЕИК …………, със седалище и адрес на управление: ............................................................................ – участник в открита процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Представляваният от мен участник не е дружество, регистрирано в юрисдикция/и с преференциален данъчен режим, включително и чрез гражданско дружество/консорциум, в което участва дружество, регистрирано в юрисдикция с преференциален данъчен режим.
2. Представляваният от мен участник не е свързано лице с дружество, регистрирано в юрисдикция/и с преференциален данъчен режим, включително и чрез гражданско дружество/консорциум, в което участва дружество, регистрирано в юрисдикция с преференциален данъчен режим.
3. Не съм свързано лице с дружество, регистрирано в юрисдикция/и с преференциален данъчен режим, включително и чрез гражданско дружество/консорциум, в което участва дружество, регистрирано в юрисдикция с преференциален данъчен режим.
4. Представляваното от мен дружество, попада в изключенията на чл. 4, ал. ...... от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици.

**Забележка:** Точка 4 се попълва, ако дружеството е регистрирано в юрисдикция с преференциален данъчен режим или е свързано с лица, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим.

Задължавам се при промени в горепосочените обстоятелства да уведомя възложителя в 7-дневен срок от настъпването им.

*Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за деклариране на неверни данни.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата  | ........................./........................../....................... |
| Име и фамилия | ............................................................................. |
| Длъжност | ........................................................................... |
| Подпис | ............................................................................. |

***Забележка:*** *Декларацията се подписва лично от лицето, представляващо участника.*

 *Когато участникът е юридическо лице, декларацията се попълва от лицата, посочени в чл.47, ал.4 от ЗОП, а именно:*

*1. при събирателно дружество - за лицата по чл. 84, ал. 1 и чл. 89, ал. 1 от Търговския закон;*

*2. при командитно дружество - за лицата по чл. 105 от Търговския закон, без ограничено отговорните съдружници;*

*3. при дружество с ограничена отговорност - за лицата по чл. 141, ал. 2 от Търговския закон, а при еднолично дружество с ограничена отговорност - за лицата по чл. 147, ал. 1 от Търговския закон;*

*4. при акционерно дружество - за овластените лица по чл. 235, ал. 2 от Търговския закон, а при липса на овластяване - за лицата по чл. 235, ал. 1 от Търговския закон;*

*5. при командитно дружество с акции - за лицата по чл. 244, ал. 4 от Търговския закон;*

*6. при едноличен търговец - за физическото лице - търговец;*

*7. във всички останали случаи, включително за чуждестранните лица - за лицата, които представляват участника;*

*8. в случаите по т. 1 - 7 - и за прокуристите, когато има такива; когато чуждестранно лице има повече от един прокурист, декларацията се подава само от прокуриста, в чиято представителна власт е включена територията на Република България.*

***Приложение № 6***

***Образец № 6***

 **Д Е К Л А Р А Ц И Я 1**

**за съгласие за участие като подизпълнител**

Долуподписаният/-ната/ .............................................................................................., с ЕГН ..................................................., в качеството ми на .................................................................... (*посочва се длъжността и качеството, в което лицето има право да представлява и управлява - напр. изпълнителен директор, управител или др*.) на…………………….*(посочва се наименованието на подизпълнителя),* с ЕИК …………, със седалище и адрес на управление: ........................

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. От името на представляваното от мен лице (търговско дружество, едноличен търговец, юридическо лице с нестопанска цел – ***вярното се подчертава***): ....................................................... *(наименование, ЕИК/БУЛСТАТ)*, изразявам съгласието да участваме като подизпълнител на .................................................................................*(наименование на участника в процедурата , на който лицето е подизпълнител)* – участник в открита процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***.

2. Дейностите, които ще изпълняваме като подизпълнител, са: ........................................................ *(изброяват се конкретните части от предмета на обществената поръчка, които ще бъдат изпълнени от подизпълнителя)*

 3. Запознати сме с разпоредбата на чл. 55, ал. 5 от Закона за обществените поръчки, че заявявайки желанието си да бъдем подизпълнител в офертата на посочения по-горе участник, нямаме право да се явим като участник в горепосочената процедура и да представим самостоятелна оферта.

Неразделна част от настоящия документ са:

а) ................... *(по преценка на подизпълнителя).*

*Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата  | ........................./........................../....................... |
| Име и фамилия | ............................................................................. |
| Длъжност | ........................................................................... |
| Подпис | ............................................................................. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1 Настоящата декларация се попълва задължително от управляващия подизпълнителя по регистрация.*

***Приложение № 7***

***Образец № 7***

**Д Е К Л А Р А Ц И Я** \*

**за липса на свързаност с друг участник по чл. 55, ал. 7 от ЗОП, както и за липса на обстоятелство по чл. 8, ал. 8, т. 2 ЗОП**

Долуподписаният/-ната/ .............................................................................................., с ЕГН ..................................................., в качеството ми на .................................................................... (*посочва се длъжността и качеството, в което лицето има право да представлява и управлява - напр. изпълнителен директор, управител или др*.) на…………………….*(посочва се наименованието на участника),* с ЕИК …………, със седалище и адрес на управление: ............................................................................ – участник в открита процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**ДЕКЛАРИРАМ**:

1. Аз лично не съм свързано лице или свързано предприятие с други участници в настоящата процедура. *(за участници физически лица)/*Аз лично и като едноличен търговец не съм свързано лице или свързано предприятие с други участници в настоящата процедура. *(за участници еднолични търговци)/*  Представляваният от мен участник не е свързано лице или свързано предприятие с други участници в настоящата процедура. *(за всички останали участници) -* ***/ненужното се зачертава/***

2. Аз лично не съм участвал като външен експерт при изработването на техническите спецификации и на методиката за оценка на офертите в документацията за участие в процедурата за възлагане на обществената поръчка самостоятелно или в обединение с други лица, като участници, членове на обединения-участници, подизпълнители, или чрез свързани лица/Документите, в чието изработване аз лично съм участвал, са променени така, че не ми предоставят информация, която ми дава предимство пред останалите участници в процедурата.

*Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за деклариране на неверни данни.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата  | ........................./........................../....................... |
| Име и фамилия | ............................................................................. |
| Длъжност | ........................................................................... |
| Подпис  | ............................................................................. |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*\*Настоящият образец се подписва от лицата, които представляват участника.*

***Приложение № 8***

***Образец № 8***

**ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

**за изпълнение на обществена поръчка с предмет:**

„***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № ...... «...................................................................................................................................................»** *(посочват се номерът и наименованието на самостоятелно обособената позиция)*

**от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА,**

Предлагаме да изпълним предмета на горепосочената поръчка в съответствие с изискванията, заложени в Техническата спецификация от документацията за участие, изискванията на възложителя и нормативните изисквания за изпълнение на поръчката, по следния начин:

1. **МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ**
	* 1. Предлагаме медицинско оборудване с технически параметри съгласно приложената по-долу таблица за съответствие, което отговаря на/ притежава по-добри параметри от минималните изисквания, заложени в Техническата спецификация.
		2. Декларираме, че предлаганото медицинско оборудване е фабрично ново и е в производствената листа на производителя от .......... година.
		3. Поемаме ангажимент да доставим медицинско оборудване, което е произведено не по-рано от 2015 г., не е ползвано за демонстрационни цели, не е рециклирано или демо оборудване, като всички негови части са нови, без дефекти и не са демооборудване.
		4. Поемаме ангажимент да осигурим доставката на оборудването до съответните лечебни заведения – бенефициенти, инсталация и монтаж, настройка, пробно изпитване, контрол на качеството, пускане в действие и предаване за експлоатация с всички необходими за експлоатацията принадлежности и консумативи на медицинското оборудване.
		5. Поемаме ангажимент при доставка на оборудването, същото да бъде предоставено окомплектовано с пълно Ръководство за употреба на производителя на български език на хартиен и електронен носител, в което има ясни инструкции и подробно описание на съответните протоколи и функции на всички приложения, както и необходимите материали за провеждане на обучения за потребителите.
		6. Поемаме ангажимент да осигуряваме оригинални резервни части за оборудването в срок не по-малко от 4 (четири) години след изтичане на гаранционния срок.
		7. Декларираме, че осигуряваме и поддържаме документирана система за проследяване безопасността на медицинските изделия, пуснати на пазара, и за блокиране и изтегляне от пазара на медицинските изделия, показали несъответствие с изискванията за безопасност, съгласно изискванията на чл. 82, ал. 3 от Закона за медицинските изделия.
2. **МЯСТО НА ИЗПЪЛНЕНИЕ**

Приемаме доставките да се извършат на територията на Република България в градовете ........................................... *(посочват се градовете на лечебните заведения – бенефициенти по съответната самостоятелно обособена позиция)* на адресите на съответните лечебни заведения – бенефициенти.

1. **СРОК ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ**
2. Предлагаме да извършим доставката на оборудването и предварителните дейности по неговата употреба: монтаж, инсталация, въвеждане в експлоатация на оборудването и обучение на персонала за работа с него, в срок ....................................... *(не повече от 3 (три))* месеца от сключване на договора.
3. Предлагаме срок за обучение на персонала на съответните лечебни заведения – бенефициенти с продължителност ……………………. *(между 2 (два) и 5 (пет))* работни дни, които се включват в срока по т. 1.
4. Предлагаме срок за гаранционно обслужване и поддръжка на доставеното медицинско оборудване от ............................... *(не по-малко от 12 (дванадесет) и не повече от 60 (шестдесет))* месеца от датата на въвеждането му в експлоатация.
5. **ОБУЧЕНИЕ**
	* + 1. Поемаме ангажимент да извършим необходимото обучение на персонала на съответните лечебни заведения – бенефициенти, съобразено с характеристиките на доставеното оборудване и препоръките на производителя.
6. **ГАРАНЦИОННО ОБСЛУЖВАНЕ И ПОДДРЪЖКА**
7. Поемаме ангажимент да поддържаме за своя сметка оборудването по време на гаранционния срок, като не само поправяме възможните повреди*,* но и извършваме профилактика и контрол на качеството съгласно инструкциите на производителя*.*
8. Поемаме ангжажимент да осигуряваме и задължителните актуализации на софтуера, включително и необходимите лицензи и софтуерна поддръжка *(в приложимите случаи).*
9. Декларираме, че ще предоставим и пълен списък на всички материали и консумативи, необходими за работата на оборудването *(основният състав на оборудването не трябва да бъде посочван в списъка).*
10. Поемаме ангажимент да осигуряваме гаранционно обслужване на оборудването от оторизиран сервиз на производителя на място, както следва:

- време за констатиране на проблема – до 4 (четири) часа, 7 (седем) дни в седмицата, 24 (двадесет и четири) часа в денонощието, от съобщаването за проблем;

- време за отстраняване на проблема – определя се от нас след констатиране на проблема.

1. При необходимост от продължителен ремонт повече от 48 (четиридесет и осем) часа, поемаме ангажимент да заменим временно ремонтирания модул/устройство с друго, от същия функционален тип, което да се използва от съответното лечебно заведение – бенефициент през времето до завършване на ремонта.
2. Поемаме ангажимент да осигурим максималната продължителност на прекратяване работата на доставеното оборудване поради повреди или профилактика да не надвишава 240 (двеста и четиридесет) часа годишно. При надвишаване на тези часове гаранционният срок се удължава с толкова дни, получени като резултат от сбора на часовете над посочените, през които оборудването не е работило поради повреда или профилактика, разделен на 24.
3. Поемаме ангажимент всички разходи по гаранционното обслужване и поддръжка на оборудването да бъдат за наша сметка. Когато е необходим ремонт в сервиз, транспортът на оборудването до сервиза и обратно също ще бъде за наша сметка.

**Приложения:**

1. Таблица за съответствие, по Образец № 8. ... (посочва се *индекс, съответстващ на номера на самостоятелно обособената позиция);*
2. Официални документи от производителя, относно модела на апаратурата, нейна ясна снимка, както и оригинални брошури и съпътстващи документи, подробно описващи техническите характеристики на предлаганата апаратура;
3. Декларация от производителя, че ще осигури наличието на резервни части за поне 4 (четири) години след изтичане на гаранционния срок *(когато е приложимо)*.
4. Декларация за конфиденциалност съгласно чл. 33, ал. 4 от ЗОП, по *Образец № 9* *(когато е приложимо).*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.1

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 1 „Мобилен рентгенов апарат“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Мобилен апарат на колела, лесен за придвижване. |  |  |  |
|  | LCD екран на командното табло за визуализация на параметрите. |  |  |  |
|  | Захранващо напрежение 230 V/50 Hz. |  |  |  |
|  | Мощност мин. 4 KW. |  |  |  |
|  | Напрежение в обхват от 40 до 110 кV. |  |  |  |
|  | Обхват на регулиране mAs 0,5 до 320. |  |  |  |
|  | Тръба: двуфокусна с въртящ се анод. |  |  |  |
|  | Топлинен капацитет на анода не по малък от 40 000 HU. |  |  |  |
|  | Ротация на колиматора ±900. |  |  |  |
|  | Блокировка на системата рамо-тръба. |  |  |  |
|  | DAP камера. |  |  |  |
|  | Да е компактен и да преминава през врати със стандартна широчина от 70 см. |  |  |  |
|  | Други параметри |  |  |  |
|  | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.2

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 2 „Дигитален мобилен рентгенов апарат (DR)“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Контрол на апарата, от интегрирана в него станция.  |  |  |  |
|  | Управление от корпуса - Минимум 15” инча цветен плосък „touch screen“. |  |  |  |
|  | Управление чрез втори панел, разположен на корпуса на рентгеновата тръба от рентгеновата тръба. |  |  |  |
|  | Високочестотен генератор – мин. 30 Kw. |  |  |  |
|  | Регулируемо напрежение в обхват мин. 40 до 150 kV. |  |  |  |
|  | Обхват на регулиране до 320 mAs. |  |  |  |
|  | Двуфокусна: 0.6 mm и 1.2 mm. |  |  |  |
|  | Топлинен коефициент по-голям или равен на 300 000 HU. |  |  |  |
|  | Движение на тръбата (разтягане на рамото) минимум 120 см. |  |  |  |
|  | Колонна ротация ± 270 o. |  |  |  |
|  | Наклон на тръбата от – 10o до + 90o. |  |  |  |
|  | Ротация на тръбата + 180 o (от ляво на дясно) – 135o (от дясно на ляво). |  |  |  |
|  | Обхват на колиматорна ротация ± 90 о градуса. |  |  |  |
|  | Максимална височина на SID към пода ≥ 200 см. |  |  |  |
|  | Минимална височина на SID към пода ≤ 70 см. |  |  |  |
|  | Детектор с размер 35 см х 43 см, Високо DQE, Размер на пиксела – максимум 139 μm - 1 брой. |  |  |  |
|  | Възможност за допълнително надграждане с педиатричен детектор с размер 25 см х 30 см. |  |  |  |
|  | Широчина - да е компактен и да преминава през врата със стандартна широчина от 70 см. |  |  |  |
|  | Софтуер за обработка на изображенията, включително с възможности за предварителен преглед на изображението. |  |  |  |
|  | DICOM 3.0 съвместим. |  |  |  |
|  | Други параметри |  |  |  |
|  | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.3

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 3 „Ехограф с цветен доплер, окомплектован с три трансдюсера“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Цифрова, портативна ултразвукова система. |  |  |  |
|  | Да има следните приложения в диагностиката: педиатрия, неонатология. |  |  |  |
|  | Режими на работа: B, M, цветен доплер CFM, CW, PW, HPRF, CDFI, DIR Power, CM, TVM, TDI (тъканен доплер). |  |  |  |
|  | Да има възможност за: трапецоидални, дуплекс, триплекс, 3D.  |  |  |  |
|  | USB порт. |  |  |  |
|  | Вградена батерия издържаща мин.1 час. |  |  |  |
|  | LAN интерфейс за DICOM връзка (DICOM 3.0). |  |  |  |
|  | Три трансдюсера - линеарен, конвексен и микроконвексен. |  |  |  |
|  | Други параметри |  |  |  |
|  | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.4

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 4 „Мобилен ултразвуков апарат“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Минимално 15” цветен монитор с плосък дисплей, с висока резолюция мин 1400 х 1050 пиксела и дигитална настройка на контрастта. |  |  |  |
|  | Минимум 2 броя активни конектора за трансдюсери на апарата или количката към него, без да се отчитат портовете за писалков тип трансдюсери.  |  |  |  |
|  | Динамичен диапазон: не по-малък от 170 dB. |  |  |  |
|  | Стандартна кино памет: не по-малко от 400 кадъра.  |  |  |  |
|  | Дълбочина на сканиране: не по-малко от 270 mm. |  |  |  |
|  | Софтуер тъканни хармоници съвместим с всички работни режими. |  |  |  |
|  | Твърд диск за запис и съхранение на данни (HDD): не по-малко от 320 GB. |  |  |  |
|  | Режими на работа и изобразяване: B-mode; М-mode; Цветен M-mode; Цветен Doppler; Power Doppler и Directional Power Doppler; Пулсова вълна (PW) спектрален Doppler; Duplex и Triplex режими; Трапецовидно изображение. |  |  |  |
|  | Да притежава технология за намаляване на зърнените артефакти и подобряване на остротата, предоставяйки подобрена контрастна резолюция. |  |  |  |
|  | CD/DVD устройство и минимум 2 USB входа за съхранение и трансфер на данни. |  |  |  |
|  | Вградено алтернативно захранване с време за работа не по-малко от 45 мин. |  |  |  |
|  | Секторен широколентов трансдюсер с честотна лента от 4.0 до 11.0 MHz. |  |  |  |
|  | Микроконвексен широколентов трансдюсер. |  |  |  |
|  | Секторен трансторакален трансдюсер с фазова матрица, мултичестотен. |  |  |  |
|  | Други параметри |  |  |  |
|  | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.5

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 5 „Софтуер за поддръжка на матрични трансдюсери в 2Д и 4Д режим за триизмерен ехограф“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Софтуер за поддръжка на Matrix трансдюсери, xPlane, iRotate и Live 3D. |  |  |  |
|  | Да поддържа матрични трансдюсери в 2 D и 3D режими. |  |  |  |
|  | Да дава възможност за електронно ротиране на 2D образа и цветния поток без въртене на самия трансдюсер.  |  |  |  |
|  | Да осигурява XPLANE в реално време като извлича и едновременно изобразява 2D образа в две ортогонални равнини. |  |  |  |
|  | Да осигурява Live3D (4D) – динамично изображение в реано време на образи, позволяващо оценка на анатомичните структури в сивата скала и цветен Допплер, 4D Zoom за детайлно изобразяване на анатомичните структури валиден за всички хMatrix трансдюсери, Live 3D Full Volumes, Възможност за визуализиране на голям обем 4D данни с цел цялостното изобразяване на пълната анатомия на сърцето в сивата скала и с цветен Допплер. |  |  |  |
|  | Софтуерът да поддържа всички матрични трансдюсери. |  |  |  |
|  | Софтуер за 3D количествени изчисления в кардиологията - 3DQ. |  |  |  |
|  | Да осигурява лесен достъп до набора от данни получени с Live 3D, Live 3D Full Volumes, 4D Zoom и с 3D Цветен Допплер. |  |  |  |
|  | Да предлага възможност за разглеждане, изрязване, сравняване и квантификация, включително измерване на дистанции,области и изчисляване на бипланарен обем на лявата камера, фракцията на изтласкване и масата на лявата камера. |  |  |  |
|  | Да предоставя възможност за мултипланарна реконструкция за неограничен брой анатомични равнини от 3D обима а също така и iSlice от ново поколение. |  |  |  |
|  | Други параметри |  |  |  |
|  | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.6

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 6 „Педиатричен триизмерен трансдюсер“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | Педиатричния матричен xMatrix секторен трансдюсер за триизмерен ехограф трябва да отговаря на следните изисквания: |  |  |  |
|  | Да притежава монокристална структура. |  |  |  |
|  | Да притежава разширен честотен обхват от 2 до 7 MHz. |  |  |  |
|  | Да поддържа режими 2D, Live xPlane и Live 3D. |  |  |  |
|  | Да има най-малко 2500 кристални елемента. |  |  |  |
|  | Други параметри |  |  |  |
|  | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.7

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 7 „Пациентен монитор“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Монитор за 24-часово мониториране на основните жизнени показатели на новородени и деца.  |  |  |  |
|  | Цветен LCD дисплей с touch-screen, с размер мин. 12“, с възможност за изобразяване на най-малко 8 криви в реално време. |  |  |  |
|  | ЕКГ: 3 или 5 отвеждания, с възможност за изобразяване на 7 криви. |  |  |  |
|  | Методи на работа при измерване на неинвазивно кръвно налягане: ръчно, автоматично и продължително измерване. |  |  |  |
|  | Да измерва сърдечна честота в границите 30 – 240 удара в мин. |  |  |  |
|  | Измерване на сатурация: 0 – 100%, резолюция 1%. |  |  |  |
|  | Да има възможност за измерване на температура с поне два електрода едновременно. |  |  |  |
|  | Да има възможност за изобразяване на графики и трендове с памет за най-малко 24 часа.  |  |  |  |
|  | Аларми на приоритетен принцип - 3 нива на важност. |  |  |  |
|  | Захранване: 100-240V, 50-60 Hz; презареждаща се батерия с време на работа не по-малко от 2 часа. |  |  |  |
|  | Термопринтер за най-малко 3 криви. |  |  |  |
|  | Апаратът трябва да бъде оборудван с всички необходими аксесоари за правилната работа на отделните модули, включително маншети за NIBP – 3 бр. /за новородени, деца и възрастни – стандартен/. |  |  |  |
|  | Други параметри |  |  |  |
|  | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.8

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 8 „Пациентен монитор с електроенцефалография“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.1.  | Монитор за 24-часово мониториране на основните жизнени показатели на деца в диапазона 0-18 г. |  |  |  |
| 8.2.  | Цветен LCD дисплей с touch-screen, с размер мин. 12“, с възможност за изобразяване на най-малко 8 криви в реално време. |  |  |  |
| 8.3.  | ЕКГ: 3 или 5 отвеждания, с възможност за изобразяване на 7 криви; защита при дефибрилация; ST анализ; анализ за аритмия. |  |  |  |
| 8.4.  | ЕЕГ: 4 или повече канала; честота на пробите над 1000 Hz; възможност за разпознаване на ЕМГ; спектрален анализ; графичен тренд на ЕЕГ параметрите. |  |  |  |
| 8.5.  | Методи на работа при измерване на неинвазивно кръвно налягане: ръчно, автоматично и продължително измерване. |  |  |  |
| 8.6.  | Да измерва сърдечна честота в границите 30 – 240 удара в мин. |  |  |  |
| 8.7.  | Измерване на сатурация: 0 – 100%, резолюция 1%. |  |  |  |
| 8.8.  | Да има възможност за измерване на температура с поне два електрода едновременно. |  |  |  |
| 8.9.  | Да има възможност за изобразяване на графики и трендове с памет за най-малко 24 часа. |  |  |  |
| 8.10.  | Аларми на приоритетен принцип - 3 нива на важност. |  |  |  |
| 8.11.  | Захранване: 100-240V, 50-60 Hz; презареждаща се батерия с време на работа не по-малко от 3 часа. |  |  |  |
| 8.12.  | Термопринтер за най-малко 3 криви. |  |  |  |
| 8.13.  | Апаратът трябва да бъде оборудван с всички необходими аксесоари за правилната работа на отделните модули, включително маншети за NIBP – 3 бр. /за новородени, деца и възрастни – стандартен/. |  |  |  |
| 8.14. | Други параметри |  |  |  |
| 8.15. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.9

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 9 „Пациентен монитор с капнометрия“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9.1.  | Монитор за 24-часово мониториране на основните жизнени показатели на деца в диапазона 0-18 г. с модул за СО2.  |  |  |  |
| 9.2.  | Цветен LCD дисплей с touch-screen, с размер мин. 17“, с възможност за изобразяване на най-малко 8 криви в реално време. |  |  |  |
| 9.3.  | ЕКГ: 3 или 5 отвеждания, с възможност за изобразяване на 7 криви; защита при дефибрилация; ST анализ; анализ за аритмия. |  |  |  |
| 9.4.  | Да измерва сърдечна честота в границите 30 – 240 удара в мин. |  |  |  |
| 9.5.  | Функция SpO2 за измерване на сатурация и периферен пулс. |  |  |  |
| 9.6.  | Функция NIBP за измерване на артериално кръвно налягане. |  |  |  |
| 9.7.  | Функция Капнометрия за следене на дихателната честота и нивото на CO2 в издишания въздух. |  |  |  |
| 9.8.  | Съхранение на тренд данни; алармени събития; OxyCRG събития; не по-малко от 24 часа криви в режим на пълно показване. |  |  |  |
| 9.9.  | Захранване: 100-240V, 50-60 Hz; презареждаща се батерия с време на работа не по-малко от 2 часа. |  |  |  |
| 9.10.  | Термопринтер за най-малко 3 криви. |  |  |  |
| 9.11.  | Апаратът трябва да бъде оборудван с всички необходими аксесоари за правилната работа на отделните модули, включително маншети за NIBP – 3 бр. /за новородени, деца и възрастни – стандартен/; 50 бр. цели маски за деца. |  |  |  |
| 9.12. | Други параметри |  |  |  |
| 9.13. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.10

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 10 „Пулсоксиметър“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 10.1.  | Апарат за неинвазивно измерване на пулсова честота и кислородна сатурация (SpO2), посредством технология, позволяваща точно измерване дори в условията на ниска перфузия и смущения на сигнала. |  |  |  |
| 10.2.  | Да бъде приложим за новородени и деца до 18 години. |  |  |  |
| 10.3.  | Възможност за работа до повече от 4 часа след спиране на захранването посредством акумулаторна батерия. |  |  |  |
| 10.4.  | Наличие на памет за данните от последните 48 часа минимум. |  |  |  |
| 10.5.  | Възможност за съхранение на данните от трендовете на всеки пациент на преносим компютър за архивиране и анализ. |  |  |  |
| 10.6.  | Възможност за изобразяване на дисплея на плетизмографски криви, пулсова амплитуда, моментно измерената SpO2 и пулсовата честота. Управление на динамичните данни в табличен или графичен вид. |  |  |  |
| 10.7.  | Пулсовият оксиметър да има цветен дисплей и функция за управление на аварийните сигнали. |  |  |  |
| 10.8.  | Наличие на визуални индикатори за: търсене на пулс, звукови аларми /заглушени или изключени/, индикатор за смущения, зареждане на батерията и управление на алармените сигнали. |  |  |  |
| 10.9.  | Наличие на звукови и визуални аларми за висока/ниска сатурация и сърдечна честота, за слаба батерия.  |  |  |  |
| 10.10.  | Изисквания към захранването: АС напрежение - 100 до 240 VAC, 50/60Hz; акумулаторна батерия позволяваща не по-малко от 4 часа работа на апарата. |  |  |  |
| 10.11.  | Тегло не по голямо от 2 кг.  |  |  |  |
| 10.12.  | USB интерфейс за връзка с компютър за архивиране и анализ на данните. |  |  |  |
| 10.13.  | Апарата да бъде комплектован с необходимите сензори за новородени и деца, както и със софтуер и интерфейсни кабели за връзка с компютър за архивиране и анализ. |  |  |  |
| 10.14. | Други параметри |  |  |  |
| 10.15. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.11

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 11 „Дефибрилатор“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11.1.  | Синхронизиран дефибрилатор-монитор с бифазна технология. |  |  |  |
| 11.2.  | Ръчна и автоматична дефибрилация. |  |  |  |
| 11.3.  | Автоматично измерване на контактното съпротивление с пациента.  |  |  |  |
| 11.4.  | Цветен TFT дисплей ≥ 5”. |  |  |  |
| 11.5.  | Възможност за визуализиране на минимум 3 криви на екрана. |  |  |  |
| 11.6.  | Памет за не по-малко от 24 часа графични и таблични трендове. |  |  |  |
| 11.7.  | Пишещо устройство с три канала. |  |  |  |
| 11.8.  | USB порт за разширяване на паметта и надграждане. |  |  |  |
| 11.9.  | Мрежово и акумулаторно захранване. |  |  |  |
| 11.10.  | Капацитетна акумулаторите - ≥ 100 удара при енергия до 200 джаула или мониториране ≥ 4 часа. |  |  |  |
| 11.11.  | Избор на енергия за дефибрилация — от 1 до ≥ 200 джаула. |  |  |  |
| 11.12.  | Време на заряд — ≤ 8 секунди до 200 джаула. |  |  |  |
| 11.13.  | Тегло — до 8 кг. |  |  |  |
| 11.14.  |  ЕКГ модул. |  |  |  |
| 11.14.1.  | Следене на мин. 3 канала. |  |  |  |
| 11.14.2.  | Детекция на пейсмейкър. |  |  |  |
| 11.14.3. | Чувствителност 2.5-5-10-20 мм/mV. |  |  |  |
| 11.14.4.  | .Защита срещу дефибрилация. |  |  |  |
| 11.15.  | Инсталиран трансторакален пейсмейкър. |  |  |  |
| 11.16.  | Дефибрилаторът да може да работи както с многократни, така и с еднократни дефибрилиращи електроди. |  |  |  |
| 11.17.  | Дефибрилиращи електроди за деца и новородени – многократни. |  |  |  |
| 11.18.  | Апарата да е окомплектован с всички необходими еднократни и многократни аксесоари осигуряващи нормалната работа на отделните му модули. |  |  |  |
| 11.19. | Други параметри |  |  |  |
| 11.20. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.12

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 12 „ЕКГ апарат“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 12.1.  | Запис на 12-те стандартни отвеждания в един и същи момент. |  |  |  |
| 1. 12.2.
 | 1. Формат на записа – 3х4 и 2х6 канала.
 |  |  |  |
| 1. 12.3.
 | 1. Дисплей с висока разделителна способност за визуализиране в реално време на електрокардиографските криви с фоново осветление.
 |  |  |  |
| 1. 12.4.
 | 1. Формат на визуализиране на отвежданията на дисплея – до 12 отвеждания едновременно.
 |  |  |  |
| 1. 12.5.
 | 1. Чувствителност – ¼, ½, 1 и 2 см/мв или автоматично.
 |  |  |  |
| 1. 12.6.
 | 1. Скорост на печат – 10-12,5-25-50 мм/сек.
 |  |  |  |
| 1. 12.7.
 | 1. Честотна лента – минимум 0,05 – 150 херца.
 |  |  |  |
| 1. 12.8.
 | 1. Потискане на шумовете – 100 децибела или по-добро.
 |  |  |  |
| 1. 12.9.
 | 1. Честота на скениране – минимум 500 за секунда.
 |  |  |  |
| 1. 12.10.
 | 1. Памет за минимум 100 кардиограми.
 |  |  |  |
| 1. 12.11.
 | 1. Изход за връзка с компютър.
 |  |  |  |
| 1. 12.12.
 | 1. Буквено-цифрова клавиатура за нанасяне данните на пациента.
 |  |  |  |
| 1. 12.13.
 | 1. Възможност за дълъг ритъмен запис.
 |  |  |  |
| 1. 12.14.
 | 1. Възможност за работа на мрежово и акумулаторно захранване.
 |  |  |  |
| 1. 12.15.
 | 1. Други параметри
 |  |  |  |
| 1. 12.16.
 | 1. Допълнителни възможности и функции
 |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.13

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 13 „Мониторна система за неонатологична реанимация – 4 монитора с централна станция“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **13.1.**  | **Монитори**  |  |  |  |
| 13.1.1.  | Да съчетават в себе си модулна гъвкавост и да са подходящи за работа в стационар, за вътрешно-болничен транспорт и в линейка. |  |  |  |
| 13.1.2.  | Да работят на мрежово захранване и захранване от литиево йонна батерия. |  |  |  |
| 13.1.3.  | Да са с Touch Screen дисплей.  |  |  |  |
| 13.1.4.  | Потребителят да може да програмира собствени конфигурации.  |  |  |  |
| 13.1.5.  | Да притежават функция „предишен екран“, чрез която се достъпват **бързо** последно модифицираните, както и няколко от най-често използваните от потребителя дисплейни конфигурации.  |  |  |  |
| 13.1.6.  | Всички вълни и цифрови параметри да са цветно кодирани. |  |  |  |
| 13.1.7.  | Да съществува възможност за **бърз** достъп до всички важни процедури и задачи, свързани с мониторирането на пациента.  |  |  |  |
| 13.1.8.  | Да притежават алармена система с автоматично и ръчно задаване на границите на всички мониторирани пациенти. |  |  |  |
| 13.1.9.  | Да притежават минимум три степенна алармена система за: животозастрашаващи събития, излизане на мониторираните параметри извън зададените лимити, настъпване на технически проблем, свързан с качеството на сигнала, разкачване на датчици или електроди, както и повреда в монитора.  |  |  |  |
| 13.1.10.  | Да притежават преглед на събития за автоматично отличаване на абнормален пациентен статус.  |  |  |  |
| 13.1.11.  | Да притежават хемодинамични, оксигенационни и вентилационни калкулации. |  |  |  |
| 13.1.12.  | Да имат вградени таймери и графични прозорци за допълнителен контрол от потребителя. |  |  |  |
| 13.1.13.  | Да имат дръжка за носене и отделно за закачане на шина и легло. |  |  |  |
| 13.1.14.  | Да могат да се свързват безжично в мрежа с централна станция.  |  |  |  |
| 13.1.15. | Параметри на мониторите: |  |  |  |
| 13.1.15.1. | широкоформатен цветен LCD дисплей с диагонал минимум 9”. |  |  |  |
| 13.1.15.2. | непрекъсната работа на батерии – минимум 5 часа за неинвазивно мониториране и минимум 3 часа за мониториране при пълно натоварване. |  |  |  |
| 13.1.16.  | Параметри за мониториране  |  |  |  |
| 13.1.16.1. | ЕКГ: 6 отвеждания с диагностичен и мониторен режим, обхват за новородени от 15 до 350 удара в минута. Точност +/- 1% от обхвата. Резолюция – 1 удар в минута. Да имат наличен аритмия анализ, разпознаващ екстрасистолия, екстремна тахикардия, екстремна брадикардия, асистолия, вентрикуларна тахикардия, фибрилация и суправентрикуларна тахикардия.  |  |  |  |
| 13.1.16.2. | Дишане: Обхват за новородени от 0 до 150 дихателни цикли в минута. Точност: +/- 1 цикъл в минута. Резолюция 1 цикъл в минута. Визуализация с вълна и цифрови параметри. |  |  |  |
| 13.1.16.3. | Сатурация (SpO2): Да се базира на методика, позволяваща точни измервания на фона на артефакти и при наличие на ниска перфузия. Обхват: От 0 до 100%. Резолюция 1%. Точност за обхвата от 70% до 100%.  |  |  |  |
| 13.1.16.4. | Неинвазивно кръвно налягане (NIBP). Автоматичен режим и при поискване. Точност: максимална средна грешка +/-5 mmHg. Обхват при новородени: систолично от 30 до130 mmHg, диастолично от 10 до 100 mmHg, средно от 20 до 120 mmHg. Възможност за венозна пункция при статично налягане в маншета: при новородени от 20 до 50 mmHg.  |  |  |  |
| 13.1.16.5. | Събития за новородени за автоматична детекция на влошаване състоянието на пациента. Комбинирани събития, регистриращи апнеа, съчетана с брадикардия и десатурация. |  |  |  |
| 13.1.17. | Трендове  |  |  |  |
| 13.1.17.1. | Стандартни за всички измервани параметри – в графичен и табуларен вид за период от 48 часа. |  |  |  |
| 13.1.17.2. | Преглед на събития – автоматично да се записват и разглеждат събития, които показват промени в състоянието на пациентите. |  |  |  |
| 13.1.18. | Мониторите да са окомплектовани с аксесоари за пациенти с размери от 600 г. до 5 кг. |  |  |  |
| 13.1.19. | Да изобразяват на отделен екран Окси-Кардио-Респирограмата, с едновременно показване на три високо-резолютивни тренда: |  |  |  |
| 13.1.19.1. | Сърдечна честота удар по удар |  |  |  |
| 13.1.19.2 | Тренда на сатурацията |  |  |  |
| 13.1.19.3. | Компресирана крива на респирацията |  |  |  |
| **13.2.** | **Централна станция** |  |  |  |
| 13.2.1. | Да притежава цветен touch screen дисплей с диагонал мин 19” |  |  |  |
| 13.2.2. | Да позволява наблюдение на **до 16 пациента** и да притежават отделен пациентен. прозорец за детайлно наблюдение на реалните вълни и трендове на всеки пациент. |  |  |  |
| 13.2.3. | Да поддържа система за телеметрия. |  |  |  |
| 13.2.4. | Да позволява конфигурация на рапорти за един или повече пациенти. |  |  |  |
| 13.2.5. | Да осъществява многоканален ритъмен ЕКГ анализ.  |  |  |  |
| 13.3. | Други параметри |  |  |  |
| 13.4. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.14

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 14 „Монитор за церебрална и соматична оксиметрия“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 14.1.  | Да използува технология близо до инфрачервена спектроскопия. |  |  |  |
| 14.2.  | Да има възможност да осъществява четириканално мониториране на церебрална и/или соматична оксиметрия. |  |  |  |
| 14.3.  | Да има възможност за мониториране едновременно по четирите канала. |  |  |  |
| 14.4.  | Да е приложим при новородени и деца. |  |  |  |
| 14.5.  | Да работи със съвместими сензори – неонатални и педиатрични. |  |  |  |
| 14.6.  | Да има опция за самодиагностика, продължаваща по-малко от 12 секунди. |  |  |  |
| 14.7.  | Да има порт за USB флаш памет.  |  |  |  |
| 14.8.  | Да има опция за записване върху USB памет през 5,30 и 60 секунди. |  |  |  |
| 14.9.  | Дължината на кабела с преамплификатора да е по-голяма от четири метра. |  |  |  |
| 14.10.  | Да има обхват на регионална сатурация на кислород rSO2 – 15-95%, като се опреснява на всеки 5-6 секунди. |  |  |  |
| 14.11.  | Да има обхват на алармените граници: Горна 20-95; Долна 15-90, като горната и долната граница да не могат да се пресичат. |  |  |  |
| 14.12.  | Да запаметява трендовете за 24 часа при 2 измервания в минута. |  |  |  |
| 14.13.  | Теглото на апарата да не е повече от 5 кг. |  |  |  |
| 14.14. | Други параметри |  |  |  |
| 14.15. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.15

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 15 „Респиратор за деца“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 15.1.  | Mикропроцесорен неонатален респиратор за ефективна инвазивна и неинвазивна вентилация на пациенти от недоносени деца до деца на 18 години. |  |  |  |
| 15.2.  | Компактен и мобилен апарат подходящ за вътрешноболничен и извънболничен транспорт. |  |  |  |
| 15.3.  | Пневматично захранване със сгъстени медицински газове: кислород и въздух. |  |  |  |
| 15.4.  | Цветен дисплей с диагонал на екрана над 5“. |  |  |  |
| 15.5.  | Задължителни режими за инвазивна вентилация: Мандаторна вентилация; Асистиран контрол; Синхронизирана мандаторна вентилация; Вентилация с подпомагане по налягане;  |  |  |  |
| 15.6.  | Задължителни режими за неинвазивна вентилация: Подпомагане по налягане при продължително положително налягане на дихателните пътища (SPN-CPAP или CPAP); неинвазивна вентилация (NIV) при (SPN-CPAP или CPAP). Кислородна терапия по нисък поток и с високопоточни назални канюли HFNC.-проксове или маски; |  |  |  |
| 15.7.  | Минимални обхвати на настройките на параметрите на неинвазвина вентилация: |  |  |  |
| 15.7.1.  | Регулиране на нисък назален СРАР: 2 – 12 mbar |  |  |  |
| 15.7.2. | Регулиране на висок назален СРАР: 5 – 15 mbar |  |  |  |
| 15.7.3. | Инспираторно време: 0.2 – 15 сек |  |  |  |
| 15.7.4. | Експираторно време: 0.2 – 30 сек |  |  |  |
| 15.7.5. | FiO2: 21% – 100 % |  |  |  |
| 15.7.6. | Дихателна честота: 2 до 60 bpm |  |  |  |
| 15.7.7. | Регулиране на кислородния поток: 0 - 19 л/мин.  |  |  |  |
| 15.7.8. | Да поддържа стабилно зададените нива на СРАР налягане дори и при лийк в пациентна система достигащ до 40%. |  |  |  |
| 15.8. | Минимални обхвати на настройките на параметрите на инвазивна вентилация: |  |  |  |
| 15.8.1.  | Гарантиран дихателен обем: 2 до 500 мл. |  |  |  |
| 15.8.2. | Лимитиране на дихателен обем: 2 до 500 мл. |  |  |  |
| 15.8.3. | Дихателна честота: 2 до 200 bpm |  |  |  |
| 15.8.4. | Инспираторно време: 0.1 – 2 сек  |  |  |  |
| 15.8.5. | Експираторно време: 0.2 – 30 сек |  |  |  |
| 15.8.6. | Инспираторен поток: 1 – 30 л/мин  |  |  |  |
| 15.8.7. | Експираторен поток: 2 – 20 л/мин |  |  |  |
| 15.8.8. | Инспираторно налягане: 4 до 80 mbar |  |  |  |
| 15.8.9. | Подпомагащо налягане: 2 до 80 mbar |  |  |  |
| 15.8.10. | Тригериране по обем: 10% до 25% от Vte |  |  |  |
| 15.8.11. | Тригериране по поток: 0,2 до 2,2 л/мин |  |  |  |
| 15.8.12. | FiO2: 21% до 100% |  |  |  |
| 15.9. | Интегриран миксер кислород/въздух. |  |  |  |
| 15.10. | Да има и следните специални функции: струйно подаване на кислород (О2 flush) с интервал 30, 60 или 120 сек., мануално подаване на дихателен цикъл, маневра за рекрутиране на белия дроб.  |  |  |  |
| 15.11. | Задължителни мониторирани параметри: налягания в дихателните пътища, дихателни обеми (общ, мандаторен и на спонтанно дишане), дихателна честота (обща, мандаторна и на спонтанно дишане), FiO2, „лийк“, динамичен камплайанс, индекс на прераздуване С20/С |  |  |  |
| 15.12. | Изобразяване на графика в реално време на налягането в дихателните пътища, обема и потока.  |  |  |  |
| 15.13. | Тренд за мониторираните параметри: ≥ 5 дни. |  |  |  |
| 15.14. | Алармена система за: високо налягане, ниско налягане, висок/нисък FiО2, слаба батерия, повреда в газоснабдяването, системна повреда.  |  |  |  |
| 15.15. | Автоматично калибриране на кислородния сензор. |  |  |  |
| 15.16. | Минимално изискуеми вградени интерфейси: USB, RS232, RJ45. |  |  |  |
| 15.17. | Електрическо захранване: от централна мрежа и от вградена акумулаторна батерия, осигуряваща минимум 2 часа автономна работа.  |  |  |  |
| 15.18. | Задължителна окомплектовка: статив на колела със спирачки, микропроцесорен овлажнител с автоклавируема неонатална овлажнителна камера, захранващи шлангове за въздух и кислород, неонатални дихателни кръгове за многократна употреба, комплект назални канюли, маски, шапчици. |  |  |  |
| 15.19. | Други параметри |  |  |  |
| 15.20. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.16

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 16 „Апарат за постоянно положително налягане в дихателните пътища – СРАР“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16.1.  | Микропроцесорен активен и синхронизиран назален CPAP респиратор, за ефективна неинвазивна респираторна поддръжка на високо рискови новородени деца, включително и такива с екстремално ниско тегло. |  |  |  |
| 16.2.  | Електрическо захранване |  |  |  |
| 16.2.1.  | От централна мрежа : 220 V / 50 Hz |  |  |  |
| 16.2.2.  | От вградена акумулаторна батерия, осигуряваща минимум 2 часа автономна работа |  |  |  |
| 16.3.  | Пневматично захранване със сгъстени медицински газове: кислород и въздух. |  |  |  |
| 16.4.  | Цветен LCD дисплей със сензорно управление. |  |  |  |
| 16.5.  | Задължителни режими на обдишване: |  |  |  |
| 16.5.1.  | Назален CPAP/ nCPAP/. |  |  |  |
| 16.5.2.  | Бифазен назален CPAP. |  |  |  |
| 16.5.3.  | Кислородна терапия. |  |  |  |
| 16.6. | Минимални обхвати на настройки на параметрите на вентилация: |  |  |  |
| 16.6.1. | Регулиране на нисък назален CPAP: 2-12 mbar. |  |  |  |
| 16.6.2. | Регулиране на висок назален CPAP: 5-12 mbar. |  |  |  |
| 16.6.3. | Инспираторно време: 0,2-15 sec. |  |  |  |
| 16.6.4. | Експираторно време : 0,2-15 sec. |  |  |  |
| 16.6.5. | FiO2 :21-100%. |  |  |  |
| 16.6.6. | Дихателна честота: ≥ 60bpm. |  |  |  |
| 16.6.7. | Регулиране на кислородния поток : 0 - 15 L/min. |  |  |  |
| 16.7.  | Задължително мониторирани параметри: средно налягане на в дихателните пътища; ниско и високо CPAP налягане; FiO2, тренд за всички мониторирани параметри. |  |  |  |
| 16.8.  | Графика в реално време на налягането в дихателните пътища. |  |  |  |
| 16.9.  | Алармена система за: високо и ниско налягане, висока и ниска FiO2 концентрация; слаба/изтощена батерия. |  |  |  |
| 16.10.  | Тегло: ≤ 10кг. |  |  |  |
| 16.11.  | Задължителна окомплектовка - статив на колела със спирачки; микропроцесорен овлажнител с автоклавируема неонатална овлажнителна камера, захранващи шлангове за въздух и кислород; пациентен кръг за CPAP(мин. 10бр.); назални канюли; маски; шапчици(мин.10 броя от 3 различни размера). |  |  |  |
| 16.12. | Други параметри |  |  |  |
| 16.13. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.17

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 17 „Автоматичен апарат BiPAP AUTO“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 17.1.  | Възможност за обдишване на пациента с непрекъснато положително налягане в дихателните пътища. |  |  |  |
| 17.2.  | Възможност за обдишване с две нива на налягането с опция за автоматично коригиране на инспираторно и експираторно налягане съобразно нуждите на пациента. |  |  |  |
| 17.3.  | Възможност за намаляване на налягането при издишване за по-добър комфорт на пациента. |  |  |  |
| 17.4. | Регулиране на налягането при CPAP: 4-20см H2O, стъпка 0.5.  |  |  |  |
| 17.5. | Регулиране на налягането при автоматичен режим от 4-20см H2O, стъпка 0.5.  |  |  |  |
| 17.6. | Температурен диапазон при работа: от 5 до 35С. |  |  |  |
| 17.7. | Относителна влажност без конденз, от 15% до 95%.  |  |  |  |
| 17.8. | Ниво на шум по ISO 4871: 27dB (A) (налягане); 35dB (A) (сила на звука). |  |  |  |
| 17.9. | Захранване: 240V , 50Hz. |  |  |  |
| 17.10. | Окомплектовка : SD с възможност за проследяване показателите на пациента в голям обем, апнея/хипопнея индекс, вид на респираторните събития, утечки и други. Възможност за генериране на детайлен отчет/ рапорт. |  |  |  |
| 17.11. | Сив поленов филтър за многократна употреба. |  |  |  |
| 17.12. | Ултрафин филтър за еднократна употреба. |  |  |  |
| 17.13. | Овлажнител. |  |  |  |
| 17.14. | Гофриран пациентен шланг. |  |  |  |
| 17.15. | Захранващ кабел и източник (с мощност 60W t1091398 или 80W 1091399). |  |  |  |
| 17.16. | Други параметри |  |  |  |
| 17.17. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.18

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 18 „Апарат за дихателна реанимация“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **18.1.**  | **Апарат за дихателна реанимация с възможност за транспорт на пациенти** |  |  |  |
| 18.1.1. | Принцип на работа – циклиран по време, контролиран или лимитиран по налягане.  |  |  |  |
| 18.1.2. | Типове терапия - инвазивна вентилация, неинвазивна вентилация (NIV) и кислородна терапия. |  |  |  |
| **18.2.** | **Да притежава следните режими на вентилация:** |  |  |  |
| 18.2.1.  | Мандаторна вентилация контролирана по обем. |  |  |  |
| 18.2.2. | Вентилация по обем с асистиран контрол. |  |  |  |
| 18.2.3. | Синхронизирана мандаторна вентилация контролирана по обем. |  |  |  |
| 18.2.4. | Мандаторна вентилация контролирана по налягане. |  |  |  |
| 18.2.5. | Вентилация по налягане с подпомагане на налягането. |  |  |  |
| 18.2.6. | Вентилация по налягане с асистиран контрол. |  |  |  |
| 18.2.7. | Синхронизирана мандаторна вентилация контролирана по налягане. |  |  |  |
| 18.2.8. | Вентилация с режим на автоматично освобождаване на налягането. |  |  |  |
| 18.2.9. | Бифазно обдишване с положителни нива на наляганията. |  |  |  |
| 18.2.10. | Вентилация с продължително позитивно налягане CPAP.  |  |  |  |
| 18.2.11. | Вентилация с продължително позитивно налягане CPAP с подпомагане на налягането. |  |  |  |
| 18.2.12. | Вентилация с продължително позитивно налягане CPAP с подпомагане на обема. |  |  |  |
| 18.2.13. | Неинвазивна вентилация (NIV) при всички режими на обдишване. |  |  |  |
| 18.2.14. | Подпомагане по налягане от 0 до 95 mbar. |  |  |  |
| 18.2.15. | Променливо подпомагане по налягане. |  |  |  |
| **18.3.**  | **Да притежава следните допълнителни функции:** |  |  |  |
| 18.3.1.  | Апнеа вентилация. |  |  |  |
| 18.3.2. | Тригер по поток или по налягане. |  |  |  |
| 18.3.3. | Гарантиран обем. |  |  |  |
| 18.3.4. | Компенсация на утечки включително и при неинвазивна вентилация. |  |  |  |
| 18.3.5. | Сензор за поток: тип гореща жичка. |  |  |  |
| 18.3.6. | Вход за небулайзер (медикаментен разпрашител). |  |  |  |
| 18.3.7. | Режим на изчакване (STAND BY). |  |  |  |
| **18.4.**  | **Да притежава следните специални процедури:** |  |  |  |
| 18.4.1.  | Оксигениране преди бронхиално аспириране. |  |  |  |
| 18.4.2. | Ръчно инспираторно задържане. |  |  |  |
| **18.5.**  | **Възможност за задаване на параметри в следните минимални граници:** |  |  |  |
| 18.5.1.  | Дихателна честота: 4 - 150/min (bpm). |  |  |  |
| 18.5.2. | Инспираторно време ( Тi ) : 0,1 - 2 sec. |  |  |  |
| 18.5.3. | Инспираторен поток: 2 - 30 L/min. |  |  |  |
| 18.5.4. | Инспираторно налягане в дихателните пътища PIP: 4 - 80 mbar (cmH2O). |  |  |  |
| 18.5.5. | Кислородна концентрация (О2): от 21 до 100%. |  |  |  |
| 18.5.6. | PEEP: 0 - 30 mbar (cmH2O). |  |  |  |
| 18.5.7. | Еднократен обем за възрасти деца и новородени, в граници 2 - 2000ml. |  |  |  |
| 18.5.8. | Чувствителност на тригера: 0,2 - 2,4 L/min. |  |  |  |
| **18.6.**  | **Да измерва и показва стойностите на следните състояния и параметри :** |  |  |  |
| 18.6.1.  | Позитивно инспираторно налягане PIP. |  |  |  |
| 18.6.2. | Позитивно експираторно налягане PEEP. |  |  |  |
| 18.6.3. | Средно налягане в дихателните пътища MAP или Pmean (mbar). |  |  |  |
| 18.6.4. | Дихателна честота (bpm). |  |  |  |
| 18.6.5. | Минутен обем (L). |  |  |  |
| 18.6.6. | Минутен обем при спонтанно дишане (MVspon).  |  |  |  |
| 18.6.7. | Еднократен дихателен обем (Vt, mL). |  |  |  |
| 18.6.8. | Еднократен експираторен дихателен обем (mL). |  |  |  |
| 18.6.9. | Измерване на инспираторна кислородна концентрация FiO2 в минимален диапазон 21 - 100%. |  |  |  |
| 18.6.10. | Комплайанс (еластичност).  |  |  |  |
| 18.6.11. | Резистънс (съпротивление). |  |  |  |
| 18.6.12. | Лекаж на ендотрахиалната тръба. |  |  |  |
| 18.6.13. | Измерване на CO2. |  |  |  |
| 18.6.14. | Показване в реално време кривите на налягане, поток и обем. |  |  |  |
| 18.6.15. | Показване в реално време примките налягане-обем и обем-поток. |  |  |  |
| 18.6.16. | Експорт на данни чрез USB стик. |  |  |  |
| 18.6.17. | Състояние на вградената акумулаторна батерия. |  |  |  |
| **18.7.**  | **Мониториране / сигнализация (аларми):**  |  |  |  |
| 18.7.1.  | Светлинна индикация на алармата. |  |  |  |
| 18.7.2. | Наличие на акустични и визуални аларми, съпроводени с обяснителен текст при. застрашаващи живота отклонения зададените параметри. |  |  |  |
| 18.7.3. | Индивидуална настройка на алармените граници. |  |  |  |
| 18.7.4. | Минутна вентилация (MV). |  |  |  |
| 18.7.5. | Налягане в дихателните пътища (Paw). |  |  |  |
| 18.7.6. | Инспираторна О2 концентрация (FiO2). |  |  |  |
| 18.7.7. | Дихателна честота (RR). |  |  |  |
| 18.7.8. | Апнеа сигнализация. |  |  |  |
| 18.7.9. | Отпадане на мрежово електрическо захранване.  |  |  |  |
| 18.7.10. | Проблем при захранване с О2 и въздух. |  |  |  |
| 18.7.11. | Сигнализация за празна батерия. |  |  |  |
| **18.8.**  | **Да има следните работни характеристики:** |  |  |  |
| 18.8.1.  | Захранване с кислород, налягане 2,7 до 6 bar. |  |  |  |
| 18.8.2. | Захранване с мед. въздух, налягане 2,7 до 6 bar. |  |  |  |
| 18.8.3. | Мрежово електрическо захранване 230V~. |  |  |  |
| 18.8.4. | Цветен дисплей (LCD Color display) със сензорно управление (touch-screen) с графично и цифрово мониториране на основните параметри на вентилация. |  |  |  |
| 18.8.5. | Максимална подвижност на екрана. |  |  |  |
| 18.8.6. | Вградена акумулаторна батерия, осигуряваща минимум 30 минути автономна работа. |  |  |  |
| 18.8.7. | Интерфейс минимум 1 х RS232. |  |  |  |
| 18.8.8. | Интерфейс минимум 1 х USB port.  |  |  |  |
| 18.8.9. | Интерфейс минимум 1 х RJ 45 Ethernet port.  |  |  |  |
| **18.9.**  | **Задължителна окомплектовка към апарата** |  |  |  |
| 18.9.1.  | Статив на колела със спирачки, микропроцесорен овлажнител с автоклавируема неонатална овлажнителна камера, захранващи шлангове за въздух и кислород, пълен комплект пациентни шлангове и сензори, носещо рамо за пациентна система .  |  |  |  |
| 18.9.2. | Комплект назални маски за неинвазивна вентилация на новородени. |  |  |  |
| 18.9.3. | Небулайзер за медикаменти. |  |  |  |
| **18.10.** | **Резервиращо газово захранване:** |  |  |  |
| 18.10.1. | Компресор за медицински въздух. |  |  |  |
| 18.10.2. | Кислородна бутилка с редуцир вентил, възможност за закрепване. За мобилно ползване. |  |  |  |
| **18.11.** | **Електрическо захранване: от централна мрежа и от вградена акумулаторна батерия осигуряваща минимум 3 часа автономна работа.** |  |  |  |
| **18.12.** | Други параметри |  |  |  |
| **18.13.** | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.19

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 19 „Апарат за неинвазивно почистване на секретите в белите дробове“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 19.1.  | Възможност за използване на запаметени програми с параметри на различни пациенти. |  |  |  |
| 19.2.  | Възможност за използване на автоматичен и ръчен режим. |  |  |  |
| 19.3.  | Инспираторно налягане от 0 до +70 cmH2O, стъпка 1 cmH2O |  |  |  |
| 19.4. | Експираторно налягане от 0 до -70 cmH2O, стъпка 1 cmH2O |  |  |  |
| 19.5. | Стойности на вдишаният поток - нисък, среден, висок |  |  |  |
| 19.6. | Осцилация - Изкл./Вдишване/Издишване/И двете |  |  |  |
| 19.7. | Честота при активирана осцилация - 1-20 Hz,стъпка 1Hz. |  |  |  |
| 19.8. | Амплитуда при активирана осцилация - 1-10 cmH2O, стъпка 1cmH2O |  |  |  |
| 19.9. | Инспираторно време при автоматичен режим - 0-5сек.,стъпка 0,1сек. |  |  |  |
| 19.10. | Експираторно време при автоматичен режим - 0-5сек.,стъпка 0,1сек. |  |  |  |
| 19.11. | Захранващо напрежение : 100 - 240 V , 50/60 Hz |  |  |  |
| 19.12. | Мониториране на : пиков кашличен поток, дихателен обем |  |  |  |
| 19.13. | Други параметри |  |  |  |
| 19.14. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.20

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 20 „Инкубатор за интензивни грижи“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 20.1.  | Осигуряване на оптимален микроклимат за новородени деца, включително такива с ниско тегло. |  |  |  |
| 20.2. | Двойни стени. |  |  |  |
| 20.3. | Сервоконтрол на температурата на въздуха до 39о С. |  |  |  |
| 20.4. | Допълнителна защита чрез потвърждаване настройка на температурата над 37о С. |  |  |  |
| 20.5. | Сервоконтрол на кислорода. |  |  |  |
| 20.6. | Подсигуряване контрола на кислорода с минимум два кислородни сензора. |  |  |  |
| 20.7. | Настройки за кислорода 21% до 65%, промяна +/**-** 1%. |  |  |  |
| 20.8. | Сервоконтрол на относителната влажност в интервала от 40% до 95%, в зависимост от зададената температура с разделителна способност от 1%. |  |  |  |
| 20.9. | Капацитет на овлажнителната камера минимум 1000 мл. |  |  |  |
| 20.10. | Автоматична настройка на въздушната температура в инкубатора в зависимост от зададената кожна температура на новороденото дете. |  |  |  |
| 20.11. | Време за загряване на инкубатора от околна температура до зададената такава не повече от 35 минути. |  |  |  |
| 20.12. | Стерилно овлажняване с бактерицидно действие. |  |  |  |
| 20.13. | Филтър за входящ въздух с капацитет за улавяне на частици 0,5 микрона или по-малки и ефективност над 98%.  |  |  |  |
| 20.14. | Други параметри |  |  |  |
| 20.15. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.21

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 21 „Фибробронхоскоп“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 21.1.  | Зрително поле – не по-малко от 90°. |  |  |  |
| 21.2. | Фокусен диапазон (мм) – 2-50 или по-добър. |  |  |  |
| 21.3. | Диоптрична компенсация, диапазон - +3 ~ - 8 или по-добър диапазон. |  |  |  |
| 21.4. | Флексия - нагоре – минимум 130°. |  |  |  |
| 21.5. | Флексия – надолу минимум 130°. |  |  |  |
| 21.6. | Дистален край – външен диаметър (мм) – максимум 2.1 – 2.5 мм. |  |  |  |
| 21.7. | Инсертна тръба – външен диаметър (мм) – максимум 2.1 – 2.7 мм. |  |  |  |
| 21.8. | Аспирационен канал. |  |  |  |
| 21.9. | Работна дължина (мм) – 600 – 650 мм. |  |  |  |
| 21.10. | Апаратът да има интегриран метален аспирационен накрайник в грифа. |  |  |  |
| 21.11. | Апаратът да има многократна клапа за аспирация. |  |  |  |
| 21.12. | Интегриран в грифа миниатюрен **LED** светлинен източник захранван с батерия. |  |  |  |
| 21.13. | Светловод за връзка със светлинен източник с дължина 3/три/ метра и диаметър 5 мм. |  |  |  |
| 21.14. | Преносимхалогенен светлинен източник - минимум 150 вата 1 бр. |  |  |  |
| 21.15. | Други параметри |  |  |  |
| 21.16. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.22

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 22 „Термолегло“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 22.1.  | Неонатално легло, осигуряващо оптимален комфорт за отглеждане на рискови новородени деца. |  |  |  |
| 22.2.  | Удобен достъп до пациента за извършване на необходимите манипулации от двете страни. |  |  |  |
| 22.3.  | Възможност за термомониторинг - задаване и контрол на температура в границите на минимум 28° до 37°С с точност ±0.5оС.  |  |  |  |
| 22.4.  | Възможност за плавна двустранна промяна на наклона на леглото. |  |  |  |
| 22.5.  | Възможност за интегриране на лампа за фототерапия.  |  |  |  |
| 22.6.  | Приставка (касета за рентгенови плаки) за извършване на рентгенологично изследване на място. |  |  |  |
| 22.7.  | Лесна подвижност: 4 колела, 2 от които с възможност за застопоряване; |  |  |  |
| 22.8.  | Лесна дезинфекция и устойчивост при често почистване; |  |  |  |
| 22.9. | Други параметри |  |  |  |
| 22.10. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.23

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 23 „Реанимационна маса за новородени“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 23.1.  | Удобен плот за реанимация с достъп до пациента, позволяващ. извършване на всички необходими реанимационни манипулации.  |  |  |  |
| 23.2. | Прозрачни подвижни странични стени с височина 23±3cm, осигуряващи максимално добра видимост към пациента и достъп от двете му страни и откъм главата. |  |  |  |
| 23.3. | Лъчисто отопление с възможност за контрол на температурата и температурен датчик (в границите 18-43оС). |  |  |  |
| 23.4. | Сензор за кожна температура и възможност за контрол в границите 34-40оС, резолюция 0.1 оС. |  |  |  |
| 23.5. | Звукови аларми за кожна и околна температура с възможност за промяна на горната и долна граница и силата на звука. |  |  |  |
| 23.6. | Ясен дисплей на температурните показатели (кожна / околна температура) възможност за бърза и лесна промяна в настройките.  |  |  |  |
| 23.7. | Добро осветление на работната площ: вградена светлина за прегледи с мощност не по-малка от 50W. |  |  |  |
| 23.8. | Възможност за плавна двустранна промяна на наклона на леглото в границите на минимум ± 12о. |  |  |  |
| 23.9. | Аспирационна система с възможност за плавна настройка на негативното налягане в границите най-малко на 0- (-220 mmHg) / 0- (-30kPa) / 0- (-0.3bar).  |  |  |  |
| 23.10. | Резервоар за аспирираните секрети. |  |  |  |
| 23.11. | Таймер с възможност за бързо включване (необходим за динамична оценка по Апгар). |  |  |  |
| 23.12. | Размери: ширина 75cm ± 5cm; 105cm ± 10cm.  |  |  |  |
| 23.13. | Касета за поставяне на рентгенови плаки. |  |  |  |
| 23.14. | Възможности за обдишване на новородени (апаратна вентилация): |  |  |  |
| 23.15. | Други параметри |  |  |  |
| 23.16. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.24

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 24 „Апарат за близка инфрачервена спектроскопия“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24.1.  | Апарат на основата на спектроскопия в близката инфрачервена област. |  |  |  |
| 24.2. | С възможност за едновременно четириканално мониториране на церебрална и/или соматична оксиметрия. |  |  |  |
| 24.3. | Да е приложим при пациенти от 0 – 18год., като работи с 3 вида сензори – за възрастни, педиатрични и неонатални. |  |  |  |
| 24.4. | Системата да се прекалибрира и да е готова за работа в рамките на период не по-голям от 30 секунди. |  |  |  |
| 24.5. | Наличие на тест за самодиагностика, не по-дълъг от 20 секунди. |  |  |  |
| 24.6. | Наличие за USB памет с възможност за запис на данни.  |  |  |  |
| 24.7. | Обхват на регионална сатурация на кислород rSO2 – 15 – 92 (обновяване на всеки 5-6 секунди). |  |  |  |
| 24.8. | Наличие на памет за трендовете – 24 часа, не по-малко от 2 измервания в минута. |  |  |  |
| 24.9. | Клас на сигурност - BF, клас 1. |  |  |  |
| 24.10. | Други параметри |  |  |  |
| 24.11. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.25

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 25 „Апарат за неврофизиолофичен мониторинг“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 25.1.  | Предназначение - интраоперативен мониторинг, ЕМГ изследвания, регистрация и анализ на мозъчни евокирани потенциали. |  |  |  |
| 25.2. | Възможност за директна нервна стимулация, соматосензорна стимулация, транскраниална стимулация за регистрация на моторни евукирани потенциали, звукова стимулация. |  |  |  |
| 25.3. | Едновременен мониторинг в един прозорец на сигналите от няколко модалности: моторни евокирани потенциали , соматосензорни евокирани потенциали, ЕМГ, слухови евокирани потенциали. |  |  |  |
| 25.4. | Мониториране на моторни евокирани потенциали при транскраниална електростимулация, четирите крайника едновременно , на поне 16 мускула едновременно (при повърхностни иглени отвеждания), слухови евокирани потенциали. |  |  |  |
| 25.5. | Алармена функция при излизане амплитудата на сигнала извън зададения диапазон. |  |  |  |
| 25.6. | Функция „планиране на операция” с възможност за разделяне на операцията на етапи и запаметяване на прозорци с всеки отделен етап на операцията |  |  |  |
| 25.7. | Тригер по стимул и амплитуден тригер в отделен прозорец на част от сигнала |  |  |  |
| 25.8. | Тренд за амплитуда и латентност на евокирани потенциали. |  |  |  |
| 25.9. | Тест за педикуларни винтове. |  |  |  |
| 25.10. | Поне 50 предварително зададени възможни сценария за операции. |  |  |  |
| 25.11. | Тест за действие на степента на миорелаксанта. |  |  |  |
| 25.12. | Автоматично запазване на всички криви със зададен времеви интервал. |  |  |  |
| 25.13. | Възможност за създаване и редактиране на програми за работа на всеки един от стимулаторите. |  |  |  |
| 25.14. | Автоматично генериране на протокол от изследването на български език, с възможност за включване в протокола на графици, рисунки и таблици и опция за по-късно редактиране. |  |  |  |
| 25.15. | Възможност за водене на дневник на операцията със запис на коментари и запазване на времето , както и възможности за немодално въвеждане на други действия едновременно с регистрацията на сигналите. |  |  |  |
| 25.16. | Възможност за видеомониториране на синхронно с операцията и свободно мащабиране на всички елементи на интерфейса. |  |  |  |
| 25.17. | Най-малко 16 отделни ЕМГ и ЕП сигнали на усилвателя. |  |  |  |
| 25.18. | Възможност за режими на неврофизиологично мониториране: ЕМГ, МЕП (транскраниални електрически МЕП, кортико-спинални МЕП), соматосензорни ЕП, слухови ЕП, ЕЕГ; |  |  |  |
| 25.19. | Честота на квантуване на сигнала в избираем диапазон не по-малко от 0,5 Hz до не повече от 4 кHz. |  |  |  |
| 25.20. | АЦП не по малко от 16 бита. |  |  |  |
| 25.21. | Синхронизиран вход за включване на стимулатори на различни фирми производители. |  |  |  |
| 25.22. | Входно съпротивление по - голямо от 100 МОм. |  |  |  |
| 25.23. | Граници на честотната лента : горна – не по-малка от 0.01 и не по – голяма от 3000Hz; долна – не по – малка от 10 и не по – голяма от 4 KHz. |  |  |  |
| 25.24. | Регулируема честота на стимулите в интервал макс. до 999 Hz. |  |  |  |
| 25.25. | Амплитуда на силата на тока не по-малка от 0.1 и не по голяма от 20 mA. |  |  |  |
| 25.26. | Максимална сила на тока при транскраниална стимулация - до 200 mA. |  |  |  |
| 25.27. | Максимална продължителност на пулсациите - до 200 μsec. |  |  |  |
| 25.28. | Възможност за стимулация с отделни и пакетни импулси. |  |  |  |
| 25.29. | Стимулация с пакети до 9 импулси с различна честота в интервал от 100 до 1000 Hz и интервал между импулсите от 1 ms до 10 ms. |  |  |  |
| 25.30. | До 4 канала с комутация за стимулация с постоянен ток. |  |  |  |
| 25.31. | Звуковата стимулация да бъде с честота не по-малка от 5.5Hz и не по-голяма от 33 Hz, с интензивност между 50 и 100 dB SPL. |  |  |  |
| 25.32. | Възможност за контралатерално шумово маскиране. |  |  |  |
| 25.33. | Възможност за фотостимулация с независимо управление на десния и левия канал. |  |  |  |
| 25.34. | Максимална яркост на светене – до 1100±110) cd/m2. |  |  |  |
| 25.35. | Възможност за честота на стимулиращите импулси от 0.01 до 100 Hz и продължителност от 0.05 до 1500 ms. |  |  |  |
| 25.36. | Компютърна система за управление с мощност да поддържа ОС Win10 или еквивалент. |  |  |  |
| 25.37. | Други параметри |  |  |  |
| 25.38. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.26

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 26 „Анестезиологичен апарат“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **26.1.**  | **Общи изисквания на наркозния апарат:** |  |  |  |
| 26.1.1. | Автоматичен диагностичен тест след включване на апарата. |  |  |  |
| 26.1.2. | Тест за къмплаянс на системата, тест за лекаж в системата, тест за лекаж във вентилатора и тест на предпазните клапани.  |  |  |  |
| 26.1.3. | Режим на готовност (stand-by). |  |  |  |
| 26.1.4. | Възможност за работа с нисък поток(Low flow-анестезия). |  |  |  |
| 26.1.5. | Електронно контролиране на зададените параметри. |  |  |  |
| 26.1.6. | Ротаметричен блок за въздух, кислород и райски газ. |  |  |  |
| 26.1.7. | Звукова и визуална аларма при ниско налягане на кислорода. |  |  |  |
| 26.1.8. | Възможност за ръчно обдишване и подаване на газове и анестетик при срив в централното и батерийно захранване. |  |  |  |
| 26.1.9. | Регулируем предпазен вентил за ограничаване на налягането при ръчно обдишване, както и предпазен вентил за високо налягане на вентилатора(APL-valve). |  |  |  |
| 26.1.10. | Система за предотвратяване на хипоксична смес, гарантираща минимум 23,0% кислород в газовата смес. Автоматично спиране на захранването с райски газ при стойности на кислорода под 23,0%. |  |  |  |
| 26.1.11. | Кислороден байпас - мин. 45л/мин. |  |  |  |
| 26.1.12. | Външен извод за свеж газ за включване на отворена система за обдишване. |  |  |  |
| 26.1.13. | Възможност за работа с два изпарителя при съответно блокиране на неизползвания в момента изпарител. |  |  |  |
| 26.1.14. | Дисплей – цветен LCD. |  |  |  |
| 26.1.15. | Вградена акумулаторна батерия, позволяваща автономна работа не по-малко от 90 мин. |  |  |  |
| **26.2.**  | **Автоклавируема компактна дихателна система.** |  |  |  |
| 26.2.1.  | Абсорбер за въглероден двуокис – за многократна употреба, с възможност за автоклавиране, вместимост поне 1,5 л. |  |  |  |
| 26.2.2.  | Възможност за надграждане със система за използване на еднократни канистери за абсорбент на въглероден двуокис, с вместимост поне 1,2 л. |  |  |  |
| 26.2.3.  | Система за отопление на кръговата пациентна система. |  |  |  |
| **26.3.**  | **Изисквания към автоматичната приставка за обдишване**: |  |  |  |
| 26.3.1.  | Електронно контролиран вентилатор, електрически или пневматично задвижван със следните минимални технически параметри: |  |  |  |
| 26.3.2. | Еднократен дихателен обем: 20 – 1400 мл |  |  |  |
| 26.3.3. | Дихателна честота: 4 – 60 bpm. |  |  |  |
| 26.3.4. | Pmax – от 5 до 50 смН2О |  |  |  |
| 26.3.5. | Ti:Te - 4:1 до 1:4 |  |  |  |
| 26.3.6. | Регулируем PEEP: до 20 смH2O |  |  |  |
| 26.3.7. | Инспираторна пауза: 0 – 50 % |  |  |  |
| **26.4.**  | **Режими на обдишване: ръчно / спонтанно** |  |  |  |
| 26.4.1.  | Обдишване по обем /IMV/IPPV/CMV/ |  |  |  |
| 26.4.2.  | Обдишване по налягане /PCV/ |  |  |  |
| **26.5.**  | **Възможност за измерване, контролиране и мониториране на следните дихателни параметри:** |  |  |  |
| 26.5.1.  | честота на дишане  |  |  |  |
| 26.5.2. | налягане в дихателните пътища |  |  |  |
| 26.5.3. | тидален обем |  |  |  |
| 26.5.4. | минутен обем |  |  |  |
| 26.5.5. | РЕЕР |  |  |  |
| 26.5.6. | пиково налягане |  |  |  |
| 26.5.7. | FiO2 /инспираторна концентрация на кислород/ |  |  |  |
| **26.6.**  | **Окомплектовка към апарата:** |  |  |  |
| 26.6.1.  | Наличие на поне 2 чекмеджета за аксесоари на количката на апарата |  |  |  |
| 26.6.2. | Поне 2 от колелата на количката да се заключват |  |  |  |
| 26.6.3. | Инструкции за работа на български език |  |  |  |
| 26.6.4. | Апаратът да е окомплектован с всички необходими аксесоари, сензори и консумативи необходими за работата му. |  |  |  |
| 26.6.5. | Комплект шлангове за възрастни и деца |  |  |  |
| 26.6.6. | Сензори за поток за възрастни |  |  |  |
| 26.6.7. | Шлангове за централно захранване с кислород, въздух и райски газ. |  |  |  |
| **26.7.**  | **Анестезиологичен монитор** |  |  |  |
| 26.7.1.  | Цветен LCD дисплей управляван чрез докосване /touch-screen/ |  |  |  |
| 26.7.2. | Бутони за бърз достъп до основни менюта |  |  |  |
| 26.7.3. | Възможност за работа при температура 5 - 40° C, влажност 25% - 80%  |  |  |  |
| 26.7.4. | Възможност за изобразяване на криви в реално време |  |  |  |
| 26.7.5. | Възможност за работа в операционна зала без интерференция на електронож |  |  |  |
| 26.7.6. | Методи на работа при измерване на неинвазивно кръвно налягане: ръчно, автоматично и продължително измерване; интервали - между 1 и 480 минути |  |  |  |
| 26.7.7. | Да измерва сърдечна честота в границите 15-300 удара в минута, за деца – 350 удара в мин. |  |  |  |
| 26.7.8. | Измерване на сатурация: 0 – 100%, резолюция 1%,  |  |  |  |
| 26.7.9. | Да има възможност за измерване на температура с поне два електрода едновременно. |  |  |  |
| 26.7.10. | Да има възможност за изобразяване поне 2 отвеждания от IBP едновременно, с динамично измерване на налягане поне от - 50 до 300 mmHg |  |  |  |
| 26.7.11. | Да има възможност за изобразяване на графики и графики+трендове с памет за последните 120 часа |  |  |  |
| 26.7.12. | Детекция на брадикардия и тахикардия при възрастни и деца при деца и възрастни |  |  |  |
| 26.7.13. | ЕКГ: 3/5 отвеждания, с възможност за изобразяване на поне 7 криви |  |  |  |
| 26.7.14. | Аларми на приоритетен принцип, 3 нива на важност |  |  |  |
| 26.7.15. | Функция - замразяване на екрана |  |  |  |
| 26.7.16. | Захранване: 100-240V, 50-60 Hz |  |  |  |
| 26.7.17. | Вградена акумулаторна батерия, даваща независимост за поне 120 минути. |  |  |  |
| 26.7.18. | Окомплектовка към анестезиологичния монитор |  |  |  |
| 26.7.19. | Окомплектован с кабели и модули за измерване на: EКГ, cъpдeчнa чecтoтa – 3 отвеждания, който да разполага с филтър за ел. шумове предизвикани от работа с електронож или дефибрилатор – за многократна употреба |  |  |  |
| 26.7.20. | Kислородна caтуpaция, пулсоксиметрия за многократна употреба |  |  |  |
| 26.7.21. | Tелесна тeмпepaтуpа – кожна, ректална. |  |  |  |
| **26.8.**  | **Газов анализатор**  |  |  |  |
| 26.8.1.  | Необходим за измерване на инспираторна и експираторна концентрация на долуизброените газове : |  |  |  |
| 26.8.1.1.  | райски газ - N2O |  |  |  |
| 26.8.1.2. | въглероден диоксид - СО2 |  |  |  |
| 26.8.1.3. | кислород - О2 |  |  |  |
| 26.8.1.4. | изофлуран - ISO |  |  |  |
| 26.8.1.5. | севофлуран - Sevo |  |  |  |
| 26.8.1.6. | енфлоран - ENFLO |  |  |  |
| 26.8.1.7. | десфлоран - Des |  |  |  |
| 26.8.1.8. | халотан - HAL |  |  |  |
| 26.8.2. | Данните от анализатора да могат да бъдат изобразявани на анестезиологичния монитор |  |  |  |
| 26.9. | Други параметри |  |  |  |
| 26.10. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.27

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 27 „Апарат за левкафереза – клетъчен сепаратор“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 27.1.  | Клетъчен сепаратор от ново поколение (след 2010 г.)с мултипроцедурна аферезна платформа за клетъчна колекция, клетъчна деплеция, терапевтични аферези; с разграничаване на подвидове WBC, в зависимост от предпочитанията. |  |  |  |
| 27.2.  | Терапевтична плазма обмяна, събиране на мононуклеарни клетки, еритроцити, еритроцитна деплеция. |  |  |  |
| 27.3.  | Автоматизиран интерфейс за управление чрез камерна технология. |  |  |  |
| 27.4.  | Автоматично управление на всички процедури. |  |  |  |
| 27.5.  | Камера с висока резолюция за мониторинг на плътността на клетките в линията за кръвовземане. |  |  |  |
| 27.6.  | Непрекъсната система без необходимост от силиране. |  |  |  |
| 27.7.  | Екстракорпорален обем на тюбинг сета по-малък от 200 мл (при селекция и събиране на MNC за трансплантация – 191 мл.) |  |  |  |
| 27.8. | Нагаждане на запълването на системата с кръв при малки пациенти (деца). |  |  |  |
| 27.9. | Мултиплена система за сигурност – хемолитичен детектор, въздушен детектор, сензор за температура при центрофугиране, мониториране на наляганията. |  |  |  |
| 27.10. | Функция за управление на болуса. |  |  |  |
| 27.11. | Максимален входящ поток на помпата при TPE до 143 мл/мин. |  |  |  |
| 27.12. | Максимален входящ поток на помпата при MNC до 125 мл/мин. |  |  |  |
| 27.13. | Ефективност при отстраняване на плазма при TPE>85%. |  |  |  |
| 27.14. | Загуба на тромбоцити при TPE < 1,5%. |  |  |  |
| 27.15. | Управление на баланса на течности. |  |  |  |
| 27.16. | Htc MNC продукт <3%. |  |  |  |
| 27.17. | Прецизност на потока на изпомпване 6%. |  |  |  |
| 27.18. | Помпа за обратен поток с контрол на обратния поток. |  |  |  |
| 27.19. | Възможност за анализ на текущи данни и анализ на образи. |  |  |  |
| 27.20. | Капацитет за текущо складиране на до 100 песонални файла. |  |  |  |
| 27.21. | Възможност за разпечатване/складиране на текущи файлове. |  |  |  |
| 27.22. | Тъч скрийн с висока резолюция |  |  |  |
| 27.23. | Цветно кодирани тюбинг сетове. |  |  |  |
| 27.24. | Кастно зареждане. |  |  |  |
| 27.25. | Унифициран филтър за всички протоколи. |  |  |  |
| 27.26. | Интегриран силър. |  |  |  |
| 27.27. | Сензор за антикоагуланта и ограничител на потока на антикоагуланта. |  |  |  |
| 27.28. | Ниво на шум под 65 dB. |  |  |  |
| 27.29. | Размери: височина до 120 см без стойка и до174 см със стойка, ширина – 52,7 см, Дълбочина – 81,3 см. |  |  |  |
| 27.30. | Време за зареждане на тюбинг сета 3 мин. |  |  |  |
| 27.31. | Време за запълване на системата 8 мин. |  |  |  |
| 27.32. | Други параметри |  |  |  |
| 27.33. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.28

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 28 „Флуоцитометър“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 28.1.  | Флоуцитометър за клинично-диагностична употреба, с потенциал за измерване на не по-малко от 10 параметъра (8 – флуоресцентни и по 1 за предно и странично разсейване). |  |  |  |
| 28.2.  | Не по-малко от три (3) лазера с въздушно охлаждане (488 nm син, 633 nm червен, 405 nm виолетов) и фиксирано подравняване.  |  |  |  |
| 28.3.  | Високо чувствителна рефлекционна оптика, измерваща възходящо сигнали от най-ниска към по-висока емисия.  |  |  |  |
| 28.4.  | Не по-малко от 8 флуоресцентни детектора, детектори за предно и странично разсейване на светлината - FSC/SSC. |  |  |  |
| 28.5.  | Възможност за анализ на флуорохроми с подходящемисионен максимум на активация от 3-те типа син, червен и виолетов лазер. |  |  |  |
| 28.6.  | Възможност за мануално сменяеми от потребителя оптични филтри, за евнтуална детекция на параметри, маркирани с други флуорохроми, праг на чувствителност за флуоресценция за основни флуорохроми: за FITC ≤ 100 разтворени молекули, за PE ≤ 50 разтворени молекули  |  |  |  |
| 28.7.  | Матриксна компенсация и възможност за мануална настройка по време на събиране на диагностични събития и след събирането на пробите (т.нар. *offline compensation*). Възможност за мануално и автоматично калкулиране на компенсацията от софтуера. Желана скорост на приемане на пробата до 10 000 събития/сек. Възможност за измерване на проби с минимален обем (напр. 30 µL). Възможности за избор на степени на събиране от проби.  |  |  |  |
| 28.8.  | Автоматичен цикъл на почистване на апарата.  |  |  |  |
| 28.9.  | Сертифициран за ин витро диагностика.  |  |  |  |
| 28.10.  | Съвместима, отделно обособена компютърна конфигурация и принтер. |  |  |  |
| 28.11. | Други параметри |  |  |  |
| 28.12. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.29

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 29 „Мултифункционална видеоларингоскопска система“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 29.1.  | Видеоларингоскоп, подходящ за директна и индиректна интубация на новородени деца. |  |  |  |
| 29.2. | Лъжиците да са специално разработени за трудна интубация, да са достатъчно тесни и с нисък профил, с цел осигуряване на повече място за поставяне на интубационната тръба. |  |  |  |
| 29.3. | 2 броя лъжици размери 0 и 1 с допълнителен канал за администриране на кислород по време на интубиране.  |  |  |  |
| 29.4. | Дръжка с малък размер, с LED светлина и възможност за минимум 10 часа време на работа и презареждащи се батерии. |  |  |  |
| 29.5. | Комплект интубационни водачи с „памет“ за придобитата форма, които да могат да се ползват за интубационни тръби с размер от 2,5 до 4 мм.  |  |  |  |
| 29.6. | CCD камера (или по-добра) с регулатор на фокуса и оптически лещи с достатъчно широк ъгъл на гледане.  |  |  |  |
| 29.7. | Връзката между лъжицата на ларингоскопа и камерата да е магнитна, да позволява бързо сваляне на камерата и ползване на ларингоскопа без камера. |  |  |  |
| 29.8. | Портативен цветен монитор с диагонал на екрана минимум 5“. |  |  |  |
| 29.9. | Вградена памет за запис на снимки и видео клипове от процедурите: минимум 1000 снимки или 60 минути видео запис. |  |  |  |
| 29.10. | Системата да има директен USB интерфейс за връзка с потребителски персонален компютър. |  |  |  |
| 29.11. | Цялата система да е поместена в чанта или малко куфарче за удобно съхранение и лесно пренасяне. |  |  |  |
| 29.12. | Други параметри |  |  |  |
| 29.13. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Образец № 8.30

**ТАБЛИЦА**

**ЗА СЪОТВЕТСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ ...........................................................................**

*(посочва се марка, модел, производител)*

**предложено от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**с изискванията за изпълнение на обществена поръчка с предмет:** „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № 30 „Транскутанен апарат за неинвазивно измерване на кръвен билирубин“**

| **№** | **ИЗИСКВАНЕ** | **ПРЕДЛОЖЕНИЕ\*** | **ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЯ\*\*** | **СЪОТВЕТСТВИЕ\*\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 30.1.  | Уред за неинвазивно измерване концентрацията на билирубина чрез определяне степента на пожълтяване на кожа/подкожна тъкан, приложим при доносени и недоносени деца. |  |  |  |
| 30.2. | Източник за светлина – LED лампа |  |  |  |
| 30.3. | Живот на лампата над 200 000 измервания |  |  |  |
| 30.4. | Да разполага с устойчив дисплей за отчитане на показанията и за визуализиране на настройките. |  |  |  |
| 30.5. | Да е показан за работа както при доносени деца, така и при недоносени с гестационна възраст 24 или повече гестационни седмици. |  |  |  |
| 30.6. | Да е подходящ за всеки тип кожа. |  |  |  |
| 30.7. | Да има опция за промяна на мерните единици на общия билирубин в μmol/l, mg/dl. |  |  |  |
| 30.8. | Да работи с точност (RMSE) ±26 μmol/l (±1.5mg/dl) през 66% от времето или 1 стандартно отклонение. |  |  |  |
| 30.9. | Да има повторяемост с SD ±11.9 μmol/l (±0.7mg/dl). |  |  |  |
| 30.10. | Да бъде с корелация r=0.90. |  |  |  |
| 30.11. | Да извършва минимум 100 измервания с едно зареждане. |  |  |  |
| 30.12. | Да има памет за данните от най-малко 40 измервания. |  |  |  |
| 30.13. | Да е с литиево-полимерна батерия с минимален живот 1 година. |  |  |  |
| 30.14. | Да е с възможност за лесна и бърза дезинфекция |  |  |  |
| 30.15. | В комплекта да са включени: апарат, батерия, стойка за зареждане (докинг станция), приставка за проверка на калибрацията, антиконтаминационни калъфи  |  |  |  |
| 30.16. | Други параметри |  |  |  |
| 30.17. | Допълнителни възможности и функции |  |  |  |

*\* В колона 3 се описват подробно техническите характеристики на предлаганото оборудване.*

*\*\* В колона 4 се посочва в кой официален документ на производителя могат да се открият описаните характеристики (с референтни номера на страници, посочване на хипервръзки и др. под.).*

*\*\*\* В колона 5 се декларира съответствието или надвишаването на минималните изисквания съгласно Техническата спецификация.*

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Приложение № 9***

***Образец № 9***

**ДЕКЛАРАЦИЯ \***

**за конфиденциалност по чл. 33, ал. 4 от ЗОП**

Долуподписаният/-ната/ .............................................................................................., с ЕГН ..................................................., в качеството ми на .................................................................... (*посочва се длъжността и качеството, в което лицето има право да представлява и управлява - напр. изпълнителен директор, управител или др*.) на…………………….*(посочва се наименованието на участника),* с ЕИК …………, със седалище и адрес на управление: ............................................................................ – участник в открита процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

|  |
| --- |
| **ДЕКЛАРИРАМ**: |
|  1. Информацията, съдържаща се в .......................... (*посочват се конкретна част/части от техническото предложение)* от техническото ни предложение, да се счита за конфиденциална, тъй като съдържа технически и/или търговски тайни *(вярното се подчертава).* |
|  2. Не бихме желали информацията по т. 1 да бъде разкривана от възложителя, освен в предвидените от закона случаи. |

*Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата  | ........................./........................../....................... |
| Име и фамилия | ............................................................................. |
| Длъжност | ........................................................................... |
| Подпис  | ............................................................................. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\**Настоящата декларация не е задължителна част от офертата, като същата се представя по преценка на всеки участник и при наличие на основания за това. Декларацията се прилага в Плик № 2.*

***Приложение № 10***

***Образец № 10***

**ЦЕНОВО предложение**

**от ..............................................................................................................**

*(посочва се името на участника)*

**за изпълнение на обществена поръчка с предмет:**

„***Доставка на медицинско оборудване за лечебни заведения - бенефициенти по благотворителната инициатива "Българската Коледа"***

**по СОП № ...... «...................................................................................................................................................»** *(посочват се номерът и наименованието на самостоятелно обособената позиция)*

**УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА,**

Във връзка с обявената процедура за възлагане на горепосочената поръчка, Ви представяме нашето ценово предложение, изготвено въз основа на техническата спецификация на Възложителя и нашето техническо предложение:

1. Предлагаме следните цени за изпълнение на поръчката:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **СОП №** | **ПРЕДМЕТ НА ДОСТАВКА** | **БР.** | **Единична цена без ДДС, лева** | **Обща цена без ДДС/ лева** |
|  |  |  |  |  |
| **ДДС, лева** |  |
| **ОБЩА ЦЕНА С ДДС, лева** |  |

Декларираме, че: *(ненужното се зачертава)*

Посочената единична цена е крайна и включва всички разходи, свързани с доставката до мястото на изпълнение (опаковка, транспорт, застраховки, митни сборове, такси), монтаж, инсталация, въвеждане в експлоатация, техническа документация, ръководства за употреба, обучение за работа и гаранционно обслужване и поддръжка. В цената се включват и всички разходи и такси за издаване на разрешение за внос и износ на източници на йонизиращи лъчения или на части от тях, както и за изготвяне на инвестиционен технически проект с лъчезащитна част и за неговото одобряване (в приложимите случаи).

Посочената обща цена е определена въз основа на единичната крайна цена и предвиденото в условията за възлагане на поръчката общо количество на оборудването.

Поемаме ангажимента, в случай, че бъдем избрани за Изпълнител на обществената поръчка, всички цени по договора да бъдат фиксирани и да не подлежат на промяна за срока на неговото действие.

Предложените цени са определени при пълно съответствие с условията от документацията по процедурата.

При несъответствие между предложените единична и обща цена, валидна ще бъде единичната цена на офертата.

При несъответствие между предложената цена, изписана словом и цената, посочена с цифри, валидна ще бъде цената, посочена словом.

Запознати сме и приемаме условието, че Възложителят има право да не възложи поръчка по тази самостоятелно обособена позиция *(за опционални самостоятелно обособени позиции)*.

Запознати сме и приемаме условието, че Възложителят има право по свой избор да възложи поръчка за цялото или част от количеството на оборудването, като поемаме ангажимента, в случай, че бъдем избрани за Изпълнител на обществената поръчка, договорът за възлагане на поръчката да бъде сключен при посочената единична крайна цена, независимо от договорираното количество (за самостоятелно обособени позиции с опция за допълнителни количества).

Запознати сме и приемаме условието, че Възложителят има право да не възложи поръчка по тази самостоятелно обособена позиция или по свой избор да възложи поръчка за цялото или част от количеството на оборудването, като поемаме ангажимента, в случай, че бъдем избрани за Изпълнител на обществената поръчка, договорът за възлагане на поръчката да бъде сключен при посочената единична крайна цена, независимо от договорираното количество (за опционални самостоятелно обособени позиции с опционални количества).

1. Начин на плащане – съгласно проекта на договор.
2. Поемаме ангажимента, в случай, че бъдем избрани за Изпълнител на обществената поръчка, да представим парична или банкова гаранция за изпълнение на задълженията по договора в размер на 5 % /пет на сто/ от стойността на договора без ДДС при условията, посочени в него.

 **ПОДПИС и ПЕЧАТ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |
| **Име и фамилия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Подпис на упълномощеното лице** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Длъжност**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Наименование на участника** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. *Това представяне се попълва за всеки участник, а в случай че участникът е обединение – за всяко физическо или юридическо лице, включено в обединението.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *\*Настоящата декларация се попълва задължително от представляващия участника по регистрация.*  [↑](#footnote-ref-2)