**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient:** **2024-202**

**LOT 1** - **MATERIAL RESPIRACIÓ**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FRR011** | **Filtre respirador** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte\*\*\****

|  |
| --- |
| * Filtre electrostàtic de baix volum, antibacterià, antivíric i hidròfob.   **Si  No** |
| * D'un sol ús.   **Si  No** |
| * Lliure de làtex, DEHP i PVC.   **Si  No** |
| * Retenció bacteriana 99,99%.   **Si  No** |
| * Retenció vírica 99,9%.   **Si  No** |
| * Volum tidal entre 100 i 500 ml.   **Si  No** |
| * Connectors 22M/15F-22F/15M.   **Si  No** |
| * Amb port de mostreig amb connexió *luer-lock* compatible amb Oxylog 3000/3000+.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 1** - **MATERIAL RESPIRACIÓ**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FTM037** | **Mascareta VNI talla L** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Mascareta oronasal amb vorell de silicona amb forma anatòmica.   **Si  No** |
| * Amb suport ajustable per al front amb coixinet de silicona.   **Si  No** |
| * Arnès de cap de 4 punts de fixació.   **Si  No** |
| * Fixacions de tipus velcro per a un ajust ràpid i senzill.   **Si  No** |
| * Pinces de fixació integrades en l'arnès de cap per a un alliberament ràpid.   **Si  No** |
| * Arnès de cap unit a la mascareta.   **Si  No** |
| * Port d’accés per sonda nasogàstrica de 12-18 Fr de diàmetre.   **Si  No** |
| * Colze estàndard de gir doble que permet rotació completa.   **Si  No** |
| * Sense vàlvula antiasfixia ni ports d'espiració.   **Si  No** |
| * Mida L.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 1** - **MATERIAL RESPIRACIÓ**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FTM038** | **Mascareta VNI talla M** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Mascareta oronasal amb vorell de silicona amb forma anatòmica.   **Si  No** |
| * Amb suport ajustable per al front amb coixinet de silicona.   **Si  No** |
| * Arnès de cap de 4 punts de fixació.   **Si  No** |
| * Fixacions de tipus velcro per a un ajust ràpid i senzill.   **Si  No** |
| * Pinces de fixació integrades en l'arnès de cap per a un alliberament ràpid.   **Si  No** |
| * Arnès de cap unit a la mascareta.   **Si  No** |
| * Port d’accés per sonda nasogàstrica de 12-18 Fr de diàmetre.   **Si  No** |
| * Colze estàndard de gir doble que permet rotació completa.   **Si  No** |
| * Sense vàlvula antiasfixia ni ports d'espiració.   **Si  No** |
| * Mida M.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 1** - **MATERIAL RESPIRACIÓ**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FTM039** | **Mascareta VNI talla S** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Mascareta oronasal amb vorell de silicona amb forma anatòmica.   **Si  No** |
| * Amb suport ajustable per al front amb coixinet de silicona.   **Si  No** |
| * Arnès de cap de 4 punts de fixació.   **Si  No** |
| * Fixacions de tipus velcro per a un ajust ràpid i senzill.   **Si  No** |
| * Pinces de fixació integrades en l'arnès de cap per a un alliberament ràpid.   **Si  No** |
| * Arnès de cap unit a la mascareta.   **Si  No** |
| * Port d’accés per sonda nasogàstrica de 12-18 Fr de diàmetre.   **Si  No** |
| * Colze estàndard de gir doble que permet rotació completa.   **Si  No** |
| * Sense vàlvula antiasfixia ni ports d'espiració.   **Si  No** |
| * Mida S.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 1** - **MATERIAL RESPIRACIÓ**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| **REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE** | **DENOMINACIÓ** |
| **MRE067** | **Tubuladura de respirador d'un ús** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta \**** ***del lot en que es troba inclòs el producte \*\****

|  |
| --- |
| * Sistema de pacient complet d’un sol ús, inclou la tubuladura de pacient, tubs de mediació, el sensor de flux, vàlvula aspiratòria i la peça en colze.   **Si  No** |
| * Mitjançant al sensor de flux incorporat a l'equip, realitza les mediacions de pressions, volums i fluxos que es mostra a la pantalla.   **Si  No** |
| * Compatible amb respirador Oxylog 3000/3000+.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 2: FUNGIBLE PER ALT FLUXE**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FCS051** | **Cànula nasal alt fluxe per prematurs** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta \**** ***del lot en que es troba inclòs el producte \*\****

|  |
| --- |
| * Cànula nasal per alt fluxe amb puntes nasals suaus i flexibles.   **Si  No** |
| * La part que toca el rostre ha de ser de fàcil adaptació per evitar desplaçaments, desconnexions o reduir els punts de pressió facial.   **Si  No** |
| * Ha de dur un tipus de subjecció confortable i que s' ajusti bé al pacient prematur de pes menor de 2 kg.   **Si  No** |
| * Tub independent per cada fossa nasal.   **Si  No** |
| * Compatible amb humidificador MR850 de F&P.   **Si  No** |
| * Lliure de làtex, PVC o ftalats (DEHP, DBP, BBP).   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 2: FUNGIBLE PER ALT FLUXE**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FCS052** | **Cànula nasal alt flux per nounats** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Cànula nasal per alt flux amb puntes nasals suaus i flexibles.   **Si  No** |
| * La part que toca el rostre ha de ser de fàcil adaptació per evitar desplaçaments, desconnexions o reduir els punts de pressió facial.   **Si  No** |
| * Ha de dur un tipus de subjecció confortable i que s' ajusti bé al pacient neonatal de 1 a 8 kg de pes.   **Si  No** |
| * Tub independent per cada fossa nasal.   **Si  No** |
| * Compatible amb humidificador MR850 de F&P.   **Si  No** |
| * Lliure de làtex, PVC o ftalats (DEHP, DBP, BBP).   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 2: FUNGIBLE PER ALT FLUXE**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FCS053** | **Cànula nasal alt flux infantil** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Cànula nasal per alt fluxe amb puntes nasals suaus i flexibles.   **Si  No** |
| * La part que toca el rostre ha de ser de fàcil adaptació per evitar desplaçaments, desconnexions o reduir els punts de pressió facial.   **Si  No** |
| * Ha de dur un tipus de subjecció confortable i que s' ajusti bé al pacient infantil de 3 a 15 kg de pes.   **Si  No** |
| * Tub independent per cada fossa nasal.   **Si  No** |
| * Compatible amb humidificador MR850 de F&P.   **Si  No** |
| * Lliure de làtex, PVC o ftalats (DEHP, DBP, BBP).   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 2: FUNGIBLE PER ALT FLUXE**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FCS054** | **Cànula nasal alt flux per pediàtrica** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Cànula nasal per alt flux amb puntes nasals suaus i flexibles.   **Si  No** |
| * La part que toca el rostre ha de ser de fàcil adaptació per evitar desplaçaments, desconnexions o reduir els punts de pressió facial.   **Si  No** |
| * Ha de dur un tipus de subjecció confortable i que s' ajusti bé al pacient pediàtric de 12 a 22 kg de pes.   **Si  No** |
| * Tub independent per cada fossa nasal.   **Si  No** |
| * Compatible amb humidificador MR850 de F&P.   **Si  No** |
| * Lliure de làtex, PVC o ftalats (DEHP, DBP, BBP).   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 2: FUNGIBLE PER ALT FLUXE**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **MRE103** | **Tubuladura d'alt flux pediàtrica** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Kit de circuit per aplicació d'alt flux.   **Si  No** |
| * Format per circuit inspiratori escalfat amb doble aïllament.   **Si  No** |
| * Amb vàlvula de protecció que limita la retropressió del dispositiu.   **Si  No** |
| * Cambra autoemplenable.   **Si  No** |
| * Clip de fixació.   **Si  No** |
| * Caudal màxim (L/min) 25.   **Si  No** |
| * Compatible amb humidificador MR850 de F&P i cànules nasals OPTIFLOWTM JUNIOR.   **Si  No** |
| * Lliure de làtex, PVC o ftalats (DEHP, DBP, BBP).   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 3: TUBULADURES D’UN ÚS PER RESPIRADOR DE TURBINA**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **MRE106** | **Tubuladura d'un ús adult per respirador  de turbina** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Circuit d'un sol ús per respirador per pacient adult.   **Si  No** |
| * Compatible amb respirador Ventway.   **Si  No** |
| * Longitud 2,4 m.   **Si  No** |
| * Espai mort 31 cc.   **Si  No** |
| * Diàmetre tub corrugat de 22 mm.   **Si  No** |
| * Volum Tidal subministrat superior a 200 cc.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 3: TUBULADURES D’UN ÚS PER RESPIRADOR DE TURBINA**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **MRE107** | **Tubuladura d'un ús pediàtrica per respirador  de turbina** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta \**** ***del lot en que es troba inclòs el producte \*\****

|  |
| --- |
| * Circuit d'un sol ús per respirador per pacient pediàtric.   **Si  No** |
| * Compatible amb respirador Ventway.   **Si  No** |
| * Longitud 2,4 m.   **Si  No** |
| * Espai mort 29 cc.   **Si  No** |
| * Diàmetre tub corrugat de 15 mm.   **Si  No** |
| * Volum Tidal subministrat de 50 cc a 200 cc.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 4: TUBULADURA D'ALT FLUXE PER HUMIDIFICADOR**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **MRE104** | **Kit respiratori (universal) per  oxigenotèrapia amb cànula nasal d'alt flux** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

***El Kit haurà d’incloure:***

|  |
| --- |
| * Tub respiratori escalfat per al subministrament de gasos humidificats amb resistència escalfada en espiral mitjançant cables fins i cambra d'aire aïllant al llarg del tub.   **Si  No** |
| * Cambra auto emplenable (MR290).   **Si  No** |
| * Connexió compatible amb nebulitzadors de malla vibratòria de 22 mm.   **Si  No** |
| * Sensors de temperatura integrats en el circuit.   **Si  No** |
| * Connexió 2 en 1 per a interfases Optiflow TM i Optiflow Junior TM (refs. OPT316/8, OJR416/8) per pacient adult i pediàtric.   **Si  No** |
| * Per a ús amb dispositius AIRVO/AIRVO 2.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 5: ROTLLE PAPER TÈRMIC ESPECIAL**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FRR020** | **Rotlle paper tèrmic especial** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Rotlle paper tèrmic 210x30 mm en rotlle continu.   **Si  No** |
| * Compatible amb la impressora “Brother PocketJet PJ-763.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)

**Annex 4 Model de presentació d’ofertes – Fitxa del producte**

**Expedient: 2024-202**

**LOT 6: ROTLLE MONITOR**

El/la Sr./Sra ............................................................................ amb NIF ..............................., en qualitat de ............................................., de l’empresa ..................................... **declara que, el producte a subministrar compleix amb tots els requeriments mínims continguts als Plecs de la licitació de referència,**

|  |  |
| --- | --- |
| REFERÈNCIA SEM DEL PRODUCTE | DENOMINACIÓ |
| **FRR010** | **Rotlle monitor** |

***\*\*\* Només s’ha de seleccionar una opció (Si/No), la manca de selecció o una selecció incorrecta suposarà l’exclusió de la oferta del lot en que es troba inclòs el producte \*\*\****

|  |
| --- |
| * Paper tèrmic d'un gramatge de 58+-5g/m2 i una espessor de 59+-4 micres.   **Si  No** |
| * De mida 106mmx23m.   **Si  No** |
| * Diàmetre intern de 16mm amb canó de plàstic.   **Si  No** |
| * Compatible amb monitor Corpuls 3.   **Si  No** |

(Signatura del/de la representant de l’empresa)