



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**3<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**  
**(ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΑΘΙΑΣ**  
**ΥΓΕΙΟΝ. ΜΟΝΑΔΑ ΒΕΡΟΙΑΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** : Οδός Βέροιας-Ασωμάτων  
(περιοχή Παπάγου)  
**Τ.Κ.** : 59100  
**ΤΜΗΜΑ** : Οικονομικό  
**ΓΡΑΦΕΙΟ** : Προμηθειών  
**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** : Κων. Σαλαμανίκα  
**ΤΗΛΕΦΩΝΟ** : 23313 51137 / 51313  
**e-mail** : [prom4@verhospi.gr](mailto:prom4@verhospi.gr)

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**  
**αρ. πρόσκλησης 83/2024**

**ΠΡΟΣ**

**ΚΑΘΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ**

**ΘΕΜΑ:** «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (CPV 33157000-5), ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΥΓ. ΜΟΝΑΔΩΝ ΒΕΡΟΙΑΣ ΚΑΙ ΝΑΟΥΣΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΜΑΘΙΑΣ»

**ΣΧΕΤΙΚΑ:**

- ο Ν. 4412/2016 (ΦΕΚ τ. Α' 147/8-8-2016) περί Δημοσίων Συμβάσεων Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών – Προσαρμογή στις οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα,
- η με 1131/7284/15-05-2024 Απόφαση Διοικητή του Γεν. Νοσοκομείου Ημαθίας περί ορισμού Επιτροπής Σύνταξης Τεχνικών Προδιαγραφών για την Ενοικίαση συσκευών οξυγονοθεραπείας, για τις ανάγκες του Γεν. Νοσοκομείου Ημαθίας - Υγ. Μον. Βέροιας και Νάουσας,
- το από 07-08-2024 Πρακτικό της Επιτροπής Σύνταξης Τεχνικών Προδιαγραφών για την Ενοικίαση συσκευών οξυγονοθεραπείας,
- η με αρ. 27/14-08-2024 (θέμα 4<sup>ο</sup>) (24REQ015345503) Πράξη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γεν. Νοσοκομείου Ημαθίας περί αναγνώρισης αναγκαιότητας, έγκρισης σκοπιμότητας της υπηρεσίας και διενέργειας διαγωνιστικής διαδικασίας με απευθείας ανάθεση κατόπιν Πρόσκλησης Υποβολής Προσφοράς προς Κάθε ενδιαφερόμενο, για την Ανάθεση Παροχής Υπηρεσιών για την Ενοικίαση συσκευών οξυγονοθεραπείας, για τις ανάγκες του Γεν. Νοσοκομείου Ημαθίας - Υγ. Μον. Βέροιας και Νάουσας και ορισμού μελών Επιτροπής Αξιολόγησης και
- οι με αρ. πρωτ. 12463/02-09-2024 & 8925/05-09-2024 (24REQ015421110) Αποφάσεις Δέσμευσης Πίστωσης Υγ. Μονάδων Βέροιας και Νάουσας, του Γεν. Νοσοκομείου Ημαθίας

Το Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Υγ. Μονάδα Βέροιας και Νάουσας), λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά, γνωστοποιεί κάθε ενδιαφερόμενο ότι προβαίνει σε:

Πρόσκληση Υποβολής Προσφοράς για την Ανάθεση Παροχής Υπηρεσιών για την Ενοικίαση συσκευών οξυγονοθεραπείας (CPV 33157000-5), για την κάλυψη των αναγκών των ανασφάλιστων ασθενών, του Γεν. Νοσοκομείου Ημαθίας - Υγ. Μον. Βέροιας και Νάουσας, με τη διαδικασία της Απευθείας Ανάθεσης και ύστερα από έκδοση της παρούσας Πρόσκλησης, συνολικού προϋπολογισμού 12.096,77 € χωρίς ΦΠΑ (15.000,00 € με ΦΠΑ 24%). Κριτήριο κατακύρωσης της ανάθεσης ορίζεται η πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά αποκλειστικά βάσει της τιμής, για την υλοποίηση του ζητούμενου Αντικειμένου της σύμβασης, όπως αυτό αναλυτικά περιγράφεται στο τέλος της παρούσας, σε χρονικό διάστημα ενός (1) έτους από την ημερομηνία υπογραφής του Συμφωνητικού/Σύμβασης.

Κατόπιν τούτων, παρακαλείσθε όπως αποστείλετε σε ηλεκτρονική μορφή στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [protokollo@verhospi.gr](mailto:protokollo@verhospi.gr), τα ακόλουθα:

- I. τα «ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ»,
- II. την «ΤΕΧΝΙΚΗ και ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ» και
- III. τα «ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ» της Ανάθεσης, τα οποία περιλαμβάνουν τα έγγραφα και δικαιολογητικά του άρθ. 80 του Ν. 4412/2016, κατά περίπτωση.

#### **ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ:**

**Με την ένδειξη «ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ»,** υποβάλλονται τα εξής:

**A. Υπεύθυνη Δήλωση** του συμμετέχοντα με την οποία να δηλώνεται :

- α)** ότι αποδέχεται όλους τους όρους της παρούσας Πρόσκλησης,
- β)** ότι η προσφορά του πληροί πλήρως τις απαιτούμενες τεχνικές προδιαγραφές της παρούσας Πρόσκλησης,
- γ)** ότι ο προσφέρων διαθέτει κατάλληλη και επαρκή υποδομή (εξειδικευμένο προσωπικό και τεχνικά μέσα, κτλ.) για την εκτέλεση της Σύμβασης,
- δ)** ότι η προσφορά του ισχύει για διάστημα ενός (1) έτους από την επόμενη της καταληκτικής ημερομηνίας υποβολής των προσφορών και
- ε)** ότι η οικονομική προσφορά δεσμεύει τον Ανάδοχο για όλη τη διάρκεια ισχύος της Σύμβασης και σε τυχόν παράταση/προαίρεση αυτής.

**Με την ένδειξη «ΤΕΧΝΙΚΗ και ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ »,** υποβάλλονται τα εξής:

**A.** Η **πλήρης τεχνική περιγραφή** για το υπό ανάθεση αντικείμενο στην ελληνική γλώσσα, όπως αυτή περιγράφεται αναλυτικά στις Τεχνικές Προδιαγραφές της παρούσας Πρόσκλησης και τα συνυποβαλλόμενα πιστοποιητικά (βεβαιώσεις και κάθε άλλου είδους έγγραφα που αποδεικνύουν τη συμμόρφωση προς τις Τεχνικές Προδιαγραφές καθώς και άλλα υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με την παραγωγική και εμπορική ικανότητα της επιχείρησης του προσφέροντος που τεκμηριώνουν την ικανότητα του Αναδόχου για την καλή εκτέλεση της Σύμβασης -π.χ. Παραδόσεις, Συμβάσεις, Βεβαιώσεις Καλής Εκτέλεσης κλπ-), ώστε να επιτυγχάνεται αντικειμενική αξιολόγηση.

**B.** Η **οικονομική προσφορά** της συμμετέχουσας εταιρείας, στην οποία κατατίθενται τα οικονομικά στοιχεία της προσφοράς, διαμορφωμένα ως εξής:

- Οι προσφερόμενες τιμές θα δίνονται σε ευρώ (EURO) και θα αναγράφονται αριθμητικώς και ολογράφως. Σε περίπτωση διαφοροποίησης μεταξύ της

αναγραφόμενης τιμής αριθμητικώς και ολογράφως, λαμβάνεται υπόψη η τιμή ολογράφως.

- Στην προσφορά θα αναγράφεται το ποσοστό Φ.Π.Α. επί τοις εκατό στο οποίο υπάγεται η συγκεκριμένη ανάθεση και θα βαρύνει το Νοσοκομείο.
- Ισχύει ότι οι τιμές της προσφοράς είναι δεσμευτικές για τον Ανάδοχο μέχρι την ολοκλήρωση της Σύμβασης και τυχόν παράταση/προαίρεση αυτής. Αποκλείεται οποιαδήποτε αναθεώρηση των τιμών της προσφοράς και οποιαδήποτε αξίωση του Αναδόχου πέραν του προσφερόμενου αντίτιμου μέχρι την οριστική παραλαβή των παραδοτέων και την αποπληρωμή της.

**Με την ένδειξη «ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΚΥΡΩΣΗΣ»,** κατατίθενται όσα αφορούν τα έγγραφα και δικαιολογητικά του άρθ. 80 του Ν. 4412/2016 και περιλαμβάνουν αναλυτικότερα:

- 1) **Απόσπασμα Ποινικού Μητρώου**, ή, ελλείψει αυτού, ισοδύναμου εγγράφου που εκδίδεται από αρμόδια δικαστική ή διοικητική αρχή του κράτους-μέλους ή της χώρας καταγωγής ή της χώρας όπου είναι εγκατεστημένος ο οικονομικός φορέας, **που να έχει εκδοθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή του**, από το οποίο να προκύπτει, ότι δεν έχουν καταδικασθεί με τελεσίδικη καταδικαστική απόφαση, για κάποιο από τα αδικήματα της παρ. 1 του άρθ. 73 του Ν. 4412/2016, για κάποιο από τα αδικήματα του Αγορανομικού Κώδικα, σχετικό με την άσκηση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας, ή για κάποιο από τα αδικήματα της υπεξαίρεσης, της απάτης, της εκβίασης, της πλαστογραφίας, της ψευδορκίας, της δωροδοκίας και της δόλιας χρεωκοπίας.

Το απόσπασμα αφορά στους διαχειριστές, στις περιπτώσεις των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης (Ε.Π.Ε.), των Ιδιωτικών Κεφαλαιουχικών Εταιρειών (Ι.Κ.Ε.) και των προσωπικών εταιρειών (Ο.Ε. και Ε.Ε.) και

στον πρόεδρο, τον διευθύνοντα σύμβουλο καθώς και όλα τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου για τις ανώνυμες εταιρείες (Α.Ε.) και τους συνεταιρισμούς,

Η υποχρέωση προσκόμισης του ως άνω αποσπάσματος αφορά και στα μέλη του διοικητικού, διευθυντικού ή εποπτικού οργάνου του εν λόγω οικονομικού φορέα ή στα πρόσωπα που έχουν εξουσία εκπροσώπησης, λήψης αποφάσεων ή ελέγχου σε αυτό<sup>1</sup>.

- 2) **Πιστοποιητικό** που εκδίδεται από αρμόδια κατά περίπτωση αρχή, και **είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής του ή που να έχει εκδοθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή του**, από το οποίο να προκύπτει ότι ο οικονομικός φορέας δεν έχει αθετήσει τις υποχρεώσεις του όσον αφορά την **καταβολή φόρων και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης** (κύριας και επικουρικής). Σε περίπτωση εγκατάστασής του στην αλλοδαπή, τα δικαιολογητικά της περίπτωσης (2) εκδίδονται με βάση την ισχύουσα νομοθεσία της χώρας που είναι εγκατεστημένος ο οικονομικός φορέας, από την οποία και εκδίδεται το σχετικό πιστοποιητικό.

Για την απόδειξη της εκπλήρωσης των φορολογικών υποχρεώσεων προσκομίζεται **αποδεικτικό ενημερότητας εκδιδόμενο από την Α.Α.Δ.Ε.**

Για την απόδειξη της εκπλήρωσης των υποχρεώσεων προς τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης προσκομίζεται **πιστοποιητικό εκδιδόμενο από τον e-ΕΦΚΑ.**

Παράλληλα κατατίθεται **Υπεύθυνη Δήλωση** ότι δεν έχει εκδοθεί δικαστική ή διοικητική απόφαση με τελεσίδικη και δεσμευτική ισχύ για την αθέτηση των υποχρεώσεών τους όσον αφορά στην καταβολή φόρων ή εισφορών κοινωνικής ασφάλισης.

<sup>1</sup> Να προσκομιστεί παραστατικό ισχύουσας κατά την υποβολή εκπροσώπησης.

3) Υπεύθυνη δήλωση του προσφέροντος οικονομικού φορέα ότι δε συντρέχουν στο πρόσωπό του οι λόγοι αποκλεισμού του άρθρου 74 του Ν. 4412/2016.

Σχετικά με τα έγγραφα αποδεικτικά μέσα του άρθρου 80 του Ν. 4412/2016, οι ένορκες βεβαιώσεις γίνονται αποδεκτές, εφόσον έχουν συνταχθεί έως τρεις (3) μήνες πριν από την υποβολή τους και οι Υπεύθυνες Δηλώσεις, εφόσον έχουν συνταχθεί μετά την κοινοποίηση της Πρόσκλησης.

Οι Υπεύθυνες Δηλώσεις πρέπει να έχουν αληθές και ακριβές περιεχόμενο, άλλως επιφέρουν κυρώσεις και να φέρουν υπογραφή μετά την έναρξη διαδικασίας σύναψης Σύμβασης (ήτοι η ημερομηνία της παρούσας Πρόσκλησης).

Κάθε προσφορά συντάσσεται σύμφωνα με τα αναφερόμενα στο Ν. 4412/2016 όπως αυτός τροποποιήθηκε και ισχύει, στην Ελληνική Γλώσσα.

Το Αντικείμενο της ανάθεσης θα αφορά στην κάλυψη του Γεν. Νοσοκομείου Ημαθίας - Υγ. Μον. Βέροιας και Νάουσας και η παράδοση θα εκτελεσθεί μετά την υπογραφή του σχετικού Συμφωνητικού και σύμφωνα με τα αναγραφόμενα σε αυτό. Σε περίπτωση εξάντλησης της συμβατικής αξίας λόγω έκτακτων αναγκών Δημόσιας Υγείας, δίνεται η δυνατότητα διαφοροποίησης της χρονικής διάρκειας της Σύμβασης.

Η χρηματοδότηση θα γίνει από τον τακτικό προϋπολογισμό των Υγειονομικών Μονάδων Βέροιας και Νάουσας του Γ. Νοσοκομείου Ημαθίας.

Ο Ανάδοχος βαρύνεται με τις νόμιμες κρατήσεις ενώ ο Φόρος Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ) επί της αξίας των τιμολογίων βαρύνει την Αναθέτουσα Αρχή.

Η πληρωμή του Αναδόχου, θα γίνει από το Νοσοκομείο Ημαθίας (Υγ. Μον. Βέροιας και Νάουσας) μετά την εκπλήρωση των συμβατικών του υποχρεώσεων και την οριστική παραλαβή του συνόλου των παραδοτέων, με χρηματικό ένταλμα και με βάση τα νόμιμα παραστατικά (βάσει του Ν. 4152/13).

**Καταληκτική ημερομηνία υποβολής προσφοράς της διαγωνιστικής διαδικασίας ορίζεται η Τρίτη 24-09-2024 και ώρα 12:00η μεσημβρινή.**

Οι τεχνικές προδιαγραφές του υπό Ανάθεση Αντικειμένου, επισυνάπτονται στο τέλος της παρούσας.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΜΑΘΙΑΣ**

**ΗΛΙΑΣ Γ. ΠΛΙΟΓΚΑΣ**

ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (CPV 33157000-5)			
Α/Α	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ	Μ/Μ	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΤΙΜΗ Μ/Μ (€)
1	<p><b>ΣΥΣΚΕΥΗ ΣΥΜΠΥΚΝΩΣΗΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ</b>  <b>ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:</b>                      1. Να έχει τροχήλατη βάση για δυνατότητα μετακίνησης της συσκευής                      2. Να έχει βάρος όχι μεγαλύτερο των 21 κιλών (45lbs)                      3. Τάση λειτουργίας:220-240VAC/50Hz                      4. Επίπεδο θορύβου≤40dB                      5. Ροή από 0,5lit/min έως τουλάχιστον 5lit/min-ρύθμιση με ροομέτρηση                      6. Ρύθμιση ροομέτρη με διαβάθμιση ανά 0,5lit/min                      7. Πυκνότητα οξυγόνου &gt;90%, σε όλο το εύρος λειτουργίας                      8. Να έχει μετρητή ωρών λειτουργίας                      9. Να έχει φίλτρο σκόνης αντιμικροβιακό, στην είσοδο του αέρα                      10. Να έχει συναγερμό κακής λειτουργίας της συσκευής και χαμηλής πίεσης χορήγησης Οξυγόνου (alarms)                      11. Να έχει φιαλίδιο για την έξοδο του οξυγόνου διαμέσου αποστειρωμένου νερού                      12. Να παρέχεται δωρεάν τεχνικός έλεγχος μετά την συμπλήρωση των πρώτων 5000 ωρών εργασίας                      13. Να υπάρχει καταγραφή και αναφορά των ωρών λειτουργίας σε κάθε τεχνικό έλεγχο στο γραφείο κίνησης και από το γραφείο κίνησης στο τμήμα που παρακολουθείται ο ασθενής.                      14. Κάθε συσκευή συμπυκνωτή οξυγόνου να μπορεί να συνοδεύεται από φορητή φιάλη οξυγόνου χωρητικότητας 1m3, που θα μπορεί να αποδίδει οξυγόνο στα 2 lit/min για τουλάχιστον 1(μία) ώρα.                      15. Σε περίπτωση βλάβης ο παραπάνω εξοπλισμός (η συσκευή χορήγησης υγρού οξυγόνου, η συσκευή συμπυκνωτή οξυγόνου και η συνοδευόμενη φορητή φιάλη) θα αντικαθίστανται αυθημερόν από την προμηθεύτρια εταιρία έπειτα από κλήση του ασθενή. Τα έξοδα αντικατάστασης θα επιβαρύνουν την προμηθεύτρια εταιρεία .                      16. Η συσκευή να είναι τελευταίας γενιάς                      17. Η συσκευή να συνοδεύεται από τα απαραίτητα αναλώσιμα</p>	ΥΠΗΡΕΣΙΑ/ ΑΝΑ ΜΗΝΑ	46,00

<p>2</p>	<p><b>ΣΥΣΚΕΥΗ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ C-PAP/AUTO-C-PAP</b>  <b>ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:</b>            1. Βάρος μικρότερο από 4 κιλά            2. Θόρυβος λειτουργίας &lt;35dB            3. Να πληροί τις προδιαγραφές λειτουργίας ηλεκτρικής συσκευής στην Ελλάδα            4. Να παρέχει πίεση από 4 έως 20cm H2O            5. Να έχει ευστάθεια πίεσης 1cm H2O            6. Να έχει δυνατότητα ρύθμισης πίεσης ανά 1cm H2O            7. Να έχει δυνατότητα ρύθμισης χρόνου μέγιστης πίεσης (ράμπα) τουλάχιστον 20 λεπτά            8. Να έχει δυνατότητα προσαρμογής υγραντήρα            9. Να έχει δυνατότητα καταμέτρησης ωρών λειτουργίας για την παρακολούθηση της συμμόρφωσης, όπως και καταγραφής και αναπαραγωγής της χρήσης της.            10. Να έχει τη δυνατότητα προσθήκης συνδετικού παροχής O2            11. Να έχει τη δυνατότητα προσθήκης εξόδου CO2 αν δεν έχει η μάσκα            12. Να κλειδώνει τις ρυθμίσεις            13. Να συνοδεύεται από τα απαραίτητα αναλώσιμα (μάσκα, κεφαλοδέτης, σωλήνας)            14. Να έχει οδηγίες χρήσης, φροντίδας και προστασίας στα ελληνικά            15. Η συσκευή να είναι τελευταίας γενιάς            16. Να έχει έξυπνη κάρτα ή/και wifi για την αποτελεσματικότερη παρακολούθηση των ασθενών            17. Να μπορεί να εγκατασταθεί το πρόγραμμα ανάγνωσης των έξυπνων καρτών, μετά από αίτημα.</p>	<p><b>ΥΠΗΡΕΣΙΑ/            ΑΝΑ            ΜΗΝΑ</b></p>	<p><b>39,52</b></p>
<p>3</p>	<p><b>ΣΥΣΚΕΥΗ ΔΙΦΑΣΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ BIPAP S/T</b>  <b>ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:</b>            1. Να έχει βάρος μικρότερο από 4 κιλά            2. Θόρυβος λειτουργίας &lt;35dB            3. Να πληροί τις προδιαγραφές λειτουργίας ηλεκτρικής συσκευής            4. Να παρέχει ανεξάρτητη πίεση εισπνευστική και εκπνευστική με εύρος 4-20cm H2O τουλάχιστον            5. Να υπάρχει δυνατότητα λειτουργίας σε S mode και T mode.            6. Να έχει ευστάθεια πίεσης 1cm H2O            7. Να έχει δυνατότητα ρύθμισης χρόνου ανόδου της πίεσης (rise time)            8. Να έχει διαβάθμιση έναρξης λειτουργίας (Trigger)            9. Να έχει δυνατότητα ρύθμισης αναπνοών 5 -&gt;20/λεπτό            10. Να έχει δυνατότητα ρύθμισης I:E (εισπνευστικού/εκπνευστικού χρόνου) -(είτε κατά αναλογία εισπνευστικού προς ολικού χρόνου αναπνοής, είτε σε πραγματικό χρόνο σε sec)            11. Να διαθέτει οθόνη εμφάνισης των ρυθμίσεων            12. Να διαθέτει δυνατότητα προσαρμογής υγραντήρα            13. Να διαθέτει καταμετρητή ωρών λειτουργίας για την παρακολούθηση της συμμόρφωσης, όπως καταγραφής και αναπαραγωγής της χρήσης της.            14. Να έχει τη δυνατότητα προσθήκης συνδετικού παροχής O2            15. Να έχει τη δυνατότητα προσθήκης εξόδου CO2 αν δεν έχει η μάσκα            16. Να δύναται να κλειδώσει τις ρυθμίσεις            17. Να έχει οδηγίες χρήσης, φροντίδας και προστασίας στα ελληνικά            18. Η συσκευή να είναι τελευταίας γενιάς            19. Να διαθέτει έξυπνη κάρτα ή/και wifi για την αποτελεσματικότερη παρακολούθηση των ασθενών            20. Να μπορεί να εγκατασταθεί το πρόγραμμα ανάγνωσης των έξυπνων καρτών, μετά από αίτημα.            21. Να συνοδεύεται από την κατάλληλη μάσκα και το κατάλληλο κύκλωμα</p>	<p><b>ΥΠΗΡΕΣΙΑ/            ΑΝΑ            ΜΗΝΑ</b></p>	<p><b>75,00</b></p>

4	<p><b>ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΗΤΗΣ</b>  <b>ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:</b>          1. Φορητότητα: βάρος ≤ 1,5 κιλά          2. Ηλεκτρική παροχή: 240V, AC 50/60HZ          3. Κατηγορία προστασίας υλικού από ηλεκτρικό ρεύμα: Class II          4. Μέγεθος σωματιδίων νεφελοποίησης &lt;7microns σε ποσοστό ≥ 60% του νεφελώματος          5. Ρυθμός νεφελοποίησης ≥ 0,23milmin          6. Υπολειπόμενος όγκος φαρμάκων ≤ 1,5ml          7. Εξαρτήματα:          •Συνδετικό καλώδιο          •Συσκευή νεφελοποίησης          •Μάσκα ή επιστόμιο χορήγησης μεταφοράς          8. Να έχει οδηγίες χρήσης, φροντίδας και προστασίας στα ελληνικά</p>	<p><b>ΥΠΗΡΕΣΙΑ/          ΑΝΑ          ΜΗΝΑ</b></p>	<p><b>7,50</b></p>
---	---	--	--------------------

- Όλες οι συσκευές θα πρέπει να διαθέτουν Άυλα Barcode σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΠΠΥ και όλοι οι απαραίτητοι κωδικοί θα δίνονται στο νοσοκομείο με την εγκατάσταση κάθε νέας συσκευής .
- Όλες οι συσκευές πρέπει να συνοδεύονται με όλα τα απαραίτητα συνοδευτικά και αναλώσιμα (ρινικά γυαλάκια, μάσκα ρινική/στοματορινική, καλώδια, συνδετικά, φίλτρα κ.λπ.) για την ορθή λειτουργία τους, σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή, χωρίς επιπλέον κόστος.
- Σε περίπτωση βλάβης συσκευής, ο προμηθευτής υποχρεούται σε αντικατάσταση της, στην οικία του ασθενούς χωρίς χρέωση.
- Όλα τα έγγραφα που απαιτούνται καθώς και τα τεχνικά ή άλλα φυλλάδια που αφορούν τα μηχανήματα, να συντάσσονται στην Ελληνική γλώσσα.
- Το νοσοκομείο μπορεί να ζητήσει την προσκόμιση δείγματος προς επίδειξη, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.
- Οι ανωτέρω τιμές περιλαμβάνουν κάθε είδους δαπάνη (έξοδα μεταφοράς, έξοδα τοποθέτησης και εγκατάστασης, κόστος ασφάλισης, χρηματοοικονομικά έξοδα, κρατήσεις).
- Η παράδοση των ειδών θα γίνεται στο χώρο του εκάστοτε ασθενή, με ευθύνη, έξοδα και μέριμνα της ανάδοχου εταιρίας, άμεσα ή το αργότερο σε δύο ημέρες, μετά από γραπτή ή τηλεφωνική παραγγελία του Νοσοκομείου.
- Ο μειοδότης θα αναδειχθεί στο σύνολο της προσφοράς για την παραπάνω υπηρεσία (Α/Α: 1, 2, 3 & 4).