**Zadanie Nr 1 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

 **BILIRUBINOMETR - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji nie starszy 2022 | **TAK**  |  |  |
|  | Nieinwazyjny miernik żółtaczki noworodkowej dla noworodków i wcześniaków | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do stosowania przed, w trakcie i po zakończeniu fototerapii. | **TAK** |  |  |
|  | Pojemność akumulatora pozwalająca na wykonanie przynajmniej 250 pojedynczych pomiarów po pełnym naładowaniu | **TAK** |  |  |
|  | Średni błąd pomiarowy maks. +/- 1,5 mg/dl (+/- 25,5 μmol/L) dla pacjentów >35 tygodnia wieku ciążowego | **TAK** |  |  |
|  | Średni błąd pomiarowy maks. +/- 1,6 mg/dl (+/- 27,4 μmol/L) dla pacjentów 24-35 tygodnia wieku ciążowego | **TAK** |  |  |
|  | Średni błąd pomiarowy po fototerapii nie większy niż ± 2,3 mg/dL lub ± 39,00 mol/L | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiarowy min. 0,0 do 20,0 mg/dL (0 do 340 μmol/L) | **TAK** |  |  |
|  | Masa z akumulatorem < 230g | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w stację dokującą | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w port komunikacji USB | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w ekran dotykowy | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w skaner kodów kreskowych – na potrzeby rejestracji pomiarów pacjentów w historii urządzenia | **TAK** |  |  |
|  | Zasilacz 220V | **TAK** |  |  |
|  | Niezbędne akcesoria do wykonania min. 1000 pomiarów łącznie z kalibracją lub testowaniem prawidłowości kalibracji | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim 1 egz. (przy dostawie) | **TAK** |  |  |
|  | Film instruktarzowy w języku polskim na płycie CD (przy dostawie) | **TAK** |  |  |
|  | Oprogramowanie do automatycznego zapisu pomiarów w komputerze PC | **TAK** |  |  |
|  | Szkolenie użytkowników | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minnimu 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów jeśli urządzenie wymaga przeglądów. | **TAK** |  |  |
|  | Pamięć min. 100 pomiarów | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość transmisji danych przez złącze USB protokół HL-7 i CSV | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w lampę ksenonową zapewniającą min. 150 000 pomiarów | **TAK** |  |  |
| 1.
 | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**UROFLOWMETER 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1**
 | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
| 1. **2**
 | Uroflowmetr wagowy z oprogramowaniem kontrolno-pomiarowym do instalacji na komputerze typu PC lub laptopie połączony bezprzewodowo – połączenie radiowe. | **TAK** |  |  |
| 1. **3**
 | **Dokładne rejestrowanie informacji, zakres pomiarowy wynosi 0-50 ml / s, z dokładnością do ± 2%.** | **TAK** |  |  |
| 1. **4**
 | Zapis danych z analizą Siroky, Crane  | **TAK** |  |  |
| 1. **5**
 | Eksport danych do formatu pdf, możliwość archiwizacji i wydruku. | **TAK** |  |  |
| 1. **6**
 | **Aparat można stosować w przypadku pacjentów płci męskiej lub żeńskiej.** | **TAK** |  |  |
| 1. **7**
 | **Przepływomierz posiada w pełni automatyczne funkcje, dzięki czemu pacjent może rozpocząć mikcję w swoim czasie.**  | **TAK** |  |  |
|  | Objętość mikcyjna w zakresie : 0-900ml  | **TAK** |  |  |
|  | Przetwornik wagowy uroflowmetru. | **TAK** |  |  |
|  |  Napięcie: 230V/50Hz  | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie sprzętu bateryjne.  | **TAK** |  |  |
|  | Komunikacja urządzenia wykorzystująca częstotliwość 866/915MHz zapewniająca duży zasięg przepływomierza oraz stabilność sygnału. Nie dopuszcza się komunikacji Bluetooth. | **TAK** |  |  |
|  | Wymaga się aby podstawowy zestaw składał się z wymienionych elementów:* Czujnik wagowy uroflowmetru z wbudowanym modułem radiowym,
* statyw uroflowmetru o regulowanej wysokości,
* oprogramowanie do bezprzewodowego przesyłaniamierzonych danych do standardowego komputera PC lub notebooka,
* 2 szt. pojemnika ,
* 1 szt. lejka ,
* krzesło mikcyjne przenośne - składane z możliwością łatwego złożenia i przechowywania
 | **TAK** |  |  |
|  | **Wymaga się aby wydruk badania zawierał:*** Wykres przebiegu mikcji;
* Data;
* Czas badania;
* Czas przepływu;
* Czas do Max przepływu;
* Średni czas przepływu;
* Objętość mikcji;
* Miejsce na Informacje o przebiegu badania
* Miejsce na informacje o danych tel-adresowych miejsca wykonania badania.
 | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów jeśli urządzenie wymaga przeglądów.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**HAKI OPERACYJNE - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt fabrycznie nowy lub powystawowy sprawny i nienoszący śladów użytkowania.  | **TAK** |  |  |
|  | Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK**  |  |  |
|  | Zaoferowane wyroby mają być trwale oznakowane nazwa wytwórcy | **TAK** |  |  |
|  | Szczegółowa instrukcja w języku polskim, dotycząca zasad postępowania z nowymi narzędziami przed pierwszym użyciem; zakres instrukcji: mycie, dezynfekcja, sterylizacja i konserwacja | **TAK** |  |  |
|  | Wobec zaoferowanych wyrobów mogą być stosowane: a) mycie automatyczne w myjniach – dezynfektorach z dezynfekcją termiczną 90°C, czas 5 min b) dekontaminacja zgodnie z normą EN ISO 17664:2004 (wymagana możliwość sterylizacji parowej w sterylizatorach z frakcjonowaną próżnią w programach o parametrach: 134°C; 5,5 minuty | **TAK** |  |  |
|  | Narzędzia wykonane ze stali nierdzewnej (odporność na korozję wg normy DIN EN ISO 13402)Oferowane narzędzia maja być wykonane ze stali chirurgicznej spełniającej wymagania normy PN-EN 10088-1: 2007 (ISO 7153-1). Informacje dotyczące stali użytej do produkcji narzędzi muszą być potwierdzone certyfikatem wytwórcy narzędzi, w którym powinien być wyszczególniony w % skład surowca użytego do produkcji narzędzi. Wymagane są następujące rodzaje i twardości stali dla poszczególnych grup narzędzi chirurgicznych zgodnie z DIN 58298 | **TAK** |  |  |
|  | Sztyca pozioma łącząca dł. 30cm -1szt | **TAK** |  |  |
|  | łyżki powłokowe typ Balfour wym. 8,9x7cm -2szt. | **TAK** |  |  |
|  | Łyżka typ Kelly 10,2 x 5,1cm -1szt. | **TAK** |  |  |
|  | Łyżka typ Kelly wym. 12,7 x 5,1cm- 2szt. | **TAK** |  |  |
|  | Łyżka typ Kelly ST Marks wym. 18,8 x 5,9cm  -1szt. | **TAK** |  |  |
|  | Łącznik łączący obie sztyce razem śr. 2,5cm- 2 kpl.  | **TAK** |  |  |
|  | Obręcz mocująca całość z możliwością  przedłużenia -1 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Sztyca pionowa mocowana do stołu wym. 30cm- 1szt | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiace.  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**NARZĘDZIA CHIRURGICZNE - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Ilość** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Rok produkcji nie starszy niż 2022. Oferowane narzędzia maja być fabrycznie nowe. Nie dopuszcza się oferowania narzędzi np. po regeneracji |  | **TAK** |  |  |
|  | Zaoferowane wyroby mają być trwale oznakowane nazwa wytwórcy |  | **TAK** |  |  |
|  | Szczegółowa instrukcja w języku polskim, dotycząca zasad postępowania z nowymi narzędziami przed pierwszym użyciem; zakres instrukcji: mycie, dezynfekcja, sterylizacja i konserwacja |  | **TAK** |  |  |
|  | Wobec zaoferowanych wyrobów mogą być stosowane: a) mycie automatyczne w myjniach – dezynfektorach z dezynfekcją termiczną 90°C, czas 5 min b) dekontaminacja zgodnie z normą EN ISO 17664:2004 (wymagana możliwość sterylizacji parowej w sterylizatorach z frakcjonowaną próżnią w programach o parametrach: 134°C; 5,5 minuty |  | **TAK** |  |  |
|  | Narzędzia wykonane ze stali nierdzewnej (odporność na korozję wg normy DIN EN ISO 13402)Oferowane narzędzia maja być wykonane ze stali chirurgicznej spełniającej wymagania normy PN-EN 10088-1: 2007 (ISO 7153-1). Informacje dotyczące stali użytej do produkcji narzędzi muszą być potwierdzone certyfikatem wytwórcy narzędzi, w którym powinien być wyszczególniony w % skład surowca użytego do produkcji narzędzi.  |  | **TAK** |  |  |
|  | Uchwyt do trzymania piłek GIGLI dł. 7 cm  | 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Piłka do kości typ GIGLI ł. 50 cm autoklawowalna  | 10 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Nożyczki chirurgiczne typ MAYO zagięte końce tępe dł. 230 mm | 3 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Nożyczki chirurgiczne typ MAYO zagięte końce tępe dł. 170 mm | 3 szt | **TAK** |  |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ MAYO HEGAR ze żłobieniem dł. 200 mm | 3 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Nożyczki preparacyjne typ METZENBAUM FINO zagięte, delikatne, końce tępe dł. 230 mm | 3 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Trzonek do ostrzy Nr 3 dł. 120 mm | 10 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Pęseta anatomiczna typ STANDARD prosta dl. 300 mm | 6 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Pęseta anatomiczna typ STANDARD prosta dl. 200 mm | 6 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Pęseta chirurgiczna typ STANDARD prosta 1x2 ząbki dł. 200 mm | 6 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ CRILLE WOOD ze żłobieniem dł. 230mm | 5 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze typ PEAN proste końce ryflowane poprzecznie dł. 200 mm | 5 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze typ KOCHER proste, końce ryflowane poprzecznie dł. 180 mm | 5 szt | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze porodowe do cesarskiego ciecia typ SIMSON LUIKART rozbieralne dł. 360 mm | 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Kleszczyki intubacyjne typ MAGILLA dł. 200 mm | 1 szt | **TAK** |  |  |
|  | Nożyczki oczkowe do zdejmowania szwów dł. 180 mm | 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Imadło chirurgiczne typ MAYO HEGAR ze żłobieniem dł. 180 mm | 5 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Skrobaczka ginekologiczna typ RECAMIER tępa Fig. 2 ( 39,5mm ) dł. całkowita 360 mm | 2 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Wziernik dwu łyżkowy typ KALMORGEN o wymiarach 95\*40mm dł. 210mm | 1 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Wziernik dwu łyżkowy typ KALMORGEN o wymiarach 70\*40mm dł. 210mm | 1 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Zgłębnik chirurgiczny 14,5 cm do podcinania wędzidełka. | 3 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja na wyżej wymienione narzędzia minimum 24 miesiące |  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE |  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**FOTEL DO POBIERANIA KRWI - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022  | **TAK** |  |  |
|  | Stelaż malowany proszkowo: biały | **TAK** |  |  |
|  | Tapicerka wykonana z materiału zmywalnego odpornego na środki czystości | **TAK** |  |  |
|  | Dwa podłokietniki o regulowanej wysokości  | **TAK** |  |  |
|  | Tapicerka w kolorze zielony medyczny  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**MATERACE ZMIENNOCIŚNIENIOWE- PRZECIWODLEŻYNOWE – 10 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Konstrukcja bąbelkowa | **TAK** |  |  |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
| 1. **1**
 | Wymiary materaca: 198 x 86 x 6,5 cm ± 2 cm | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne bezpieczne obciążenie: 130 kg ± 5 kg | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary pompy: 24,5 x 12 x 9,3 cm ± 2 cm | **TAK** |  |  |
|  | Zakres ciśnienia: 45 - 110 mmhg± 5 mmhg | **TAK** |  |  |
|  | Wydajność pompy: min. 4,5 l/min. | **TAK** |  |  |
|  | Min. 2 naprzemiennie napełniające się sekcje | **TAK** |  |  |
|  | Czas cyklu: 12 minut ± 2 min  | **TAK** |  |  |
|  | Wykonany z łatwego do czyszczenia, medycznego PVC | **TAK**  |  |  |
|  | W komplecie zestaw naprawczy | **TAK** |  |  |
|  | W zestawie haki do zawieszenia pompy | **TAK** |  |  |
|  | Wydłużenie materiału na końcach zapobiegające przesuwaniu się materaca | **TAK** |  |  |
|  | Cicha pompa (<31db) | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

###

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 3**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**PRZEWIJAK NIEMOWLĘCY- 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Stelaż metalowy, malowany proszkowo. Kolor: biały | **TAK** |  |  |
|  | Tapicerka z materiału zmywalnego odporna na środki czystości. Kolor: zielony medyczny  | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary: -Wysokość całkowita:910mm- Wysokość leża:800mm-Głębokość:680mm-Szerokość:860mm | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 4**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**PODNÓŻEK JEDNOSTOPNIOWY - 4 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Wykonany ze stali, stabilny i wytrzymały | **TAK** |  |  |
|  | Stopień z powierzchnią antypoślizgową  | **TAK** |  |  |
|  | **Gumowe nasadki na nóżkach chroniące podłoże oraz zabezpieczają przed przesuwaniem się schodka.** | **TAK** |  |  |
|  | Szerokość: 50 cm ± 2 cm | **TAK** |  |  |
|  |  Wysokość: 24 cm ± 2 cm | **TAK** |  |  |
|  | Głębokość: 26 cm ± 2 cm | **TAK** |  |  |
|  | Waga: 3,8 kg | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
| **10.** | Gwarancja minimum 24 miesiące | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 5**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**ZESTAW PRZYRZĄDÓW DO FIZYKOTERAPII**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Ilość sztuk** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 |  | **TAK** |  |  |
|  | Podwieszka dwustawowa niezaciskająca | 14 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Taśmy oporowe- różnych oporów o długości 1,5 m. Komplet składający się z 5 szt. – po jednej każdego oporu. | 2 kpl. | **TAK** |  |  |
|  | Pętle oporowe różnych oporów. Komplet składający się z 5 szt. – po jednej każdego oporu.  | 2 kpl. | **TAK** |  |  |
|  | Karabińczyk do mocowania akcesoriów do kabiny UGUL  | 6 szt | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet nadgarstkowy | 3 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mankiet nadkostkowy | 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Linka do ćwiczeń oporowych /wyciągów z bloczkami  | 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Linka długość 160 cm | 8 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Mata do ćwiczeń | 3 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Pół piłka do balansowania i ćwiczenia równowagi o średnicy 55 cm ± 5 cm  | 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Piłeczka tenisowa | 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Step z możliwością ustawienia 3 wysokości. | 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Podwieszka pod miednicę | 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Zestaw hantli :0,5 kg – 2szt1 kg- 2szt1,5 kg- 2 szt.  | 1 kpl. | **TAK** |  |  |
|  | Dysk sensoryczny | 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Podwieszka do ćwiczeń samowspomaganych z uchwytami  | 1 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Ciężar do ćwiczeń oporowych przy kabinie UGUL o wadze 1 kg |  1 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE  |  | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 6**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**LAMPA ZABIEGOWA SUFITOWA lub ŚCIENNA - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto/netto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Mocowanie: sufitowe lub ścienne | **TAK**  |  |  |
|  | Odpowiednia do diagnostyki medycznej i oświetlania pola zabiegowego | **TAK** |  |  |
|  | Kierowana głowica bezcieniowa z 7 punktami świetlnymi LED o żywotności minimum 35 000 h | **TAK** |  |  |
|  | Minimalne natężenie światła w odległości 1 m :35 000 lx  | **TAK** |  |  |
|  | Plamka świetlna  w odległości 1 m :180 mm  | **TAK** |  |  |
|  | Barwa światła 4700K  | **TAK** |  |  |
|  | Energooszczędna  | **TAK** |  |  |
|  | Dwuramienny wysięgnik z przegubem o zasięgu 140 cm± 5 cm  | **TAK** |  |  |
|  | Zakres obrotu w osi pionowej na uchwycie ściennym 180° | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | **TAK** |  |  |