**Zadanie 1: Macerator**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 7 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Macerator przeznaczony do utylizacji naczyń jednorazowego użytku wykonanych ze specjalnie przetworzonej pulpy papierowej – kaczek, basenów itp. | Tak |  |
|  | Wydajność 4 naczyń jednorazowe typu kaczka, basen na 1 cykl | Tak |  |
|  | Wydajna maceracja min. 1500rpm. oraz informacja o aktualnej prędkości obrotu na wyświetlaczu – wbudowany czujnik prędkości  | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V 50Hz | Tak |  |
|  | Zużycie energii max. 0,02 kWh/cykl | Tak |  |
|  | Odpływ kanalizacyjny 50 mm – 70 mm | Tak |  |
|  | Doprowadzenie wody zimnej ¾” | Tak |  |
|  | Wymagane natężenie przepływu wody min. 5,5l/min | Tak |  |
|  | Wymiary urządzenia w mm (szerokość x wysokość x głębokość): 411 mm x 908 mm (1218mm otwarta pokrywa) x 524 mm (tolerancja +/- 10 mm) | Tak |  |
|  | Wysokość załadunku max. 80 cm | Tak |  |
|  | Waga urządzenia: bez ładunku i z pustym zbiornikiem wody max. 60 kg | Tak |  |
|  | Zbiornik wodny umieszczony w urządzeniu z każdej strony obudowany stalą nierdzewną | Tak |  |
|  | Obudowa: konstrukcja ze stali nierdzewnej z górną pokrywą i przednią obudową wykonaną z wysokiej jakości tworzywa  | Tak |  |
|  | Antybakteryjna powłoka z technologią srebra uniemożliwiająca namnażanie się bakterii na pokrywie i przedniej obudowie urządzenia - dożywotnia ochrona przed rozwojem bakterii | Tak |  |
|  | Cała górna obudowa i pokrywa stanowiąca monolit wykonany z jednego odlewu, bez zagłębień i przewężeń w których mogłyby gromadzić się zanieczyszczenia  | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uszczelkę zamontowaną na pokrywie zapewniającą szczelność oraz czystość komory podczas pracy | Tak |  |
|  | Otwieranie i zamykanie pokrywy za pomocą przycisku nożnego, bez użycia rąk i czujników podczerwieni | Tak |  |
|  | Funkcja „auto-start” – automatyczne uruchamianie urządzenia po zamknięciu pokrywy | Tak |  |
|  | Mechanizm ryglujący z automatyczną funkcją dociągu pokrywy  | Tak |  |
|  | Automatyczne zamknięcie pokrywy po 20 sekundach w przypadku braku podjęcia czynności  | Tak |  |
|  | Dodatkowe zabezpieczenie informujące sygnałem świetlnym i dźwiękowym o próbie ręcznego zamknięcia pokrywy | Tak |  |
|  | Komunikaty dźwiękowe i świetlne informujące o niewłaściwej obsłudze | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed przytrzaśnięciem dłoni operatora | Tak |  |
|  | Sterowanie mikroprocesorowe z panelu pokrywy | Tak |  |
|  | Wielokolorowa dioda LED informująca o stanie gotowości urządzenia do pracy | Tak |  |
|  | Wyświetlacz OLED z regulacją intensywności podświetlenia informujący o dacie, godzinie, aktualnym programie, usterkach i fazie cyklu. Komunikaty graficzne i tekstowe.  | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czujniki:* niedrożności odpływu
* niskiego poziomu wody
* zaistniałych usterek
* prędkości wirnika
* usterki mechanicznej
* otwarcia pokrywy
 | Tak |  |
|  | Konfigurowalne zużycie wody / czasu cyklu bezpośrednio w panelu sterowania na górnej pokrywie | Tak |  |
|  | Maksymalne zużycie wody na cykl: 25 litrów | Tak, podać |  |
|  | Maksymalna długość cyklu: 120 s | Tak, podać |  |
|  | Min. 3 fabrycznie wbudowane programy. Możliwość wyboru programu z panelu sterowania /menu serwisowego  | Tak |  |
|  | Archiwizacja danych – możliwość przejrzenia błędów (daty, godziny wystąpienia błędu), ilości cykli | Tak |  |
|  | Możliwość resetowania urządzenia bezpośrednio z panelu sterowania umiejscowionego na górnej pokrywie | Tak |  |
|  | Urządzenie przechodzące w stan czuwania (stan uśpienia) | Tak |  |
|  | Programowanie godziny startu i zakończenia trybu nocnego. Tryb nocny z poziomem hałasu max 54dBA. Możliwość aktywacji trybu nocnego jednym przyciskiem  | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia trybu higienicznego – przepłukiwania urządzenia zgodnie z ustawionym harmonogramem w momentach dłuższego przestoju  | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia przypomnienia o konieczności przeprowadzenia przeglądu wyświetlanego na panelu sterowania  | Tak |  |
|  | Możliwość uruchomienia trybu serwisowego pozwalającego serwisantowi sprawdzenie kluczowych funkcji | Tak |  |
|  | Dozownik płynu antybakteryjno – dezodoryzującego z możliwością regulacji częstotliwości dozowania płynu z poziomu panelu sterowania na pokrywie urządzenia | Tak |  |
|  | Zużycie środka max. 1 ml/cykl | Tak |  |
|  | Komora oraz głowice tnące wykonane z wysokiej jakości stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Wszystkie elementy tnące umiejscowione w głównej (górnej) części komory z bezpośrednim dostępem do wszystkich elementów tnących po otwarciu pokrywy, brak konieczności demontażu bębna w celu ich sprawdzenia i wyczyszczenia w przypadku maceracji nieodpowiednich materiałów (np. ścierki wielorazowe, lignina itp.) | Tak |  |
|  | Maceracja przy użyciu dwóch wielopłaszczyznowych modułów tnąco rozrywających o różnej geometrii i długości min. 9 cm, z trzema elementami tnącymi na różnych wysokościach i komorą zagarniającą, oraz podwójnego noża centralnego | Tak |  |
|  | Komora maceratora wyposażona w niewielkie otwory odpływowe uniemożliwiające przedostanie się niepożądanego przedmiotu do rury kanalizacyjnej powodujących zapchanie.  | Tak |  |
|  | Otwory odpływowe do równomiernego oraz powolnego odprowadzania ścieku | Tak |  |
|  | Ślimakowe oraz bezkolizyjne odprowadzenie zmacerowanego ścieku do syfonu w celu powolnego i równomiernego odprowadzania ścieku dla zachowania najlepszej drożności odpływu | Tak |  |
|  | Możliwość wymiany pojedynczego noża/modułu w przypadku uszkodzenia bez koniczności wymiany całego talerza. | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość szybkiego demontażu talerza tnącego. Dostęp do śrub mocujących talerz bezpośrednio z głównej komory maceracji. | Tak |  |
|  | Otwór przelewowy po prawej lub lewej strony w zależności od potrzeb  | Tak |  |
|  | Boczna rewizja umożliwiająca szybki dostęp do syfonu | Tak |  |
|  | Uszczelka pod całą powierzchnią podstawy zapobiegająca przedostawaniu się zanieczyszczeń i wilgoci oraz zwiększająca amortyzację, wyciszenie | Tak |  |
|  | Na wyposażeniu kosz umożliwiający zawieszenie kanistra w dowolnym miejscu na ścianie | Tak |  |
|  | Podest (w przypadku jeśli odpływ kanalizacyjny zlokalizowany jest na wysokości wyższej niż 150mm od podłogi) | Tak (jeśli wymagany) |  |
|  | Aktualny dokument dopuszczający do obrotu - należy dołączyć do oferty | Tak |  |
|  | Możliwość stosowania naczyń różnych producentów | Tak |  |
|  | Dostawa płynu do higienizacji maceratora - ilość wystarczająca na 1000 cykli higienizacji | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 2: Regulator próżni**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 9 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Regulator próżni - ssak próżniowy medyczny z uchwytem naszynowym i akcesoriami |  |  |
|  | Zakres regulacji podciśnienia 0-1000 mbar | Tak |  |
|  | Ssak wyposażony w: | Tak |  |
|  | * regulator ciśnienia z manometrem
 | Tak |  |
|  | * wtyk typu AGA do gniazda naściennego podciśnienia (próżnia)
 | Tak |  |
|  | * zawór odcinający
 | Tak |  |
|  | * przewód z wtykiem do gniazda AGA (próżni)
 | Tak |  |
|  | Wielorazowy zbiornik: | Tak |  |
|  | * wykonany z poliwęglanu i nietłukącego się tworzywa
 | Tak |  |
|  | * pojemność zbiornika min. 2 l – 2 szt.
 | Tak |  |
|  | * zbiornik wyposażony w podziałkę
 | Tak |  |
|  | * w zestawie 50 wkładów jednorazowych kompatybilnych ze zbiornikiem + 10 filtrów antybakteryjnych/hydrofobowych
 | Tak |  |
|  | * zbiornik wyposażony w uchwyt naszynowy
 | Tak |  |
|  | Dren silikonowy z końcówką ssącą | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 3: Fotel do pobierania krwi**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Fotel do pobierania krwi | Tak |  |
|  | Wyrób przeznaczony do przeprowadzenia zabiegu iniekcji na prawym lub lewym przedramieniu | Tak |  |
|  | Fotel wyposażony w (min):* Zagłówek
* Podłokietniki przestawne zintegrowany z oparciem (2 szt.)
* Wspornik podłokietników
* Siedzisko-oparcie
* Rama stanowiska
 | Tak |  |
|  | Wymiary: | Tak |  |
|  | * Całkowita szerokość: 800 mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * Całkowita długość: 780 mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * Szerokość podstawy: 655 mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * Długość podstawy: 730 mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * Całkowita wysokość: 1120 mm/1280 mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie: min 120 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie końcówki na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 4: Kozetka lekarska**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 7 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Kozetka lekarska z zagłówkiem | Tak |  |
|  | Wymiary: | Tak |  |
|  | * długość: 1900 mm +/- 15mm
 | Tak |  |
|  | * szerokość: 550 +/- 15mm
 | Tak |  |
|  | * wysokość: 550 +/-15 mm
 | Tak |  |
|  | Kątowa regulacja segmentu zagłówka + 45° do - 30° (± 5°) | Tak |  |
|  | Regulacja kąta pochylenia segmentu zagłówka realizowana za pomocą rastomatów poprzez podniesienie segmentu, a potem ustalenie pod pożądanym kątem. | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 170 kg | Tak |  |
|  | Rama leżanki wykonana z rur stalowych pokrytych lakierem proszkowym odpornym na promieniowanie i środki dezynfekcyjno-myjące. | Tak |  |
|  | Segmenty leża oraz zagłówka tapicerowane | Tak |  |
|  | Możliwość wyboru koloru tapicerki przed dostawą przez Zamawiającego (min 15 kolorów do wyboru) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 5: Kozetka lekarska elektryczna**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Leżysko dwusegmentowe | Tak |  |
|  | Otwór w zagłówku | Tak |  |
|  | Zatyczka otworu zagłówka | Tak |  |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie za pomocą pilota ręcznego 45- 95 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Długość 195 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Szerokość 68 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Konstrukcja malowano proszkowa, kolor - jasnoszary | Tak |  |
|  | Tapicerka skóropodobna | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg | Tak |  |
|  | Kąt pochylenia zagłówka regulowany za pomocą sprężyny gazowej od – 80 stopni do +45 stopni | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 6: Lampa sollux**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Lampa sollux statywowa przeznaczone do stosowania w zabiegach ciepło-leczniczych | Tak |  |
|  | Wyposażenie:* okulary ochronne operatora
* okulary ochronne pacjenta
* filtr czerwony
* filtr niebieski
* siatka zabezpieczająca.
 | Tak |  |
|  | Moc promiennika: 375 W | Tak |  |
|  | Gęstość mocy promieniowania: ≥0,3 W/cm2 | Tak |  |
|  | Chłodzenie: wymuszone | Tak |  |
|  | Statyw do lampy z regulacja wysokości, podstawą jezdną i hamulcem. | Tak |  |
|  | Waga: max 12 kg | Tak |  |
|  | Wysokość maksymalna: 160 cm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 7: Waga precyzyjna – 220g**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Waga precyzyjna | Tak |  |
|  | Obciążenie maksymalne: 220 g | Tak |  |
|  | Działka odczytowa: 0.001 g | Tak |  |
|  | Obciążenie minimalne: wg. PN-EN 45501 lub równoważnej | Tak |  |
|  | Zakres tarowania: -220 g | Tak |  |
|  | Temperatura pracy: +10÷30°C | Tak |  |
|  | Wyświetlacz graficzny | Tak |  |
|  | Wymiary pomostu: fi 130 mm | Tak |  |
|  | Układ ważący: monoblok | Tak |  |
|  | Masa wagi (maksymalna): 4kg | Tak |  |
|  | Wewnętrzna kalibracja | Tak |  |
|  | Oznaczenie wagi wynikające z obowiązujących przepisów oraz dodatkowa tabliczka znamionowa z datą ważności wykonanej usługi. | Tak |  |
|  | Wzorcowanie w zakresie akredytacji PCA | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 8: Waga precyzyjna – 8200g**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Waga precyzyjna | Tak |  |
|  | Zakres ważenia: 8200 g | Tak |  |
|  | Działka odczytowa: 0.1 g | Tak |  |
|  | Działka legalizacyjna: 1 g | Tak |  |
|  | Szerokość pomostu: 195 mm | Tak |  |
|  | Głębokość pomostu: 175 mm | Tak |  |
|  | Legalizacja | Tak |  |
|  | Kalibracja: wewnętrzna | Tak |  |
|  | Klasa dokładności: II | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V 50Hz | Tak |  |
|  | Wyświetlacz: dotykowy | Tak |  |
|  | Temperatura pracy: +10 ÷ 30°C | Tak |  |
|  | Waga z kalibracją wewnętrzną | Tak |  |
|  | Waga: 3.8 kg | Tak |  |
|  | Czas ważenia: maksymalnie 2,5 s | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 9: Komora laminarna**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Komora 2 klasy bezpieczeństwa mikrobiologicznego | Tak |  |
|  | Komora spełniająca normę EN 12469 lub równoważną | Tak |  |
|  | Wnętrze stal nierdzewna typ 304 | Tak |  |
|  | Przepływ laminarny pionowy | Tak |  |
|  | Obudowa pokrywa farbą z powłoką antybakteryjną | Tak |  |
|  | Elektrycznie otwierane i zamykane okno robocze. | Tak |  |
|  | Funkcja opóźnienia czasu do wejścia w tryb bezpiecznej pracy. | Tak |  |
|  | Filtr Hepa sprawność 99,999% dla cząstek 0,3 um | Tak |  |
|  | Licznik czasu filtra HEPA | Tak |  |
|  | Licznik czasu lampy UV | Tak |  |
|  | Automatyczna prędkość kompensacja spadków przepływu powietrza | Tak |  |
|  | Z funkcją pamięci w przypadku awarii zasilania – podtrzymanie | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny (min. Nieprawidłowa prędkość przepływu powietrza, Wymiana filtra, pozycja okna) | Tak |  |
|  | Obszar roboczy otoczony podciśnieniem, aby zapewnić maksymalne bezpieczeństwo w obszarze roboczym | Tak |  |
|  | Zdalne sterowanie | Tak |  |
|  | Blokada ustawień | Tak |  |
|  | System przepływu powietrza: 30% recyrkulacji powietrza, 70% wydmuchu powietrza | Tak |  |
|  | Przedni panel (szyba) wykonana jest z hartowanego szkła, grubość nie mniejsza niż 5 mm umieszczona pod kątem 100 st. | Tak |  |
|  | Wymiary wewnętrzne 950x620x680 mm +/-5% | Tak |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 1130x720x2250 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Wyposażenie:* 2 x Lampa LED – 1 szt.
* Lampa UV – 1 szt.
* Statyw – 1 szt.
* Pedał nożny – 1 szt.
* Krzesło laboratoryjne z oparciem na kółkach
* Zwór wody i gazu – 1 szt.
* Zawór spustowy pod blatem roboczym – 1 szt.
* Wodoszczelne gniazda – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 10: Sterylizator nablatowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Sterylizator przeznaczony do sterylizacji suchym gorącym powietrzem różnorodnego sprzętu medycznego | Tak |  |
|  | Pojemność: 115 dm3 +/- 5% | Tak |  |
|  | Ilość półek: 2 | Tak |  |
|  | Obudowa: blacha lakierowana proszkowo (szer.780 mm, wys.670 mm, głęb.495 mm - +/- 5%) | Tak |  |
|  | Cyrkulacja powietrza: wymuszona | Tak |  |
|  | Komora i półki wykonane z blachy nierdzewnej | Tak |  |
|  | Obudowa z blachy lakierowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Sterylizator wyposażony w podwójny autonomiczny układ zabezpieczający aparat przed niekontrolowanym wzrostem temperatury | Tak |  |
|  | Minimum 3 programy sterylizacji:* temperatura 160°C
* temperatura 180°C
* temperatura 200°C
 | Tak |  |
|  | Funkcja indywidualnego ustawiania temperatury w zakresie od temp. otoczenia do 250°C | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu (h):0,15; 0,30; 0,45; 1,0; 1,30; 2,0; 2,30; 3,0; 3,30. | Tak |  |
|  | Sygnalizacja otwartych kominków w programach sterylizacji | Tak |  |
|  | Cyfrowy pomiar temperatury | Tak |  |
|  | Elektromagnetyczna blokada drzwi | Tak |  |
|  | Kominki wentylacyjne | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 11: Zamrażarka do przechowywania osocza**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Zamrażarka do przechowywania osocza | Tak |  |
|  | Zakres temperatur (min. zakres): -15°C do -42°C | Tak |  |
|  | Cyfrowa regulacja temperatury z krokiem co 0,1°C | Tak |  |
|  | Pojemność 300 l +/- 5% | Tak |  |
|  | Wymiary Wewnętrzne:* szerokość 680 mm (+/- 5%)
* głębokość 660 mm (+/- 5%)
* wysokość 2040 mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | Waga: maksymalnie 150 kg | Tak |  |
|  | Samozamykające się pełne drzwi, ze składaną uszczelką magnetyczną z czterech stron | Tak |  |
|  | 6 półek ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Przegrody do szuflady z plexiglasu – 6 kpl. |  |  |
|  | Poziom szumu: max. 60 dB | Tak |  |
|  | Akumulator podtrzymujący zasilanie centrali w celu generowania alarmów w przypadku braku zasilania. | Tak |  |
|  | Rejestrator temperatury |  |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 12: Łaźnia wodna**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Łaźnia wodna | Tak |  |
|  | Możliwość rozmrażania 4 woreczków osocza | Tak |  |
|  | Zakres temp: od 5°C powyżej temperatury otoczenia do +62°C | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznego chłodzenia wodą | Tak |  |
|  | Zakres temperatury przy zastosowaniu chłodzenia: od temperatury otoczenia do +62°C | Tak |  |
|  | Rozdzielczość: 0,1°C | Tak |  |
|  | Dokładność stabilizacji temperatury do 0,2°C | Tak |  |
|  | Cyfrowy panel sterowania z klawiaturą odporną na zachlapanie | Tak |  |
|  | Zbiornik wewnętrzny tłoczony, bezszwowy, ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Obudowa zewnętrzna metalowa malowana proszkowo | Tak |  |
|  | Mieszadełko zapewniające równomierny rozkład temperatury | Tak |  |
|  | Możliwość zaprogramowania czasu i temperatury pracy | Tak |  |
|  | Pamięć trzech ustawień czasu i temperatury | Tak |  |
|  | Informacje na ekranie LCD:* aktualna temperatura wody w łaźni
* temperatura zadana
* zaprogramowany czas grzania
* zbyt niski poziom wody w łaźni
* uszkodzenie czujnika temperatury
 | Tak |  |
|  | Sygnalizacja akustyczna:* osiągnięcie zadanej temp.
* koniec czasu grzania (z blokadą grzania)
* uszkodzenie czujnika temp. (z blokadą grzania)
* niski poziom wody (z blokadą grzania)
* sygnalizacja grzania wody - dioda LED
 | Tak |  |
|  | Koszyk 4 miejscowy – 2 szt. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 13: Wirówka laboratoryjna**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wirówka laboratoryjna wentylowana | Tak |  |
|  | Pojemność 1000 ml | Tak |  |
|  | Max. RPM [min-1]: 90 ÷ 18 000 | Tak |  |
|  | Max. RCF [x g]: 24 270 | Tak |  |
|  | Czas pracy: 1s ÷ 99h 59min 59s + ∞, krok 1s | Tak |  |
|  | Wymiary:* wysokość: 380 mm (+/- 5%)
* szerokość: 443 mm (+/- 5%)
* głębokość: 545 mm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | Waga: (maksymalnie): 46 kg | Tak |  |
|  | Min. czas rozpędzania [s]: 4 | Tak |  |
|  | Min. czas hamowania [s]: 5 | Tak |  |
|  | Dedykowany do wirówki wirnik horyzontalny 4 x 250ml | Tak |  |
|  | Dedykowany do wirówki pojemnik 250ml – 4 szt. | Tak |  |
|  | Wkładka redukcyjna do systemów zamkniętych – 4 kpl. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 14: Pompy infuzyjne, stacje dokujące**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Pompy infuzyjne – 24 szt.

Stacje dokujące – 8 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | **Pompa infuzyjna – 24 szt.:** | Tak |  |
|  | Pompa infuzyjna strzykawkowa do infuzji dożylnej lub podskórnej u pacjentów dorosłych w przerywanych lub ciągłych infuzjach płynów pozajelitowych, leków, krwi i preparatów krwiopochodnych, sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi. | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V 50 Hz | Tak |  |
|  | Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min IP 22 lub równoważną | Tak |  |
|  | Klasa ochronności zgodnie z IEC/EN60601-1 : Klasa II, typ CF lub równoważną | Tak |  |
|  | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla, zasilacz wbudowany wewnątrz urządzenia. | Tak |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 11 godz. przy przepływie 5 ml/godz. | Tak |  |
|  | Lampka kontrolna zasilania oraz wskaźnik stanu naładowania akumulatora widoczne na płycie czołowej urządzenia. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w klawiaturę symboliczną | Tak |  |
|  | Pompa wyposażone w automatyczną blokadę klawiatury | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Urządzenie wyposażone w blokadę klawiatury z użyciem min. 4-ro cyfrowego kodu | Tak |  |
|  | Pompa strzykawkowa obsługujące min. 19 bibliotek pozwalających na wybranie konkretnej konfiguracji pompy, dodatkowo 1 profil podstawowy | Tak |  |
|  | Masa pompy wraz z uchwytem do mocowania na stojaku lub szynie maksymalnie 2,5 kg | Tak |  |
|  | Uchwyt mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny oraz rączka do przenoszenia na stałe wbudowane w pompę. | Tak |  |
|  | Mocowanie strzykawki do czoła pompy, cała strzykawka stale widoczna podczas pracy pompy z pełną swobodą odczytania objętości ze skali strzykawki oraz możliwością wizualnej kontroli infuzji | Tak |  |
|  | Pełne mocowanie strzykawki możliwe zarówno przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie | Tak |  |
|  | Osłona tłoka strzykawki uniemożliwiająca wciśnięcie tłoka strzykawki zamontowanej w pompie | Tak |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 5, 10, 20, 30/35 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów: m.in. Margomed, BD, BBraun, Terumo, Polfa | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji, ograniczenie bolusa < 0,35ml | Tak |  |
|  | Zakres szybkości infuzji 0,1 – 1200 ml/godz. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania infuzji:* co 0,01 w zakresie min. 0,1–9,99 ml/ godz.
* co 0,1 w zakresie 10-99,9 ml/h
* co 1 w zakresie 100-1200ml/h
 | Tak |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
|  | Możliwość programowania infuzji w jednostkach na (minimum) minutę, godzinę, wagę | Tak |  |
|  | Bolus podawany na żądanie bez konieczności wstrzymywania trwającej infuzji, dostępne 2 rodzaje, plus dodatkowo manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania i prezentacji podanej objętości na ekranie urządzenia | Tak |  |
|  | Bolus:* Bolus bezpośredni: Szybkość: 50–1200 ml/h (przyrost o 50 ml/h).
* Bolus programowany (dawka lub objętość do podania / czas): 0,1–99,9 ml 0,01–9999 jedn. / 1 sekundę – 24 h.
 | Tak |  |
|  | Dawka nasycająca Dawka/czas: 0,01–9999 jedn. / 1 sekundę – 24 h. Automatyczne obliczanie szybkości. | Tak |  |
|  | Objętość do podania / dawka wlewu Objętość: 0,1–999 ml / Dawka: 0,1–9999 jednostek | Tak |  |
|  | Napełnianie: 3 tryby: obligatoryjny, nieobligatoryjny lub zalecany / Szybkość: 1200 ml/h. | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie pompy. | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji min. 3 jednostki do wyboru – mmHg, kPa, PSI | Tak |  |
|  | Tryby wlewu • tryb w ml/h: • Tryby dawkowania: ng/h, ng/kg/min, ng/kg/h, μg/min, μg/h, μg/kg/min, μg/kg/h, mg/min, mg/h, mg/24h, mg/kg/min, mg/kg/h, mg/kg/24h, mg/m˛/h, mg/m˛/24h, g/h, g/kg/min, g/kg/h, g/kg/24h, mmol/h, mmol/kg/h, mmol/kg/24h, mU/min, mU/kg/min, mU/kg/h, U/min, U/h, U/kg/min, U/kg/h, kcal/h, kcal/24h, kcal/kg/h, mEq/min, mEq/h, mEq/kg/min, mEq/kg/h. | Tak |  |
|  | Ustawienie rozcieńczenia: -- jedn. / ml lub -- jedn. / -- ml. Z dawką nasycającą lub bez. | Tak |  |
|  | Objętość lub dawka / jednostka czasu: 0,1–99,9 ml; 00 h 01 – 96 h 00. | Tak |  |
|  | Limit objętości: 0,1–999 ml. | Tak |  |
|  | System antybolusowy | Tak |  |
|  | Masa ciała pacjenta: Zakres ustawień: 0,25 - 350 kgMinimalny przyrost w zakresie* kg 0,25 - 9,99
* kg 9 10,0 - 19,9
* 1 kg w zakresie 20 - 350
 | Tak |  |
|  | Powierzchnia ciała pacjenta: zakres ustawień 0,05 - 4,5 m²Minimalny przyrost 0,01 m² | Tak |  |
|  | Dynamiczny system ciśnienia ostrzegający o zmianach ciśnienia. | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Tryby ciśnienia :Dostępne dwa tryby: zmienny lub 3 ustalone wcześniej poziomy – Zakres: 50–900 mmHg. (co 25 mmHg w przedziale 50–250 mmHg / co 50 mmHg w przedziale 250–900 mmHg). Mogą być aktywowane/dezaktywowane i regulowane. Min 20 poziomów ustalenia ciśnienia | Tak |  |
|  | Funkcja KVO | Tak |  |
|  | Zróżnicowana prędkość KVO z możliwością programowania szybkości od 0,1 do 5 ml/h | Tak |  |
|  | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie od 1min do 24 godzin programowany co 1 minutę z funkcją automatycznego startu infuzji po zaprogramowanej przerwie. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w tryb dzienny i nocny z opcją przełączania między trybami ręcznie i automatycznie | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Komunikaty tekstowe w języku polskim | Tak |  |
|  | Funkcja wyświetlania trendów objętości, szybkości infuzji oraz ciśnienia | Tak |  |
|  | Biblioteka leków, do 150 leków wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.) | Tak |  |
|  | Alarmy:* Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń
* Alarm pustej strzykawki
* Alarm przypominający –zatrzymana infuzja
* Alarm okluzji
* Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia
* Alarm rozładowanego akumulatora
* Alarm braku lub źle założonej strzykawki
* Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki
* Alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia
* Alarm zbliżającego się rozładowania akumulatora
* Alarm blokady klawiatury
 | Tak |  |
|  | Alarm bliskiego końca infuzji z możliwością zaprogramowania czasu w zakresie 1-30 minut | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | **Stacja dokująca – 8 szt.:** | Tak |  |
|  | Stacja dokująca pozwalająca na jednoczesne zasilanie 6 oferowanych pomp strzykawkowych i objętościowych | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V 50Hz | Tak |  |
|  | Zatrzaskowe mocowanie oferowanych pomp w stacji dokującej bez konieczności demontażu uchwytu mocującego pompy lub uchwytu transportowego | Tak |  |
|  | Dowolna zmiana miejsca pomp strzykawkowych i objętościowych w stacji bez konieczności wyjmowania innych pomp – możliwość niezależnego umieszczania i wyjmowania pomp w i ze stacji | Tak |  |
|  | Zasilanie pomp ze stacji dokującej – automatyczne podłączenie zasilania po umieszczeniu pompy w stacji | Tak |  |
|  | Parametry wyjścia zasilającego dedykowane do dostarczonych pomp. | Tak |  |
|  | Możliwość mocowania stacji dokującej do rury pionowej (stojaki lub kolumny) | Tak |  |
|  | Masa stacji dokującej maksymalnie 5,0 kg | Tak |  |
|  | Podstawa jezdna o średnicy 65 cm. 5 podwójnych kółek z hamulcami | Tak |  |
|  | Teleskopowe ramię wieszaka do worków infuzyjnych 6 wieszaków o łącznej nośności do 6 kg. Regulacja w zakresie 170 – 220 mm. | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie 25 kg | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 15: Myjnia - dezynfekator**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 3 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Myjnia - dezynfektor do mycia i dezynfekcji naczyń sanitarnych, takich jak: baseny, kaczki, miski itp. | Tak |  |
|  | wymiary zewnętrzne szerokość urządzenia: max 600 mm (+/- 1 cm) | Tak |  |
|  | wymiary zewnętrzne wysokość urządzenia: max 950 mm (+/- 1 cm) | Tak |  |
|  | wymiary zewnętrzne głębokość urządzenia: max 660 mm (+/- 1 cm) | Tak |  |
|  | wymiary komory: szerokość 400 mm ; długość 500 mm ; głębokość 350 mm (+/- 1 cm) | Tak |  |
|  | myjnia pełniąca dodatkowo funkcję zlewu - możliwość wylewania nieczystości bezpośrednio do komory | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | minimalny załadunek na cykl: 1 basen + 1 pokrywa basenu + 2 kaczki | Tak |  |
|  | urządzenie wyposażone w kosz umożliwiający automatyczne opróżnianie basenu | Tak |  |
|  | możliwość dezynfekcji 3 basenów w jednym cyklu | Tak |  |
|  | mycie i dezynfekcja za pomocą min.12 dysz natryskowych, w tym min. 4 obrotowych | Tak |  |
|  | zasilanie elektryczne, możliwość podłączenia pod: 230V/50 Hz lub 400V 3+N /50 Hz | Tak |  |
|  | całkowita moc: 3000W | Tak |  |
|  | urządzenie wykonane w całości ze stali nierdzewnej klasy min. AISI 304 ( obudowa, rama, komora, dysze, orurowanie wewnętrzne) | Tak |  |
|  | urządzenie w pełni automatyczne, zautomatyzowany cykl pracy | Tak |  |
|  | urządzenie uruchamiane bez użycia rąk, wyposażone w przyciski/ pedały nożne uruchamiające wybrany cykl | Tak |  |
|  | posiadające min 3 programy: standardowy, intensywny oraz sporobójczy, program sporobójczy potwierdzony badaniem w kierunku spełnienia normy EN13697 (skuteczności) lub równoważnej | Tak |  |
|  | dodatkowa funkcja spłukiwania komory w przypadku wylania nieczystości do komory | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | drzwi komory otwierane i zamykane automatycznie : zamykanie i otwieranie aktywowane przyciskiem nożnym lub czujnikiem podczerwieni | Tak |  |
|  | wybór programu bez użycia rąk | Tak |  |
|  | kolorowy wyświetlacz informujący o wybranym programie, parametrach cyklu i temperaturze | Tak |  |
|  | czas cyklu dla standardowego programu max. 360 s. | Tak |  |
|  | przystosowany do pracy z wodą ciepłą i zimną – surową, nie uzdatnianą | Tak |  |
|  | zużycie zimnej wody na cykl standardowy: max 10 l | Tak |  |
|  | zużycie ciepłej wody na cykl standardowy: max 10 l | Tak |  |
|  | podłączenie wody zimnej i ciepłej: ¾ ” | Tak |  |
|  | możliwość podłączenia pod odpływ do kanalizacji DN 100 mm w podłodze lub ścianie | Tak |  |
|  | wbudowane 2 pompy podajnika detergentu | Tak |  |
|  | temperatura dezynfekcji termicznej z zachowaniem wartości parametru A0: 90 ° C | Tak |  |
|  | jednoczęściowa komora, głęboko tłoczona w całości wykonana ze stali nierdzewnej z zaokrąglonymi kątami umożliwiającymi spływanie płynów | Tak |  |
|  | szafka do umieszczania pojemnika z detergentem wewnątrz urządzenia | Tak |  |
|  | urządzenie zintegrowane z półką do przechowywania zdezynfekowanych basenów i kaczek | Tak |  |
|  | automatyczne uchylanie pokrywy po skończonym cyklu w celu przyspieszenia procesu suszenia dezynfekowanych naczyń | Tak |  |
|  | w komplecie standardowym: kosz na min.2 kaczki plus basen z pokrywą, stojak na kilka kaczek/butelki/słoje na mocz, stojak wielofunkcyjny | Tak |  |
|  | w zestawie półka do przechowywania basenów i kaczek zamontowana z tyłu myjni | Tak |  |
|  | w komplecie standardowym:5 l kanister z płynem zmiękczającym wodę, 5 l kanister z płynem o działaniu sporobójczym | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 16: Aparat do terapii ultradźwiękowej**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Urządzenie elektromedyczne przeznaczone do zabiegów terapeutycznych w środowisku fizjoterapeutycznym | Tak |  |
|  | Aparat współpracujący z trzema różnymi dwuczęstotliwościowymi (1 i 3 MHz) głowicami o powierzchni 1cm2, 5cm2. | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w bazę gotowych programów zabiegowych oraz możliwość zapamiętywania własnych. | Tak |  |
|  | Aparat przeznaczony do terapii ultradźwiękami patologii (min.): | Tak |  |
|  | * zapalenie ścięgien
 | Tak |  |
|  | * bóle mięśni
 | Tak |  |
|  | * urazy sportowe (nadwyrężenia, kontuzje, zwichnięcia)
 | Tak |  |
|  | * przykurcze mięśni
 | Tak |  |
|  | * zapalenie torebki stawowej
 | Tak |  |
|  | * artroza
 | Tak |  |
|  | * zwyrodnienia okołostawowe (choroba Duplay’a)
 | Tak |  |
|  | * choroba Dupuytrena
 | Tak |  |
|  | * tkanka bliznowata
 | Tak |  |
|  | Aparat posiadający możliwość pracy może z dwoma aplikatorami oraz z aparatem do elektroterapii, umożliwiając zabieg terapii skojarzonej. | Tak |  |
|  | Sterowanie za pomocą ekranu LCD. | Tak |  |
|  | Parametry techniczne: | Tak |  |
|  | * dwie częstotliwości robocze: 1, 3MHz
 | Tak |  |
|  | * moc wyjścia 15 W (5cm2 1 MHz lub 3 MHz)
 | Tak |  |
|  | * intensywność 3 W/cm2 (tryb ciągły) i 3 W/cm2 (tryb impulsowy)
 | Tak |  |
|  | * praca ciągła i impulsowa (10-100 % cyklu roboczego – co 10%)
 | Tak |  |
|  | * automatyczne dostrojenie do aktualnie pracującej głowicy
 | Tak |  |
|  | * brak sprzężenia głowicy sygnalizowany wizualnie i akustycznie
 | Tak |  |
|  | * realny pomiar czasu zabiegu (zatrzymanie zegara zabiegowego w momencie utraty sprzęgania i automatyczne uruchomienie po jego uzyskaniu)
 | Tak |  |
|  | * współpraca z aparatami do elektroterapii
 | Tak |  |
|  | * wymiary (dł. x szer. x wys.) [mm]: 270 x 228 x 120
 | Tak |  |
|  | * waga max.: 2,5 kg
 | Tak |  |
|  | Wyposażenie: | Tak |  |
|  | * dedykowana do aparatu głowica ultradźwiękowa 1 cm²
 | Tak |  |
|  | * dedykowana do aparatu głowica ultradźwiękowa 5 cm²
 | Tak |  |
|  | Głowice z możliwością pracy w środowisku wodnym | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie17: Meble medyczne**

**17.1 Stolik do instrumentów chirurgicznych typu "MAYO" z hydrauliczną regulacją wysokości**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Stolik do instrumentów chirurgicznych typu "MAYO" z hydrauliczną regulacją wysokości blatu. | Tak |  |
|  | Stolik w całości wykonany ze stali kwasoodpornej OH18N9. | Tak |  |
|  | Blat zagłębiony z możliwością obrotu o 360 stopni. | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości blatu 920 x 1380 mm (+/- 20 mm) | Tak |  |
|  | Układ jezdny składający się z 3 kół o średnicy ∅ 75 mm, wszystkie koła z hamulcem. | Tak |  |
|  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne. | Tak |  |
|  | Wymiary blatu (szer. x gł.): 620x410 mm | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny posiadający aktualny dokument dopuszczający do obrotu zgodny z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (Dz. U. t.j. 2010.107.679 z późn. zm.)  | Tak |  |
|  | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**17.2 Stolik na instrumenty chirurgiczne typu "MAYO" z ręczną regulacją wysokości blatu**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Stolik na instrumenty chirurgiczne typu "MAYO" z ręczną regulacją wysokości blatu. | Tak |  |
|  | Stolik w całości wykonany ze stali kwasoodpornej OH18N9. | Tak |  |
|  | Blat zagłębiony z możliwością obrotu o 360 stopni. | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości blatu 920 x 1380 mm (+/- 20 mm) | Tak |  |
|  | Układ jezdny składający się z 3 kół o średnicy ∅ 75 mm, wszystkie koła z hamulcem. | Tak |  |
|  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne. | Tak |  |
|  | Wymiary blatu (szer. x gł.): 620 x 410 mm. | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny posiadający aktualny dokument dopuszczający do obrotu zgodny z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (Dz. U. t.j. 2010.107.679 z późn. zm.)  | Tak |  |
|  | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**17.3 Wózek medyczny z wyposażeniem**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek medyczny trzyszufladowy z blatem z tworzywaABS. | Tak |  |
|  | Wózek o konstrukcji lakierowanej proszkowo farbami wzbogaconymi substancjami czynnymi z jonami srebra - naturalnym środkiem antybakteryjnym | Tak |  |
|  | Korpus wózka wykonany z podwójnej blachy ocynkowanej w systemie dwuwarstwowym z wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym odpornym na wilgoć (nie dopuszcza się wypełnień tekturowych). | Tak |  |
|  | Grubość ścianek korpusu min. 28 mm. Ścianka zewnętrzna o grubości blachy min.1 mm, ścianka wewnętrzna o grubości min. 0,8 mm. | Tak |  |
|  | Szuflady typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami, pracujące na prowadnicach łożyskowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Fronty szuflad wykonane w ten sam sposób co korpus, o grubości min. 22 mm, wyposażone w jednoczęściowe uszczelki, konstrukcyjnie związane z frontami, wykonane z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelki na całym obwodzie frontów. Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów. | Tak |  |
|  | Szuflady wyposażone w zamek centralny | Tak |  |
|  | Konfiguracja szuflad do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | Tak |  |
|  | Uchwyty do otwierania szuflad umożliwiające wygodny pochwyt, w kształcie litery „C”, wykonane ze stopu cynku i aluminium z efektem matowej stali szlachetnej, o wymiarach: 135 x 28 x 25 mm (+/- 5 mm). | Tak |  |
|  | Pod uchwytami owalne przetłoczenia. | Tak |  |
|  | Blat wózka zagłębiony, wykonany z wysokiej jakości tworzywa ABS, wychodzący poza obrys korpusu wózka o 5 mm z każdej strony. Zintegrowana z blatem 3-stronna galeryjka z tworzywa ABS o wysokości 60 mm i szerokości 30 mm Blat o wymiarach: 630x570 mm | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania, wykonany ze stali nierdzewnej, zamontowany po prawej stronie korpusu; uchwyt o przekroju kołowym o średnicy Ø 25 mm | Tak |  |
|  | Układ jezdny: 4 koła skrętne o Ø min. 125 mm, w tym 2 z hamulcem | Tak |  |
|  | 4 odbojniki talerzykowe odbojniki z tworzywa umieszczone nad każdym z kół | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite wózka bez wyposażenia dodatkowego:szerokość 820 mm (+/-20 mm)głębokość 660 mm (+/-20 mm)wysokość 900 mm (+/-20 mm) | Tak |  |
|  | Wyposażenie wózka:* 1x stelaż na odpady medyczne, z pokrywą. Pojemność: min. 10l, kosz do zawieszenia na szynie sprzętowej
* 1x nadstawka z 5 uchylnymi pojemnikami, w konfiguracji
* (pojemnik o wymiarach: 100x95x145 mm); Pojemniki
* wykonane z transparentnego tworzywa, z miejscem na
* etykietę
* 1x uchwyt opakowania rękawiczek j.u;
* 2x szyna do montażu wyposażenia dodatkowego, wykonana ze stali kwasoodpornej OH18N9
* 1x uchwyt z pojemnikiem na zużyte igły, montowany do
* szyny bocznej
 | Tak |  |
|  | Wózek odporny na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV. | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny posiadający aktualny dokument dopuszczający do obrotu zgodny z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. nr 107, poz. 679 z późn. zm.)  | Tak |  |
|  | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**17.4 Wózek medyczny z wyposażeniem**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek medyczny czteroszufladowy z blatem z tworzywaABS. | Tak |  |
|  | Wózek o konstrukcji lakierowanej proszkowo farbami wzbogaconymi substancjami czynnymi z jonami srebra - naturalnym środkiem antybakteryjnym | Tak |  |
|  | Korpus wózka wykonany z podwójnej blachy ocynkowanej w systemie dwuwarstwowym z wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym odpornym na wilgoć (nie dopuszcza się wypełnień tekturowych). | Tak |  |
|  | Grubość ścianek korpusu min. 28 mm. Ścianka zewnętrzna o grubości blachy min.1 mm, ścianka wewnętrzna o grubości min. 0,8 mm. | Tak |  |
|  | Szuflady typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami, pracujące na prowadnicach łożyskowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Fronty szuflad wykonane w ten sam sposób co korpus, o grubości min. 22 mm, wyposażone w jednoczęściowe uszczelki, konstrukcyjnie związane z frontami, wykonane z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelki na całym obwodzie frontów. Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów. | Tak |  |
|  | Szuflady wyposażone w zamek centralny | Tak |  |
|  | Szuflady wyposażone we wkład z tworzywa ABS, z podziałem na 3 przestrzenie. Wymiary wkładu: 460x470x140 mm | Tak |  |
|  | Konfiguracja szuflad do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | Tak |  |
|  | Uchwyty do otwierania szuflad umożliwiające wygodny pochwyt, w kształcie litery „C”, wykonane ze stopu cynku i aluminium z efektem matowej stali szlachetnej, o wymiarach: 135 x 28 x 25 mm (+/- 5 mm). | Tak |  |
|  | Pod uchwytami owalne przetłoczenia. | Tak |  |
|  | Blat wózka zagłębiony, wykonany z wysokiej jakości tworzywa ABS, wychodzący poza obrys korpusu wózka o 5 mm z każdej strony. Zintegrowana z blatem 3-stronna galeryjka z tworzywa ABS o wysokości 60 mm i szerokości 30 mm Blat o wymiarach: 630x570 mm | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania, wykonany ze stali nierdzewnej, zamontowany po prawej stronie korpusu; uchwyt o przekroju kołowym o średnicy Ø 25 mm | Tak |  |
|  | Układ jezdny: 4 koła skrętne o Ø min. 125 mm, w tym 2 z hamulcem | Tak |  |
|  | 4 odbojniki talerzykowe odbojniki z tworzywa umieszczone nad każdym z kół | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite wózka bez wyposażenia dodatkowego:szerokość 820 mm (+/-20 mm)głębokość 660 mm (+/-20 mm)wysokość 900 mm (+/-20 mm) | Tak |  |
|  | Wyposażenie wózka:* 1x stelaż na odpady medyczne, z pokrywą. Pojemność: min. 10l, kosz do zawieszenia na szynie sprzętowej
* 1x nadstawka z 5 uchylnymi pojemnikami, w konfiguracji
* (pojemnik o wymiarach: 100x95x145 mm); Pojemniki
* wykonane z transparentnego tworzywa, z miejscem na
* etykietę
* 1x uchwyt opakowania rękawiczek j.u;
* 2x szyna do montażu wyposażenia dodatkowego, wykonana ze stali kwasoodpornej OH18N9
* 1x uchwyt z pojemnikiem na zużyte igły, montowany do
* szyny bocznej
 | Tak |  |
|  | Wózek odporny na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV. | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny posiadający aktualny dokument dopuszczający do obrotu zgodny z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (Dz.U. nr 107, poz. 679 z późn. zm.)  | Tak |  |
|  | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |

**17.5 Wózek medyczny z dwoma blatami**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek transportowy z dwoma blatami | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka skręcana  | Tak |  |
|  | Konstrukcja wykonana z profili 25x25mm z blach 0,9mm | Tak |  |
|  | Wózek wykonany z wysokiej jakości stali nierdzewnej gat. 201 | Tak |  |
|  | Możliwość użytkowania na zewnątrz | Tak |  |
|  | Spód każdego blatu wyposażony w maty dźwiękochłonne, wykonane ze specjalnej pianki, tłumiącej drgania i hałas powstający podczas transportu | Tak |  |
|  | Blaty o wymiarach: 890x495 mm (+/-10mm) | Tak |  |
|  | Blaty z rantem, który zabezpiecza transportowane produkty przez ześlizgnięciem podczas przewożenia | Tak |  |
|  | Blaty wykonane z blachy o grubości 0,6mm | Tak |  |
|  | Krawędzie wózka zaokrąglone | Tak |  |
|  | Rozstaw między półkami: 600 mm | Tak |  |
|  | Nośność każdej z półek: 45 kg | Tak |  |
|  | 4 wysokiej jakości kółka skrętne z łożyskami, ogumowane w kolorze szarym, 2 z blokadą. | Tak |  |
|  | Kółka nie brudzące podłoża | Tak |  |
|  | Całkowita szerokość wózka: 500 mm (+/-10mm) | Tak |  |
|  | Całkowita długość wózka: 950 mm (+/-10mm) | Tak |  |
|  | Całkowita wysokość wózka: 950 mm (+/-10mm) | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |

**17.6 Wózek do rozwożenia leków**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek do rozwożenia leków, wózek wielofunkcyjny, mobilny oraz lekki | Tak |  |
|  | Konstrukcja wykonana z metalowych rurek lakierowanych proszkowo | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony jest w cztery nierdzewne, przenośne tace oraz tworzywowe przegródki na 120 kieliszków,  | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w uchylną misę z tworzywa | Tak |  |
|  | Wózek posiada cztery antystatyczne kółka jezdne, w tym dwa z blokadą. | Tak |  |
|  | Długość wózka: 720 mm (+/-10mm)Szerokość wózka: 426 mm (+/-10mm)Wysokość wózka: 835 mm (+/-10mm) | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |

**17.7 Wózek medyczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek medyczny z blatem ze stali kwasoodpornej, z dwiema szufladami, dwoma koszami oraz dodatkową półką.  | Tak |  |
|  | Wózek o konstrukcji lakierowanej proszkowo farbami wzbogaconymi substancjami czynnymi z jonami srebra - naturalnym środkiem antybakteryjnym | Tak |  |
|  | Korpus wózka wykonany z podwójnej blachy ocynkowanej w systemie dwuwarstwowym z wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym odpornym na wilgoć (nie dopuszcza się wypełnień tekturowych). | Tak |  |
|  | Grubość ścianek korpusu min. 28 mm. Ścianka zewnętrzna o grubości blachy min.1 mm, ścianka wewnętrzna o grubości min. 0,8 mm. | Tak |  |
|  | Szuflady typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami, pracujące na prowadnicach łożyskowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Fronty szuflad wykonane w ten sam sposób co korpus, o grubości min. 22 mm, wyposażone w jednoczęściowe uszczelki, konstrukcyjnie związane z frontami, wykonane z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelki na całym obwodzie frontów. Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów. | Tak |  |
|  | Uchwyty do otwierania szuflad umożliwiające wygodny pochwyt, w kształcie litery „C”, wykonane ze stopu cynku i aluminium z efektem matowej stali szlachetnej, o wymiarach: 135 x 28 x 25 mm (+/- 5 mm). | Tak |  |
|  | Pod uchwytami owalne przetłoczenia. | Tak |  |
|  | Blat roboczy wygłuszony, wykonany ze stali kwasoodpornej w gat. OH18N9. | Tak |  |
|  | Półka lakierowana proszkowo, zamontowana nad układem jezdnym wózka. | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania, wykonany ze stali nierdzewnej, zamontowany po prawej stronie korpusu; uchwyt o przekroju kołowym o średnicy Ø 25 mm | Tak |  |
|  | Układ jezdny: 4 koła skrętne o Ø min. 125 mm, w tym 2 z hamulcem | Tak |  |
|  | 4 odbojniki talerzykowe odbojniki z tworzywa umieszczone nad każdym z kół | Tak |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe:- 2 x wysuwany, lakierowany proszkowo kosz o wymiarach 538x500x100 mm (+/- 5 mm). | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite wózka bez wyposażenia dodatkowego:szerokość 820 mm (+/-20 mm)głębokość 660 mm (+/-20 mm)wysokość 990 mm (+/-20 mm) | Tak |  |
|  | Wózek odporny na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV. | Tak |  |
|  | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu. |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |

**17.8 Wózek medyczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek medyczny czteroszufladowy z blatem ze stali kwasoodpornej z trójstronną bandą.  | Tak |  |
|  | Wózek o konstrukcji lakierowanej proszkowo farbami wzbogaconymi substancjami czynnymi z jonami srebra - naturalnym środkiem antybakteryjnym.  | Tak |  |
|  | Korpus wózka wykonany z podwójnej blachy ocynkowanej w systemie dwuwarstwowym z wypełnieniem usztywniająco-wygłuszającym odpornym na wilgoć (nie dopuszcza się wypełnień tekturowych). | Tak |  |
|  | Grubość ścianek korpusu min. 28 mm. Ścianka zewnętrzna o grubości blachy min.1 mm, ścianka wewnętrzna o grubości min. 0,8 mm. | Tak |  |
|  | Szuflady typu skrzynkowego ze stali lakierowanej proszkowo, bez szczelin w połączeniach wewnętrznych, z wyoblonymi krawędziami, pracujące na prowadnicach łożyskowych z pełnym wysuwem i mechanizmem samo domykania. | Tak |  |
|  | Fronty szuflad wykonane w ten sam sposób co korpus, o grubości min. 22 mm, wyposażone w jednoczęściowe uszczelki, konstrukcyjnie związane z frontami, wykonane z trwałego elastycznego silikonu w kolorze jasnym. Uszczelki na całym obwodzie frontów. Nie dopuszcza się uszczelek przyklejanych lub mocowanych na powierzchni zewnętrznej frontów. | Tak |  |
|  | Uchwyty do otwierania szuflad umożliwiające wygodny pochwyt, w kształcie litery „C”, wykonane ze stopu cynku i aluminium z efektem matowej stali szlachetnej, o wymiarach: 135 x 28 x 25 mm (+/- 5 mm). | Tak |  |
|  | Pod uchwytami owalne przetłoczenia. | Tak |  |
|  | Blat roboczy wygłuszony, z trójstronną bandą, wykonany ze stali kwasoodpornej w gat. OH18N9. | Tak |  |
|  | Konfiguracja szuflad:- 4 x szuflada o głębokości roboczej ustalanej na etapie realizacji, szuflady zamykane zamkiem centralnym  | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania, wykonany ze stali nierdzewnej, zamontowany po prawej stronie korpusu; uchwyt o przekroju kołowym o średnicy Ø 25 mm | Tak |  |
|  | Układ jezdny: 4 koła skrętne o Ø min. 125 mm, w tym 2 z hamulcem | Tak |  |
|  | 4 odbojniki talerzykowe odbojniki z tworzywa umieszczone nad każdym z kół | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite wózka bez wyposażenia dodatkowego:szerokość 820 mm (+/-20 mm)głębokość 660 mm (+/-20 mm)wysokość 990 mm (+/-20 mm) | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w: - 2x szyna sprzętowa - nadstawka z 8 poj. - stelaż na worek na odpady- uchwyt do butli z tlenem - uchwyt z pudełkiem na zużyte igły- uchwyt na pudełko rękawiczek | Tak |  |
|  | Wózek odporny na działanie środków dezynfekcyjnych, promieni UV. | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny posiadający aktualny dokument dopuszczający do obrotu zgodny z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (Dz.U. nr 107, poz. 679 z późn. zm.)  | Tak |  |
|  | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |

**17.9 Wózek kąpielowo-sedesowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek sanitarny pełniący funkcję toaletową oraz prysznicową  | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka całkowicie wykonana z aluminium  | Tak |  |
|  | Siedzisko wózka wykonane z materiału o właściwościach antypoślizgowych  | Tak |  |
|  | Możliwość mechanicznej regulacji wysokości w zakresie 90 mm – skok co 30 mm (± 10 mm)  | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w 4 koła o średnicy min. 125 mm, tylne z hamulcami  | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w wyciągane i demontowane oparcie z uchwytem do prowadzenia  |  |  |
|  | Wysokość oparcia 920 mm (± 10 mm)  | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w podłokietniki z możliwością odchylania  | Tak |  |
|  | Wysokość podłokietników od powierzchni siedziska min. 225 mm | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w wysuwane podnóżki z możliwością regulacji głębokości oraz wysokości i kąta  | Tak |  |
|  | Pojemnik sanitarny pod siedziskiem  | Tak |  |
|  | Siedzisko wyposażone w otwór toaletowy  | Tak |  |
|  | Wysokość siedziska standardowo 515 mm (± 10 mm)  | Tak |  |
|  | Nośność wózka min. 150 kg  | Tak |  |
|  | Wysokość wózka standardowo 1035 mm (± 10 mm)  | Tak |  |
|  | Całkowita szerokość max. 600 mm  | Tak |  |
|  | Długość wózka 720-785 mm (± 10 mm) – w zależności od położenia podnóżka  | Tak |  |
|  | Wymiary siedziska (szer. x głębokość): 480 x 450 mm (± 10 mm)  | Tak |  |
|  | Masa wózka max. 10 kg  | Tak |  |
|  | Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.