**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**50/DEG/AS/2023**

**Dostawa wagi kolumnowej, materacy masujących oraz bieżni w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII w ramach zadań przeciwdziałania narkomanii"**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 1 - WAGA KOLUMNOWA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Producent/Kraj | PODAĆ |  |
| 2 | Model/Typ | PODAĆ |  |
| 3 | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | TAK |  |
| 4 | Rok produkcji urządzenia | 2023 |  |
| 5 | Precyzyjna waga osobowa przeznaczona do zastosowania w przychodniach, szpitalach, gabinetach lekarskich, w gabinetach dietetycznych, klubach fitness | TAK |  |
| 6 | Funkcja Body Mass Index, pozwalającą na wiarygodną ocenę stanu odżywiania pacjenta | TAK |  |
| 7 | Funkcja HOLD – odpowiadającą za zatrzymanie wyników ważenia | TAK |  |
| 8 | Waga wyposażona w kółka transportowe oraz wzrostomierz teleskopowy | TAK |  |
| 9 | Wyświetlacz z możliwością obracania od strony pacjenta lub lekarza/pielęgniarki | TAK |  |
| 10 | Platforma wagi zintegrowana z pomostem wagi, przeciwdziałająca wywróceniu pacjenta | TAK |  |
| 11 | 4 regulowane podgumowane punkty podparcia wagi | TAK |  |
| 12 | Min. 10000 cykli ważenia na jednym zestawie baterii | TAK |  |
| 13 | Klasa dokładności: III | TAK |  |
| 14 | Nośność: min. 200 kg | TAK |  |
| 15 | Podziałka (g): 100 g < 150 kg > 100÷200 g | TAK, PODAĆ |  |
| 16 | Wymiary (SxWxG): 294÷360 x 831÷970 x 417÷440 mm (±2 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 17 | Wzrostomierz o zakresie pomiaru: min. 60-200 cm i podziałce 1 mm | TAK |  |
| 18 | Waga netto: max. 7,8 kg | TAK, PODAĆ |  |
| 19 | Waga wyposażona w zasilacz | TAK |  |
| 20 | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**50/DEG/AS/2023**

**Dostawa wagi kolumnowej, materacy masujących oraz bieżni w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII w ramach zadań przeciwdziałania narkomanii**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 2 – MATERAC MASUJĄCY – 2 SZT.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Producent/Kraj | PODAĆ |  |
|  | Model/Typ | PODAĆ |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji urządzenia | 2023 |  |
|  | Minimum 5 trybów masażu stymulującego | Tak, podać ilość |  |
|  | Minimum 3 poziomy intensywności masażu | Tak, podać ilość |  |
|  | Minimum 4 strefy masażu:   * Kark * Górna część pleców * Dolna część pleców * Nogi | Tak, podać ilość |  |
|  | Funkcja podgrzewania złożona z min. 2 stref grzania | TAK |  |
|  | Wyłączanie automatyczne po 15 minutach | TAK |  |
| Wymiary | | | |
|  | Długość | 170 cm +/- 10 cm |  |
|  | Szerokość | 50 +/- 10 cm |  |
|  | Grubość | 4 cm +/- 2 cm |  |
| Zasilanie | | | |
|  | Napięcie 220-240 V | TAK |  |
|  | Waga | 2,8 kg +/- 3 kg |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK, PODAĆ |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK |  |
|  | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres minimum 10 lat. | TAK |  |
|  | Najbliższy siedziby Zamawiającego serwis na terenie Polski wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK |  |
|  | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**50/DEG/AS/2023**

**Dostawa wagi kolumnowej, materacy masujących oraz bieżni w ramach dotacji "Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII w ramach zadań przeciwdziałania narkomanii**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 3 – BIEŻNIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis parametru* | *Parametr wymagany*  *(podać zakres lub opisać)* | *Opis parametrów i warunków ofertowanych (wypełnia Wykonawca)* |
|  | Producent / kraj | Podać |  |
|  | Model / typ | Podać |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji urządzenia | 2023 |  |
|  | Układ stopniowanego zwiększania prędkości od 0,8 km/h do żądanej prędkości | TAK |  |
|  | Stabilizacja prędkości pasa w pełnym zakresie obciążeń napędu. | TAK |  |
|  | Płynna i cicha praca w pełnym zakresie prędkości pasa. | TAK |  |
|  | Łatwo dostępny wyłącznik bezpieczeństwa, umożliwiający ręczne przerwanie pracy i wyłączenie napędu. | TAK |  |
|  | Zakres prędkości pasa [km/h] | 0,8 do 25 (+/-0,5 km/h) |  |
|  | Dokładność regulacji prędkości pasa [km/h] | 0,1 ( +/-0,5 km/h) |  |
|  | Zakres kąta uniesienia pasa [%] | 0-25 ( +/- 2% ) |  |
|  | Dokładność regulacji kąta uniesienia [%] | 0,5 (+/- 2%) |  |
|  | Długość częsci użytkowej pasa [mm] | 1400 ( +/- 50 mm) |  |
|  | Szerokość części użytkowej pasa [mm] | 520 ( +/- 20 mm ) |  |
|  | Szerokość nieruchomego pola spoczynkowego [mm] | 100 (+/- 10 mm) |  |
|  | Dopuszczalna masa ćwiczącego pacjenta [kg] | 200 (+/- 50 kg) |  |
|  | Warunki zasilania urządzeia [V/Hz]-230/50 | TAK |  |
|  | Bezpieczeństwo elektryczne klasa I , typ B | TAK |  |
|  | Masa urządzenia [kg] | 200 |  |
|  | Wymiary [mm] | 2170X730X1350 (+/-50 mm) |  |
|  | Wymiary do transportu [mm] | 2200x750x600 (+/-20) |  |
|  | Bieżnia przeznaczona do współpracy z systemem do badań wysiłkowych | TAK |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim dla Windows 11 i wcześniejszych wersji Widnows | TAK |  |
|  | 25 protokołów, do 80 etapów włąsnych i typowych Bruce’a, mod Bruce’a etc., programowanych RAMP. Powysiłkowe etapy schładzania (zwalniania). Możliwość pomijania etapów podczas badania. | TAK |  |
|  | Trendy i analiza „on line” parametrów odcinka ST\_L, ST\_S, ∆ ST\_L, VB, SVB, HR, R-R, MET, DPR, MHR, %MHR obciążenia, itp. | TAK |  |
|  | Możliwość prezentacji na ekranie podczas badania 15 kanałów (12+XYZ) z pomiarami ST-L, ST-S, itd. – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym ciągłego fragmentu 15 kanałów EKG (12+XYZ ) z uśrednieniami PQRST i pomiarami ST-L, ST-S, HR, MET, ciśnienia, etapu i czasu – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Automatyczny pomiar odcinka QT z całego badania. Przegląd trendu QT z animacją zmian QT na uśrednnieniach – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Przegląd uśrednień w trybie superpozycji QRS z 12 kanałów – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Uśrednienia aktualizowane co sekundę – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Niezależne dla każdego kanału uśrednienia PQRST z pomiarami – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Automatyczne ustawianie kursów pomiarowych punktu J i ST – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Alarm nie osiągania przez bieżnię, zgodnych z protokołem, parametrów, prędkości i podniesienia – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Alarmy: złego kontaktu elektrod, arytmi, spadku HR i BP, obniżenia S-T wzgl/bezwzgl, ∆ ST\_L. | TAK |  |
|  | Automatyczna prezentacja wartości max. I min. Pomiarów ST dla każdego kanału, podczas badania. | TAK |  |
|  | Wydruk raportu lub fragmentów EKG podczas badania. | TAK |  |
|  | Możliwość weryfikacji i edycji wszystkich pomiarów automaycznych po badaniu. | TAK |  |
|  | Możliwość dowolnej konfiguracji zawartości raportu końcowego. | TAK |  |
|  | Przegląd raportu przed wydrukiem, możliwość wyboru stron do wydruku. | TAK |  |
|  | Wykres obciążenia ST w funkcji HR dla wszystkich kanałów. | TAK |  |
|  | Możliwość archiwizowania raportu w typowych formatach graficznych pdf, jpg, png, bmp, tiff | TAK |  |
|  | Możliwość automatycznej archiwizacji raportów i zapisów z podziałem na lata i miesiące – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Eksport raportu w standardzie HL-7. | TAK |  |
|  | Kabel sterujący bieżnię z izolacją 2,5 KV dla zabezpieczenia komputela i bieżni przed przepięciami – OPCJA – nie wymagane | TAK/NIE |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od dostawy | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis | TAK, podać |  |
|  | Produkt (sprzęt) posiada instrukcję obsługi w języku polskim – dostarczoną wraz z dostawą | TAK |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instruktaż personelu z zakresu obsługi i eksploatacji urządzenia | TAK |  |
|  | W ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przegląd przedmiotu zamówienia w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres minimum 10 lat. | TAK |  |
|  | Najbliższy siedziby Zamawiającego serwis na terenie Polski wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***