



103/PNE/DOT/2020

Załącznik nr 1 do SIWZ

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### CZĘŚĆ 1

#### I. Videolaryngoskop – 3 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

#### II. Komplet zapasowych jednorazowych łyżek do Videolaryngoskopu – 30 kpl.

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>I.</b>	<b>Parametry techniczne Videolaryngoskop – 3 szt.</b>		
1	Wideolaryngoskop bezprzewodowy ze zintegrowanym kolorowym wyświetlaczem LCD o przekątnej nie mniejszej niż 2,5 ”	<b>TAK</b>	
2	Wyświetlacz LCD obrotowy w płaszczyźnie pionowej z zakresem regulacji min 45 stopni	<b>TAK</b>	
3	Kamera	<b>TAK</b>	
4	Źródło światła: LED min. 800 luksów	<b>TAK</b>	
5	Wskaźnik minutowego pozostałego czasu działania baterii	<b>TAK</b>	
6	Urządzenie zasilane baterią litową o standardowym czasie działania nie krótszym niż 250 min.	<b>TAK</b>	
7	Wizualny wskaźnik konieczności wymiany baterii	<b>TAK</b>	
8	Waga urządzenia do 250g	<b>TAK</b>	
9	Ochrona przed wnikaniem wody min IPx7	<b>TAK</b>	
10	Szybkie uruchamianie / intubacja w trudnych warunkach poprzez szybkie nałożenie łyżki	<b>TAK</b>	
11	Format zapisu jpg i mp4	<b>TAK</b>	
12	Czas ładowania do 8 h	<b>TAK</b>	
13	Karta pamięci min. 4GB SD	<b>TAK</b>	
14	Dodatkowe funkcje anti-fog, snap, photo, ładowanie usb	<b>TAK</b>	
<b>I.</b>	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
<b>I.</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	
<b>II.</b>	<b>Parametry techniczne: Komplet zapasowych jednorazowych łyżek do Videolaryngoskopu – 30 kpl.</b>		
2	Rozmiary 2 (1 kpl.=20 szt. )	TAK	
3	Rozmiary 3 (17 kpl.= 340 szt.)	TAK	
4	Rozmiary 4 (12 kpl.= 240 szt.)	TAK	
4	Nielamliwe, przezroczyste tworzywo	TAK	
<b>II.</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 2

### I. Bronchowieofiberoskop – 3 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

### II. Monitor z torem wizyjnym i wózkiem do Bronchowieofiberoskopu – 1 kpl.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

### III. Myjnia do Bronchowieofiberoskopu – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>I.</b>	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Średnica kanału roboczego – min. 2,8 mm	<b>TAK</b>	
2	Średnica zewnętrzna wziernika– max 6,4 mm	<b>TAK</b>	
3	Średnica zewnętrzna końcówki dystalnej – max 6,1 mm	<b>TAK</b>	
4	Chip CCD w końcówce endoskopu z obrazowaniem w pełnej wysokiej rozdzielczości HDTV	<b>TAK</b>	
5	Wbudowany mikrochip informacyjny zawierający informację o typie i nr seryjnym wideoendoskopu z pamięcią ustawień balansu bieli ze stałym ustawieniem soczewki względem wylotu kanału biopsyjnego	<b>TAK</b>	
6	Kąt obserwacji – min. 120 st. funkcją zoom sterowaną przyciskiem na rękojeści endoskopu	<b>TAK</b>	
7	Wlot kanału biopsyjnego typu Luer	<b>TAK</b>	
8	Aparat dostosowany do funkcji BAL	<b>TAK</b>	
9	Zawór testera szczelności w konektorze	<b>TAK</b>	
10	Min. 4 przyciski dowolnie programowalne znajdujące się na rękojeści endoskopu z możliwością niezależnej rejestracji zdjęć i filmów	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

11	Dostęp funkcji zoom z przycisku powiększenia umieszczonej na rękojeści endoskopu	TAK	
12	System głębi ostrości min 3-100mm	TAK	
13	Długość robocza od 600mm -700mm	TAK	
14	Obsługa trybu pracy w wąskich pasmach światła	TAK	
15	System z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora	TAK	
16	Obrotowy konektor w zakresie min 180 st redukujący ryzyko skręcenia światłowodu	TAK	
17	Światłowód łączący konektor z rękojeścią wyposażony w gumowy kompensator naprężeń	TAK	
18	Złącze sprzężenia zwrotnego umieszczone na konektorze	TAK	
19	Rękojeść endoskopu z oznaczeniem modelu endoskopu w możliwością rozbudowy o system oznakowania kodem paskowym do systemu rejestracji procesów mycia	TAK	
20	Konektor do endoskopu z umieszczonym rokiem produkcji endoskopu, numerem seryjnym oraz nazwą producenta	TAK	
21	Kompatybilność z funkcją naświetlania laserowego	TAK	
22	Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych przez działaniem środków dezynfekcyjnych	TAK	
23	Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów	TAK	
24	Długość całkowita min 875 mm	TAK	
25	Stopień ochrony przed porażeniem elektrycznym typ BF	TAK	
26	Aparat o odporności elektromagnetycznej IEC 60601-1-2 EMC	TAK	
27	Możliwość współpracy z sondami laserowymi typu YAG o długości fali 1064nm lub laser o długości fali 800-1000nm	TAK	
28	Jednorazowe lub wielorazowe, odłączane przyłącze ssaka	TAK	
29	Jednorazowy lub wielorazowy, odłączany zawór ssący	TAK	
30	Końcówka dystalna wyposażona w min 2 światłowody	TAK	
31	Współpracuje z źródłem światła posiadanym przez zamawiającego	TAK	
I.	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące, zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
I.	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Szkolenie z obsługi urządzenia nieodpłatne	TAK	
4	Paszport techniczny	TAK	
5	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	
II.	<b>Parametry techniczne: Monitor z torem wizyjnym i wózkiem do Bronchowideoskopu – 1 kpl.</b>		
1.	Monitor Medyczny przekątna ekranu min 24" 1 szt.	TAK	
2.	Tor wizyjny z źródłem światła 1 szt.	TAK	
3.	Wózek medyczny 1 szt.	TAK	
4.	Zestaw kompletny do bezpośredniego uruchomienia z bronchowideoskopem bez konieczności zakupu dodatkowych części	TAK	
II.	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesięcy, zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
II.	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Szkolenie z obsługi urządzenia nieodpłatne	TAK	
4	Paszport techniczny	TAK	
5	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	
III.	<b>Parametry techniczne – Myjnia 1 szt.</b>		



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

1	Myjnia automatyczna do mycia endoskopów giętkich, jednostanowiskowa	TAK	
2	Możliwość mycia i dezynfekcji endoskopów różnych producentów.	TAK, podać	
3	Możliwość stosowania środków myjących	TAK	
4	Przyłącze EOG przystosowane do mycia endoskopów posiadanych przez zamawiającego (firmy PENTAX).	TAK	
5	Stosowanie środków jednorazowego użytku – jedna dawka środka do jednego cyklu dezynfekcji	TAK	
6	Automatyczny proces mycia i dezynfekcji	TAK	
7	Dezynfekcja w obiegu zamkniętym	TAK	
8	W ramach procesu mycia i dezynfekcji automatyczna realizacja następujących procesów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• faza mycia wstępnego czystą wodą,</li> <li>• faza mycia za pomocą środka enzymatycznego (detergentu),</li> <li>• faza płukania enzymatycznego,</li> <li>• faza środka dezynfekującego,</li> <li>• faza płukania po dezynfekcji,</li> <li>• faza przedmuchiwania/suszenia (przedmuchiwane są wszystkie kanały endoskopu)</li> </ul>	TAK	
9	Możliwość dowolnego zaprogramowania czasów realizacji poszczególnych procesów w tym min.: mycia, dezynfekcji, przedmuchu w z zakresie min. 0-9h w każdym z przypadków (w zależności od rodzaju stosowanych środków)	TAK	
10	Możliwość zaprogramowania min. 15 indywidualnych programów mycia (F1 – F15)	TAK	
11	Funkcja programowania okresu przydatności dla środka wielorazowego użytku	TAK	
12	Funkcja testowania szczelności mytego endoskopu podczas całego cyklu mycia, przyłącze testera szczelności zamontowane wewnątrz komory myjącej	TAK	
13	Klawiatura dotykowa oraz wyświetlacz LCD do programowania procesów mycia oraz wyświetlania komunikatów	TAK	
14	Komunikaty wyświetlane w języku polskim	TAK	
15	Myjnia wyposażona w drukarkę dokumentującą przebieg procesu mycia i dezynfekcji	TAK	
16	Zbiornik na środek dezynfekcyjny o pojemności min 13l.	TAK	
17	Zbiornik na koncentrat dezynfekcyjny wykonany z tworzywa sztucznego o pojemności min. 2 l	TAK, podać	
18	Zbiornik na wodę o pojemności min. 15 l	TAK, podać	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

19	Zbiornik na koncentrat detergentu min. 3 l	TAK	
20	System niezależnych pomp dozujących, min. 2 pompy działające oddzielnie	TAK	
21	Myjnia wyposażona w lampę UV stale zanurzona w zbiorniku wodnym co powoduje stałe uzdatnianie wody	TAK	
22	Filtry mechaniczne 1 oraz 5 mikronów	TAK	
23	System mycia składający się z dysz i spryskiwacza obrotowego	TAK	
24	Urządzenie mobilne, system 4 kół z możliwością blokady każdego z nich	TAK	
25	Wymiary myjki max. 45 x 75 x 105 cm (szer. x dł. x wys.)	TAK, podać	
26	Waga myjki do. 60kg	TAK, podać	
27	Zasilanie elektryczne 220/230V	TAK	
28	Możliwość podłączenia do wody wodociągowej	TAK	
29	Test szczelności podczas mycia endoskopu	TAK	
<b>III,</b>	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 60 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK, podać	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
<b>III,</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	TAK	
4	Paszport techniczny	TAK	
5	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony Zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

### ☐ ZĘŚĆ 3

#### Defibrylator – 4 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa	<b>TAK</b>	
2	Defibrylacja ręczna i tryb AED	<b>TAK</b>	
3	Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm	<b>TAK</b>	
4	Metronom reanimacyjny z możliwością ustawić rytmu częstości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci wykrywający ruch pacjenta.	<b>TAK</b>	
5	Zakres wyboru energii w J 2-360 J w trybie manualnym.	<b>TAK</b>	
6	Zakres wyboru energii w J 150J-360J w trybie AED.	<b>TAK</b>	
7	Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej – min. 25	<b>TAK</b>	
8	Czas ładowania do energii 200 J poniżej 3 s	<b>TAK</b>	
9	Ekran monitora kolorowy	<b>TAK</b>	
10	Przekątna ekranu monitora minimum 6,5 cali	<b>TAK</b>	
11	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe	<b>TAK</b>	
12	Możliwość wykonania kardiowersji	<b>TAK</b>	
13	Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem do 6,5 kg	<b>TAK</b>	
14	Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci	<b>TAK</b>	
15	Wydruk zapisu na papierze o szerokości do 50mm	<b>TAK</b>	
16	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V	<b>TAK</b>	
17	Monitorowanie EKG - przewody dla 3/7 odprowadzeń	<b>TAK</b>	
18	Zakres pomiaru tętna min. 20 - 300 u/min	<b>TAK</b>	
19	Zakres wzmocnienia sygnału EKG – min. 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; 0,5; 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 4 cm/Mv	<b>TAK</b>	
20	Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno - stymulacyjne	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

21	Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp./min	<b>TAK</b>	
22	Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. 10-150 mA	<b>TAK</b>	
23	Monitorowaniem SpO2 w technologii MASSIMO, w zakresie od 1 do 100 % z czasem uśrednienia SpO2 do wyboru przez użytkownika min. 4, 8, 12 lub 16 sekund, w komplecie z czujnikiem dla dorosłych	<b>TAK</b>	
24	Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie.	<b>TAK</b>	
25	Defibrylacja ręczna i tryb AED	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	<b>TAK</b>	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatnie	<b>TAK</b>	
4	Paszport techniczny	<b>TAK</b>	
5	Dostawa, montaż i uruchomienie	<b>TAK</b>	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## ☐ ZĘŚĆ 4

### Urządzenie do ssania – 8 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020**

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Zawór czerpalny próżni z zaworem odcinającym. Mocowany bezpośrednio do punktu VAC AGA z mocowany na szynę DIN/MODURA w komplecie z pojemnikiem min. 300ml uchwytem, węzłem oraz wtykiem AGA	<b>TAK</b>	
2	Uchwyt dla pojemników – sprężynowy na szynę DIN/MODURA.	<b>TAK</b>	
3	Pojemnik dla wkładu jednorazowego na wydzielinę max. 2 litry.	<b>TAK</b>	
4	Wkład jednorazowy do pojemnika poz.3	<b>TAK</b>	
5	Pierścień ABS podtrzymujący pojemnik max. 30x5.	<b>TAK</b>	
6	Pojemnik wkładu jednorazowego na wydzielinę max. 1 litr.		
7	Wkładu jednorazowego na wydzielinę poz.6	<b>TAK</b>	
8	Pojemnik wielorazowej sterylizacji do systemu ssącego max. 1.7L	<b>TAK</b>	
9	Dren silikonowy max. średnica zew. 12x2,5 do ssaka medycznego	<b>TAK</b>	
10	Filtr antybakteryjny do ssaka medycznego	<b>TAK</b>	
11	Regulacja podciśnienia za pomocą pokrętki w zakresie od 0 do 0,9 bar	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony amawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## ☐ ZĘŚĆ 5

### Worek samorozprężalny – 16 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020**

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Przystosowany dla osoby dorosłej. Pojemność min. 1700ml	<b>TAK</b>	
2	Zastawka ciśnieniowa min. 40cm H2O	<b>TAK</b>	
3	Możliwość mycia i dezynfekcji	<b>TAK</b>	
4	Wielorazowa i wielokrotnego użycia rezerwuar tlenowy	<b>TAK</b>	
5	Masek twarzowa dla osób dorosłych min. rozmiar M – 10 szt. oraz L - 10 szt.	<b>TAK, podać ilość</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## ☐ ZĘŚĆ 6

### Kardiomonitor – 8 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Monitor przystosowany do transportu, waga max. 4,5 kg.	<b>TAK</b>	
2	Światło alarmu.	<b>TAK</b>	
3	Akumulator . Czas pracy min. 180 min. Czas ładowania poniżej 4h	<b>TAK</b>	
4	Wskaźnik naładowania akumulatora bezpośrednio na akumulatorze	<b>TAK</b>	
5	Wszystkie mierzone parametry wyświetlane jednocześnie na ekranie.	<b>TAK</b>	
6	Klawisze bezpośredniego dostępu na obudowie monitora, min. NIBP start/stop, zrzut ekranu, wyciszenie alarmów, powrót do ekranu głównego, trendy	<b>TAK</b>	
7	Możliwość rozbudowy o port synchronizacji z defibrylatorem oraz port do systemu przywoływania pielęgniarki.	<b>TAK</b>	
8	Porty pomiarowe kodowane za pomocą różnych kolorów.	<b>TAK</b>	
9	Ekran monitora, dotykowy, pojemnościowej, o przekątnej min. 12" i rozdzielczości min. 1280x800. Możliwość podłączenia ekranu powielającego	<b>TAK</b>	
10	Możliwość wyświetlania min. 6 krzywych wraz z odpowiadającymi parametrami .	<b>TAK</b>	
11	Rekonfiguracja ekranu po pojawieniu się nowych mierzonych parametrów (modułu, przewody).	<b>TAK</b>	
12	Alarmy wizualne i dźwiękowe uzależnione od stopnia alarmu.	<b>TAK</b>	
13	min. 3 kategorie alarmów, dodatkowo alarmy informacyjne (techniczne)	<b>TAK</b>	
14	Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych.	<b>TAK</b>	
15	Pauza alarmu min. 2 min.	<b>TAK</b>	
16	Historia alarmów min. 20 przypadków z zapisem daty, stopnia oraz opisem alarmu	<b>TAK</b>	
17	Trendy numeryczne i graficzne z min. 72h (także trendy ST), rozdzielczość min. 1 min.	<b>TAK</b>	
18	Min. 24 różne parametry wyświetlane w postaci trendu graficznego	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

19	Możliwość wyświetlania minitrendów długości min. 30 min.	TAK	
20	Autotest monitora	TAK	
21	Możliwość rozbudowy o min. 3 kanałowy rejestrator termiczny, wbudowany w monitor - wydruk możliwy podczas transportu.	TAK	
22	Pomiar EKG z 3 lub 5 elektrod. W komplecie przewód 5 elektrodowy	TAK	
23	Możliwość wyświetlania 3 różnych odprowadzeń (w przypadku 5 elektrod) jednocześnie, lub prezentacji EKG w formie kaskady na min. 3 polach krzywych.	TAK	
24	Częstość akcji serca min. 30 -300 ud./min.	TAK	
25	Wykrywanie arytmii z min. 4 odprowadzeń jednocześnie. Min. 16 rodzajów arytmii. Alarm arytmii z podaniem nazwy zaburzenia rytmu.	TAK	
26	Możliwość wyświetlania siatki EKG	TAK	
27	Detekcja stymulatora, prezentacja stymulacji na krzywej EKG.	TAK	
28	Częstość oddechowa mierzona metodą impedancyjną z elektrod EKG.	TAK	
29	Częstość oddechu min. 5 -120 odd/min	TAK, podać	
30	Prezentacja krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji w technologii Masimo odpornej na artefakty ruchowe i niską perfuzję. W komplecie przewód i czujnik dla dzieci	TAK	
31	Zakres SpO2 min. 1-100%	TAK	
32	Pomiar NIBP metodą oscylometryczną, technika dwutubowa . Skokowa deflacja mankietu. Przewód zakończony szybkozłączką . W komplecie min. przewód oraz mankiety dla dorosłych w 2 rozmiarach, 2 dla dzieci i 3 mankiety dla pacjentów otyłych na przedramię.	TAK, podać	
33	Zakres pomiaru NIBP min. 10 - 290 mmHg	TAK	
34	Pomiar NIBP ręczny, pilny lub automatyczny w zakresie min. 1 - 120 min.	TAK	
35	Możliwość zastopowania inflacji w dowolnym momencie przy pomocy przycisku funkcyjnego.	TAK	
	Pozostałe		
36	Stojak na kardiomonitor - podstawa z min. 4 kółkami . Minimum 2 koła z hamulcami.	TAK	
37	Pomiar temperatury powierzchniowej z możliwością rozbudowy o drugi kanał temperatury bez udziału serwisu.	TAK	
38	Pomiar min. 2 kanałów ciśnienia krwawego . Zakres min. -40 -320mmHg	TAK, podać	
39	Możliwość rozbudowy o moduł pomiarowy CO2 (kapnografia). Moduł wymienny między pozostałymi monitorami.	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

40	Możliwość rozbudowy o rejestrator termiczny min. 3 przebiegów, min. 24 pkt/mm przy prędkości przesuwu 25mm/s oraz trendów tabelarycznych i graficznych	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK, podać	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 7

### Izolatory (do transportu chorych) – 5 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Zestaw zapewniający wielokrotną dekontaminację i możliwość wielokrotnego wykorzystania	<b>TAK</b>	
2	Nieprzepuszczalności w stosunku do patogenów chorobotwórczych	<b>TAK</b>	
3	Torba ochronna wykonana z tkaniny PES powlekanej obustronnie PCW o grubości co najmniej 0,4 mm	<b>TAK</b>	
4	Rękawice wykonane z tkaniny powlekanej kauczukiem nitylowym	<b>TAK</b>	
5	Konstrukcja umożliwiająca otwarcie izolatora w stopniu umożliwiającym sprawny załadunek pacjenta	<b>TAK</b>	
6	Powłoka górna izolatora wykonana z materiału przezroczystego, umożliwiającego obserwację pacjenta	<b>TAK</b>	
7	Dostęp do pacjenta zapewniany przez 4 rękawy zakończone rękawicami, umożliwiające manewrowanie przy uszkodzonym bez otwierania całego izolatora	<b>TAK</b>	
8	Gazoszczelny zamek	<b>TAK</b>	
9	Możliwość podawania płynów oraz wentylacji zastępczej realizowane poprzez 4 uszczelniane porty	<b>TAK</b>	
10	Możliwość dezynfekcji	<b>TAK</b>	
11	Min. 3 wewnętrzne pasy umożliwiające stabilizację pacjenta wewnątrz izolatora	<b>TAK</b>	
12	Urządzenie działające w trybie podciśnienia i nadciśnienia za pomocą jednostki filtrująco-wentylującej i 5 filtrów, pozwalających na 4 do 5 godzin pracy urządzenia	<b>TAK</b>	
13	Zasilanie poprzez akumulator o żywotności co najmniej 450 cykli ładowania	<b>TAK</b>	
14	W komplecie zestaw naprawczy z łatanami i klejem	<b>TAK</b>	
15	Torba na cały zestaw	<b>TAK</b>	
16	Maksymalne wymiary w stanie rozłożenia 203 cm x 64 cm x 56 cm	<b>TAK</b>	
17	Waga całkowita urządzenia do 18 kg	<b>TAK</b>	
18	Zestaw powinien zawierać: komorę izolacyjną, jednostkę filtrująco-wentylacyjną z filtrem P3, torbę do transportu	<b>TAK</b>	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

19	Kabina wykonana z wysokiej jakości transparentnego nie toksycznego materiału uszczelniającego przez specjalny zamek	TAK	
20	Transport z ujemnym ciśnieniem aby zapobiec wyciekowi zamieszczonego powietrza znajdującego się w kabinie	TAK	
21	Urządzenie filtru - wentylacyjne używające litowych baterii pozwalających na pracę od 8 do 10h	TAK	
23	Jeden port wyposażony w standardowe złącze służące do dostawy tlenu	TAK	
24	Zasilanie bateryjne min 36V	TAK	
25	Zapasowy akumulator	TAK	
26	Ładowarka	TAK	
27	Przezierność dla RTG	TAK	
28	Możliwość wjazdu do TK	TAK	
29	Płachta transportowa	TAK	
30	Filtry min 4 szt. 2 przed i 2 z komory do wywiewu	TAK	
31	Możliwość transportu pacjentów większych od 180cm	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK, podać	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	

#### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony amawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## ☐ ZĘŚĆ 8

### Pompa Infuzyjna – 28 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi	<b>TAK</b>	
2	Zasilanie 230V 50 Hz	<b>TAK</b>	
3	Waga pompy do 2,30 kg	<b>TAK, podać</b>	
4	Wymiary pompy 215 x 96 x 169 (mm) (+/- 10 mm), wymiary pompy z uchwytem mocującym 290 x 98 x 220 (mm) (+/- 10 mm)	<b>TAK</b>	
5	Stopień ochrony co najmniej IP34	<b>TAK</b>	
6	Kolorowy wyświetlacz czytelny pod kątem co najmniej 80°	<b>TAK</b>	
7	Wbudowany uchwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych, oraz szyn poziomych	<b>TAK</b>	
8	Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy	<b>TAK</b>	
9	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej – min. 3 pompy na jednym uchwycie	<b>TAK</b>	
10	Strzykawka mocowana od przodu	<b>TAK</b>	
11	Klawiatura symboliczna	<b>TAK</b>	
12	Menu pompy w języku polskim	<b>TAK</b>	
13	Instrukcja obsługi zaimplementowana w menu pompy, ułatwiająca pracę na każdym etapie	<b>TAK</b>	
14	Napęd strzykawki półautomatyczny z zabezpieczeniem przed niekontrolowaną podażą	<b>TAK</b>	
15	Strzykawka nie może być usunięta z pompy poprzez pociągnięcie za linię infuzyjną podłączoną do strzykawki	<b>TAK</b>	
16	Zatraskowe mocowanie i współpraca ze stacją dokującą	<b>TAK</b>	
17	Komunikacja pomiędzy pompą a stacją dokującą odbywa się za pośrednictwem IrDA	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

18	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20, 30 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów, w tym minimum jednego polskiego	TAK	
19	Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki	TAK	
20	Zakres prędkości infuzji min. 0,01 do 999,9 ml/h	TAK	
21	Prędkość infuzji w zakresie od 0,01 - 999,99ml/h programowana co 0,01ml/godz	TAK	
22	Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu	TAK	
23	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, ng, IE, mmol, lub mEq, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	TAK	
24	Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji	TAK	
25	System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji	TAK	
26	Wstępnie wybierana objętość w zakresie 0,10 - 9999 ml programowana co 0,01 ml	TAK	
27	Wstępnie wybierany czas w zakresie 00h01min - 99h59min	TAK	
28	Prędkość bolusa 1-1800 ml/h programowana co 0,01 ml/h	TAK	
29	Bolus na żądanie	TAK	
30	Bolus programowany z automatyczną kalkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu	TAK	
31	Możliwość podaży bolusa w jednostkach mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych	TAK	
32	Tryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę	TAK	
33	Tryb nocny z redukcją intensywności podświetlenia	TAK	
34	Tryb nocny z możliwością włączenia ręcznego lub zaprogramowania automatycznego przełączania	TAK	
35	Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera	TAK	
36	Biblioteka zawiera do 3000 leków, z możliwością podzielenia na 30 kategorii i 15 profili pacjentów	TAK	
37	Każdy lek może być powiązany z limitami miękkimi, z limitami twardymi, jednym z 8 kolorów oraz ciśnieniem okluzji	TAK	
38	Nazwa leku stale widoczna na wyświetlaczu pompy, również po wystąpieniu dowolnego alarmu	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

39	Ciśnienie okluzji możliwe do ustawienia na 9 poziomach w zakresie od 0.1 bara do 1.2 bara	TAK	
40	Wskaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy	TAK	
41	Wbudowany akumulator litowo – jonowy o pojemności min. 1800 mAh	TAK	
42	Zasilanie z wbudowanego akumulatora min. 8 godz. przy przepływie 5 ml/h	TAK, podać	
43	Na wyświetlaczu widoczna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora	TAK	
44	Automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłączonej do zasilania sieciowego	TAK	
45	Wymiana akumulatora bez konieczności wykonywania przeglądu technicznego i utraty gwarancji.	TAK	
46	Pobór mocy max. 10 W	TAK	
47	Rozbudowany system alarmów wizualnych i dźwiękowych	TAK	
48	Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwością zapisania do 1000 zdarzeń	TAK	
49	Możliwość wprowadzenia informacji o dacie następnego przeglądu technicznego i wyświetlania jej przy każdym uruchomieniu pompy	TAK	
50	Statyw na kółkach na min 6 szt. pomp infuzyjnych – ilość 4 szt.	TAK	
51	Czas nowego ładowania min. 4 h	TAK, podać	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK, podać	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Paszport techniczny	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## ☐ ZĘŚĆ 9

### Aparat + monitor do pomiaru rzutu serca – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Monitor kolorowy z ekranem dotykowym min. 12 cali	<b>TAK, podać</b>	
2	Rozdzielczość min. 800x600	<b>TAK, podać</b>	
3	System kompatybilny z dowolnym cewnikiem tętnicznym i przetwornikiem ciśnienia krwi dostępnym na rynku	<b>TAK</b>	
4	Metoda pomiaru analityczna rejestrowania ciśnienia tętniczego PRAM	<b>TAK</b>	
5	Zestaw kompletny z oprogramowaniem przygotowany do pracy bez żadnych ukrytych kosztów	<b>TAK</b>	
6	Gotowy do pracy - brak konieczności wykonania kalibracji wstępnej i podczas pracy	<b>TAK</b>	
7	Czas pracy na akumulatorze min. 20 min.	<b>TAK</b>	
8	Walidacja od masy ciała pacjenta	<b>TAK, podać</b>	
9	Złącze min. HDMI, USB	<b>TAK, podać ilość</b>	
10	Personalizacja wskaźników	<b>TAK, podać</b>	
11	Edycja min. osi czasu, amplitudy, wykresów krzywej ciśnienia i trendów	<b>TAK</b>	
12	Rejestracja zdarzeń i incydentów	<b>TAK</b>	
13	Masa do 5 kg	<b>TAK</b>	
14	Parametry systemowe	<b>TAK, podać</b>	
15	Parametry hemodynamiczne	<b>TAK, podać</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatnie	TAK	
4	Paszport techniczny	TAK	
5	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 10

Aparat do □ni□□□□□□nia – 9 □□t.

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Kraj produkcji: .....

Lp	Parametry wymagane aparatu	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Aparat na podstawie jezdnej, hamulec centralny, uchwyty na dwie 10 litrowe butle rezerwowe, reduktory do butli O <sub>2</sub> i N <sub>2</sub> O nakręcone z przyłączami do aparatu	<b>TAK</b>	
2	Zasilanie gazami z sieci centralnej :O <sub>2</sub> , N <sub>2</sub> O, Powietrze	<b>TAK</b>	
3	System oddechowy podgrzewany, zasilanie wewnętrzne bez zewnętrznych przewodów zasilających, możliwe wyłączenie podgrzewania przez użytkownika	<b>TAK</b>	
4	Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu z wbudowanego akumulatora na co najmniej 60 minut	<b>TAK, PODAĆ</b>	
5	Duży blat roboczy, pozwalający na wygodne prowadzenie dokumentacji, szyna do mocowania dodatkowego sprzętu, ramię do podtrzymywania rur oddechowych i kabli do monitora	<b>TAK</b>	
6	Min. 2 szuflady na akcesoria (opcjonalnie z trwałym zamknięciem)	<b>TAK</b>	
7	Wskazania ciśnień gazów w sieci centralnej i w butlach rezerwowych na ekranie respiratora	<b>TAK</b>	
8	System bezpieczeństwa zapewniający co najmniej 25% udział O <sub>2</sub> w mieszanie z N <sub>2</sub> O	<b>TAK</b>	
9	Elektroniczny mieszalnik zapewniający utrzymanie ustawionego wdechowego stężenia tlenu przy zmianie wielkości przepływu świeżych gazów,	<b>TAK</b>	
10	Elektroniczny mieszalnik zapewniający utrzymanie ustawionego przepływu świeżych gazów przy zmianie stężenia tlenu w mieszanie podawanej do pacjenta	<b>TAK</b>	
11	Prezentacja przepływomierzy	<b>TAK</b>	
12	Aparat przystosowany do prowadzenia znieczulenia w technice Low Flow i Minimal Flow	<b>TAK</b>	
13	Elementy systemu oddechowego mające styczność z mieszaniną oddechową pacjenta, nadające się do sterylizacji parowej (nie dotyczy jednorazowych układów rur, linii próbkujących)	<b>TAK</b>	
14	Wentylacja pacjentów ze wszystkich grup wiekowych nie wymaga użycia odmiennych elementów systemu oddechowego i czujników z wyłączeniem rur oddechowych i worka do wentylacji ręcznej	<b>TAK</b>	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

15	Regulowany zawór ograniczający ciśnienie w trybie wentylacji ręcznej (APL) z funkcją natychmiastowego zwolnienia ciśnienia w układzie bez konieczności skręcenia do minimum	TAK	
16	Wbudowany niezależny przepływomierz O <sub>2</sub> do podaży tlenu przez maskę lub kaniulę donosową	TAK	
17	Miejsce aktywne do zamocowania dwóch parowników	TAK	
18	Aparat przygotowany do pracy z wielorazowym pochłaniaczem z możliwością podłączenia jednorazowego zbiornika pochłaniacza, w dostawie co najmniej 6 zbiorników jednorazowych, objętość pochłaniacza jednorazowego minimum 1200 ml	TAK, PODAĆ	
<b>Respirator, tryby wentylacji</b>			
19	Ekonomiczny respirator z napędem elektrycznym	TAK	
20	Tryb ręczny, oddech spontaniczny	TAK	
21	Wentylacja kontrolowana objętościowo	TAK	
22	Wentylacja kontrolowana ciśnieniowo	TAK	
23	Wentylacja synchronizowana w trybie kontrolowanym	TAK	
24	CPAP/PSV	TAK	
25	Automatyczne przełączenie na gaz zastępczy: - po zaniku O <sub>2</sub> na 100% powietrze - po zaniku N <sub>2</sub> O na 100% O <sub>2</sub> - po zaniku Powietrza na 100% O <sub>2</sub> we wszystkich przypadkach bieżący przepływ Świeżych Gazów pozostaje stały (nie zmienia się)	TAK	
26	Awaryjna podaż O <sub>2</sub> i anestetyku z parownika po awarii zasilania sieciowego i rozładowanym akumulatorze	TAK	
<b>Regulacje</b>			
27	Zakres regulacji częstości oddechowej co najmniej od 5 do 100 odd/min	TAK	
28	Zakres regulacji plateau co najmniej od 0% do 50%	TAK	
29	Zakres regulacji I:E co najmniej od 4:1 do 1:4	TAK	
30	Zakres regulacji objętości oddechowej co najmniej od 10 do 1500 ml	TAK	
31	Zakres regulacji wyzwalacza przepływowego co najmniej od 0,3l/min do 15l/min	TAK	
32	Ciśnienie wdechowe regulowane w zakresie co najmniej od 10 do 80 hPa (cmH <sub>2</sub> O)	TAK	
33	Wspomaganie ciśnieniowe w trybie PSV regulowane w zakresie od 3 cmH <sub>2</sub> O do co najmniej 60 cmH <sub>2</sub> O	TAK	
34	Regulacja czasu narastania ciśnienia w fazie wdechowej, pozwalająca na kształtowanie nachylenia fali oddechowej, podać zakres	TAK	
35	Regulacja PEEP w zakresie co najmniej od 2 do 20 hPa (cmH <sub>2</sub> O); wymagana funkcja WYŁ (OFF)	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

36	Zmiana częstości oddechowej automatycznie zmienia czas wdechu (Ti) – tzw. blokada I:E, możliwe wyłączenie tej funkcjonalności przez użytkownika	TAK	
37	Zmiana nastawy PEEP powoduje automatyczną zmianę Pwdech, możliwe wyłączenie tej funkcjonalności przez użytkownika	TAK	
	<b>Prezentacje</b>		
38	Prezentacja krzywych w czasie rzeczywistym: p(t), CO2(t), prezentacja pętli p-V, V-przepływ	TAK	
	<b>Funkcjonalność</b>		
39	Kolorowy ekran o regulowanej jasności i przekątnej minimum 15", sterowanie: ekran dotykowy i pokrętko funkcyjne, ekran wbudowany z przodu aparatu	TAK	
40	Konfiguracja urządzenia może być eksportowana i importowana do/z innych aparatów tej serii	TAK	
41	Wbudowany moduł gazowy, monitorowanie gazowe (pomiar w strumieniu bocznym, powrót próbki do układu) w aparacie – pomiary i prezentacja wdechowego i wydechowego stężenia gazów anestetycznych, O2 (pomiar paramagnetyczny), N2O, CO2, anestetyki (SEV, DES, ISO), automatyczna identyfikacja anestetyku, MAC skorelowany do wieku pacjenta	TAK	
42	Możliwy demontaż modułu gazowego i przeniesienie go do innego urządzenia tej serii	TAK	
43	W pełni automatyczna kalibracja modułu gazowego, niewymagająca udziału serwisu, personelu i akcesoriów (np. tzw. gazu testowego)	TAK	
44	Eksport tzw. zrzutu ekranu do pamięci zewnętrznej USB	TAK	
45	Automatyczne wstępne skalkulowanie parametrów wentylacji na podstawie wprowadzonej masy ciała i/lub wzrostu pacjenta	TAK	
46	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
	<b>Alarmy</b>		
47	Możliwość automatycznego dostosowania granic alarmowych w odniesieniu do aktualnie mierzonych wartości	TAK	
48	Alarm ciśnienia w drogach oddechowych	TAK	
49	Alarm objętości minutowej	TAK	
50	Alarm bezdechu (aponea)	TAK	
51	Alarm stężenia anestetyku	TAK	
52	Alarm braku zasilania w gazy	TAK	
53	Alarm wykrycia drugiego anestetyku	TAK	
	<b>Inne</b>		



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

54	Ssak inżektorowy napędzany powietrzem z sieci centralnej, zasilanie ssaka z przyłączy w aparacie, regulacja siły ssania, dwa zbiorniki na wydzielinę o objętości minimum 1000 ml każdy z możliwością zamontowania wkładów jednorazowych	TAK	
55	Dreny do podłączenia O <sub>2</sub> ,N <sub>2</sub> O i Powietrza o dł. min. 5m każdy; wtyki typu AGA	TAK	
56	Dodatkowe gniazda elektryczne , co najmniej 4 szt., zabezpieczone bezpiecznikami	TAK	
57	Całkowicie automatyczny test bez interakcji z użytkownikiem w trakcie trwania procedury	TAK	
58	Lista kontrolna, czynności do wykonania przed rozpoczęciem testu, prezentowana na ekranie respiratora w formie grafik i tekstu objaśniających poszczególne czynności	TAK	
59	System Ewakuacji gazów, zintegrowany, z niezbędnymi akcesoriami umożliwiającymi podłączenie do odciągu szpitalnego	TAK	
<b>Akcesoria dodatkowe</b>			
60	Zbiornik wielorazowy na wapno, możliwa sterylizacja parowa w temperaturze 134 st C	TAK	
61	W dostawie jednorazowe układy oddechowe, współosiowe, z pułapki 10 szt. (worek oddechowy 2 L, długość rur co najmniej 170 cm)	TAK	
62	W dostawie jednorazowe wkłady na wydzielinę z żelem co najmniej 25 szt.	TAK	
<b>Monitor do aparatu, wymagania ogólne</b>			
63	Monitor z kolorowym ekranem LCD o przekątnej min 15 cali, przeznaczony do monitorowania noworodków i dorosłych	TAK	
64	Sterowanie monitorem za pomocą przycisków i menu ekranowego w języku polskim. Stałe przyciski zapewniają dostęp do najczęściej używanych funkcji. Obsługa menu ekranowego: wybór przez dotyk elementu na ekranie, zmiana wartości i wybór pozycji z listy – za pomocą pokrętła	TAK	
65	Możliwość wykorzystania monitora do transportu: - waga do 7,5 kg - wyposażony w akumulator dostępny do wymiany przez użytkownika, wystarczający co najmniej na 3 godziny pracy - w komplecie system mocowania monitora, umożliwiający szybkie zdjęcie bez użycia narzędzi i wykorzystanie monitora do transportu pacjenta (monitor posiadający uchwyt do przenoszenia) - monitor jest gotowy do uruchomienia łączności bezprzewodowej, umożliwiającej centralne monitorowanie podczas transportu	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

66	Dostępny ekran dużych liczb i ekran z krótkimi trendami obok odpowiadających im krzywych dynamicznych. Możliwość wyświetlania krzywych i trendów	TAK	
67	Możliwość skonfigurowania, zapamiętania w monitorze i późniejszego przywołania co najmniej 3 własnych zestawów parametrów pracy monitora	TAK	
68	Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów co najmniej z 5 dni, z możliwością przeglądania co najmniej ostatniej godziny z rozdzielczością lepszą niż 5 sekund	TAK, PODAĆ	
69	Oprogramowanie realizujące funkcje: - kalkulatora lekowego - kalkulatora parametrów hemodynamicznych, wentylacyjnych i utlenowania - obliczenia nerkowe	TAK	
70	Monitor umożliwia wyświetlanie danych z innego monitora pacjenta podłączonego do tej samej sieci, również w przypadku braku lub wyłączenia centrali	TAK	
71	Monitor wyposażony we wbudowaną drukarkę, drukującą co najmniej 3 krzywe dynamiczne	TAK	
72	Monitor zamocowany na oferowanym aparacie do znieczulenia i podłączony z nim, wyświetla przebiegi dynamiczne łącznie z pętlami oddechowymi, oraz wartości liczbowe danych z aparatu	TAK	
<b>Możliwość monitorowania parametrów</b>			
<b>Pomiar EKG</b>			
73	EKG z analizą arytmii, możliwość pomiaru z 3 elektrod i z 5 elektrod	TAK	
74	Zakres pomiarowy co najmniej: 15-350 uderzeń/minutę	TAK	
75	Pomiar odchylenia ST	TAK	
76	Monitorowanie arytmii z rozpoznaniem typu arytmii	TAK	
<b>Pomiar sytuacji i tętna (SpO2)</b>			
77	System monitorowania SpO2 Nellcor zapewniający pomiar przy słabym lub zakłóconym sygnale. Wyświetlanie wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej	TAK	
<b>Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi</b>			
78	Pomiar ciśnienia ręczny i automatyczny z ustawianym czasem powtarzania	TAK	
79	Dokładność pomiaru +/- 5 mmHg		
<b>Inwazyjny pomiar ciśnienia</b>			



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

80	Możliwość przypisania do poszczególnych torów pomiarowych inwazyjnego pomiaru ciśnienia nazw powiązanych z miejscem pomiaru, w tym ciśnienia tętniczego, ciśnienia w tętnicy płucnej, ośrodkowego ciśnienia żylnego i ciśnienia śródczaszkowego. Możliwość jednoczesnego pomiaru trzech ciśnień	TAK	
	<b>Pomiar temperatury</b>		
81	Wyświetlacz temperatury T1, T2 i różnicy temperatur	TAK	
82	Dokładność pomiaru +/- 0,1 st C	TAK	
	<b>Zwiotczenie i głębokość anestezji</b>		
83	Pomiar przewodnictwa nerwowo mięśniowego za pomocą stymulacji nerwów i rejestracji odpowiedzi za pomocą czujnika 3D, mierzącego drgania kciuka we wszystkich kierunkach, bez konieczności kalibracji czujnika przed wykonaniem pomiaru	TAK	
84	Pomiar przewodnictwa nerwowo mięśniowego za pomocą stymulacji nerwów i rejestracji odpowiedzi. Dopuszczalny pomiar za pomocą dodatkowego monitora. Dostępne metody stymulacji co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Train Of Four, obliczanie T1/T4 i Tref/T4</li> <li>– TOF z ustawianymi odstępami automatycznych pomiarów</li> <li>– Tetanus 50 Hz</li> <li>– Single Twitch</li> </ul>	TAK	
85	Możliwość pomiaru: <ul style="list-style-type: none"> <li>- NMT</li> <li>- Entropii</li> <li>- SPI</li> </ul>	TAK	
	<b>Wymagane akcesoria pomiarowe</b>		
86	Kompletny przewód EKG do podłączenia 3 elektrod	TAK	
87	Kompletny przewód z czujnikiem SpO2 dla dorosłych i dzieci, przewód przedłużający min. 2m	TAK	
88	Wężyk do podłączenia mankietów do pomiaru ciśnienia z kompletem mankietów pomiarowych dla dzieci oraz 2 kompletami mankietów dla dorosłych	TAK	
89	Czujnik temperatury skóry	TAK	
90	Akcesoria do pomiaru ciśnienia metoda inwazyjną co najmniej w 1 torze, 1 zestaw	TAK	
91	Akcesoria do pomiaru NMT dla dorosłych, 1 zestaw	TAK	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
92	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

93	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
94	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
95	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
96	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48 h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
97	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
98	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
99	Szkolenie z obsługi urządzenia	TAK	
100	Paszport techniczny	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec  
e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## ☐ ZĘŚĆ 11

### Zestaw do intubacji – 8 szt.

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Rękojeść laryngoskopu światłowodowa, wielokrotnego użytku, wykonana zgodnie z zielonym standardem ISO 7376z	<b>TAK</b>	
2	Żarówka o napięciu do 2,5V	<b>TAK</b>	
3	Możliwość sterylizacji rękojeści i łyżek	<b>TAK</b>	
4	Łyżki do laryngoskopów razem 3 szt. w rozmiarze 2, 3 i 4, wielokrotnego użytku, z oświetleniem, kompatybilne z uchwytami zgodnymi ze standardem ISO 7376	<b>TAK</b>	
5	Walizka waga z wyposażeniem do 3 kg	<b>TAK</b>	
6	Możliwość sterylizacji w autoklawie podać temp.	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświad**  **amy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony  amawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## ☐ ZĘŚĆ 12

### Maska do terapii tlenowej nieinwazyjnej NIV – 10 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Brak konieczności intubacji	<b>TAK</b>	
2	Maska pełno twarzowa	<b>TAK</b>	
3	Zastosowanie do terapii tlenowej nieinwazyjnej NIV	<b>TAK</b>	
4	Cało twarzowe rozmiar M 3 szt.	<b>TAK</b>	
5	Cało twarzowe rozmiar L 3 szt..	<b>TAK</b>	
6	Nosowo - ustne Rozmiar M ilość 2 szt.	<b>TAK</b>	
7	Nosowo - ustne Rozmiar L ilość 2 szt.	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony amawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 13

### Zestaw EBUS – 1 kpl.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Wideobronchoskop zabiegowo-diagnostyczny – 1 szt.	<b>TAK</b>	
2	Videobronchoskop ze średnicą końcówki do 6mm i kanałem roboczym do 3 mm	<b>TAK</b>	
3	Video procesor z wbudowanym źródłem światła LED – 1 kpl.	<b>TAK</b>	
4	Obrazowanie w rozdzielczości 4K Ultra HD	<b>TAK</b>	
5	Wózek medyczny	<b>TAK</b>	
6	Monitor medyczny min. 20" z mocowaniem do wózka 4K Ultra HD	<b>TAK</b>	
7	Ultrasonograf DICOM	<b>TAK</b>	
8	USG	<b>TAK</b>	
9	Sonda USG z mini głowicą (radialna)	<b>TAK</b>	
10	<b>Wytycznik archiwizacji</b>	<b>TAK</b>	
11	Zastosowanie w dziedzinie Pulmunologii	<b>TAK</b>	
12	Zastosowanie do diagnostyki drzewa oskrzelowego z wykorzystaniem sond radialnych	<b>TAK</b>	
13	Zastosowanie do diagnostyki drzewa oskrzelowego z wykorzystaniem USG-EBUS	<b>TAK</b>	
14	Zestaw kompletny gotowy do uruchomienia bez żadnych ukrytych dodatkowych kosztów	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 10 dni roboczych	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

	Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty		
1	Posiada certyfikat CE, Atest PZH	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 14

### Monitor metaboliczny (Kalorymetr) – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane aparatu	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Monitor do kalorymetrii umożliwiający wykonanie badania u pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz oddychających spontanicznie	<b>TAK</b>	
2	Mierzone parametry min.: - zużycie tlenu VO <sub>2</sub> - wydalanie dwutlenku węgla VCO <sub>2</sub> - spoczynkowy wydatek energetyczny REE - współczynnik oddechowy RQ	<b>TAK</b>	
3	Zakres pomiaru REE min. 0-7000 kcal/dzień	<b>TAK, PODAĆ</b>	
4	Zakres pomiaru RQ min. 0-2	<b>TAK, PODAĆ</b>	
5	Dokładność mierzonych parametrów max. +/- 5%	<b>TAK, PODAĆ</b>	
6	Min. 2 tryby przeprowadzania pomiaru: u pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz oddychających spontanicznie	<b>TAK</b>	
7	Czas trwania badania u pacjenta wentylowanego mechanicznie max. 30 min	<b>TAK</b>	
8	Czas trwania badania u pacjenta wentylowanego mechanicznie max. 70 min	<b>TAK</b>	
9	Czytelny, kolorowy wyświetlacz max. 11"	<b>TAK</b>	
10	Obsługa monitora przy użyciu ekranu dotykowego i przycisków funkcyjnych	<b>TAK</b>	
11	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe	<b>TAK</b>	
12	Akumulator umożliwiający działanie monitora bez podłączenia do sieci przez min 2h	<b>TAK, PODAĆ</b>	
13	Oprogramowanie urządzenia w języku polskim	<b>TAK</b>	
14	Możliwość eksportu wyniku badania na zewnętrzny nośnik Pendrive bądź przy użyciu bluetooth (min. 2 formaty eksportu wyniku)	<b>TAK, PODAĆ</b>	
15	Min. 2 porty USB	<b>TAK</b>	
16	Waga monitora do 5 kg	<b>TAK, PODAĆ</b>	
17	Uchwyt do przenoszenia monitora	<b>TAK</b>	
	<b>Wyposażenie monitora</b>		



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

18	Wózek do transportu monitora na kółkach (min. 2 z blokadą), uchwytem do przymocowania monitora oraz uchwytem na butlę z gazem kalibracyjnym	TAK	
19	Komplet akcesoriów wymaganych do kalibracji urządzenia wraz z butlą z gazem kalibracyjnym	TAK	
20	Komplet akcesoriów jednorazowych umożliwiających przeprowadzenie 100 badań u pacjentów wentylowanych mechanicznie	TAK	
21	Komplet akcesoriów jednorazowych umożliwiających przeprowadzenie 50 badań u pacjentów oddychających samodzielnie	TAK	
22	Kabel zasilający	TAK	
23	Kabel USB	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK, PODAĆ	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (e-mail, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
5	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku .pdf)	TAK	
3	Szkolenie z obsługi urządzenia	TAK	
4	Paszport techniczny	TAK	
5	Dostawa, montaż oraz uruchomienie urządzenia	TAK	

#### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony Zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 15

### Kardiostymulator zewnętrzny – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Kardiostymulator jednojamowy	<b>TAK</b>	
2	Stymulacja komór lub przedsionków serca za pomocą elektrody endokawitarnej wprowadzanej przezżylnie	<b>TAK</b>	
3	Funkcje stymulatora min.: - VVI - VOO - AAI - AOO - stymulacja szybka - stymulacja szybka z malejącą częstością	<b>TAK</b>	
4	Wykonanie stymulacji VVI z nastawami standardowymi możliwe po naciśnięciu jednego przycisku	<b>TAK</b>	
5	Autotest stymulatora oraz obwodu elektrody wykonywany zawsze przy uruchomieniu urządzenia	<b>TAK</b>	
6	Dostępność funkcji „emergency” każdorazowo (stymulacja ratunkowa)	<b>TAK</b>	
7	Częstość stymulacji w zakresie min. 35-180 1/min	<b>TAK</b>	
8	Częstość stymulacji szybkiej w zakresie min. 100 – 900 1/min	<b>TAK</b>	
9	Amplituda impulsu w zakresie min. 0,1 - 20 mA	<b>TAK</b>	
10	Szerokość impulsu w zakresie min. 0,2 - 1,5 ms	<b>TAK</b>	
11	Kształt impulsu – prostokątny z kompensacją ładunku	<b>TAK</b>	
12	Czas refrakcji w zakresie min. 200 - 500 ms	<b>TAK</b>	
13	Czułość wejściowa w zakresie min. 0,5 - 21 mV	<b>TAK</b>	
14	Funkcje pomiarowe: - napięcie impulsu - impedancja obwodu elektrody - amplituda załamka R lub P	<b>TAK</b>	
15	Pomiar amplitudy napięcia impulsu w zakresie min. 0,2 - 12V	<b>TAK</b>	
16	Sygnalizacja dźwiękowa zwarcia lub przerwy w obwodzie elektrody	<b>TAK</b>	
17	Dwustopniowa sygnalizacja poziomu baterii, dźwiękowa oraz optyczna	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

18	Zasilanie z baterii alkalicznych 9V	<b>TAK</b>	
19	Krokowa, dwustopniowa zmiana wszystkich parametrów	<b>TAK</b>	
20	Możliwość zablokowania ustawionych parametrów stymulacji przed niezamierzonymi zmianami	<b>TAK</b>	
21	Zabezpieczenie przed zewnętrzną defibrylacją	<b>TAK</b>	
22	Niezawodne mocowanie elektrod	<b>TAK</b>	
23	Wyświetlacz podświetlany	<b>TAK</b>	
24	Automatyczne, czasowe wygaszanie ekranu stymulatora	<b>TAK</b>	
25	Czas pracy stymulatora min. 25 dni	<b>TAK</b>	
26	Masa stymulatora (z baterią) do 300 g	<b>TAK</b>	
27	Możliwość stabilizacji stymulatora do ramienia pacjenta za pomocą taśmy	<b>TAK</b>	
28	Na wyposażeniu elektroda endokawitarna do czasowej stymulacji serca – 1 szt. oraz introduktor – 1 szt.	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, PODAĆ</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	
5	Dostawa, montaż, uruchomienie	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	<b>TAK</b>	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia	<b>TAK</b>	
4.	Paszport techniczny	<b>TAK</b>	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony Zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 16

**Łóżka szpitalne z materacami ( z panelami do sterowania) – 15 szt.**

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany ]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Łóżko wytworzone w technologii antybakteryjnej (w częściach tworzywowych i lakierze)	<b>TAK</b>	
2	Zasilanie 230V~ 50/60Hz Przewód zasilający skręcany	<b>TAK</b>	
3	Szerokość całkowita łóżka z podniesionymi lub opuszczonymi poręczami bocznymi maksymalnie 1000 mm	<b>TAK</b>	
4	Całkowita długość łóżka maksymalnie 2160 mm	<b>TAK</b>	
5	Wewnętrzna długość leża (pomiędzy szczytami) 2000 mm ± 20 mm	<b>TAK</b>	
6	Wewnętrzna szerokość leża (pomiędzy poręczami) 900 mm ± 20 mm	<b>TAK</b>	
7	Wydłużenie leża min. 250 mm	<b>TAK</b>	
8	Ręczny pilot przewodowy sterujący następującymi funkcjami łóżka: zmiana wysokości leża, pochylenie oparcia pleców, pochylenie segmentu udowego, funkcja autokontur	<b>TAK</b>	
9	Pilot ze świetlnym wskaźnikiem sygnalizującym uruchomienie danej funkcji	<b>TAK</b>	
10	Łóżko wielofunkcyjne, wielopozycyjne z pozycją krzesła kardiologicznego	<b>TAK</b>	
11	Leże łóżka min. czterosegmentowe, z min. trzema segmentami ruchomymi	<b>TAK</b>	
12	Leże bez ramy zewnętrznej	<b>TAK</b>	
13	Elektryczna regulacja wysokości leża	<b>TAK</b>	
14	Minimalna wysokość leża od podłogi 400 mm ± 20 mm. Wymiar dotyczy powierzchni, na której spoczywa materac	<b>TAK</b>	
15	Maksymalna wysokość leża od podłogi 850 mm ± 20 mm. Wymiar dotyczy powierzchni, na której spoczywa materac.	<b>TAK</b>	
16	Elektryczna regulacja oparcia pleców w zakresie od 0o do 70o ± 3°	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

17	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga - regulacja z panelu centralnego oraz z zewnętrznych paneli wbudowanych w poręcze boczne: $160 \pm 3^\circ$ . Nie dopuszcza się innych rozwiązań, gdyż jest to funkcja antyszokowa, ratująca życie.	TAK	
18	Elektryczna regulacja pozycji anty - Trendelenburga regulacja z panelu centralnego oraz z zewnętrznych paneli wbudowanych w poręcze boczne: $170 \pm 3^\circ$ .	TAK	
19	Elektryczna regulacja funkcji autokontur - jednoczesne uniesienia części plecowej do $700 \pm 3^\circ$ oraz segmentu uda do $400 \pm 3^\circ$	TAK	
20	Elektryczna regulacja segmentu uda w zakresie od $00$ do $400 \pm 3^\circ$	TAK	
21	Funkcja autoregresji oparcia pleców min. 120 mm.	TAK	
22	Następujące pozycje leża uzyskiwane e: - pozycja krzesła kardiologicznego - pozycja antyszokowa - pozycja do badań - pozycja Fowlera - pozycja zerowa	TAK	
23	Blokowanie na panelu centralnym wszystkich funkcji elektrycznych (oprócz funkcji ratunkowych) przy pomocy odpowiednich przycisków lub pokręteł. Panel wyposażony w sygnalizację świetlną o zablokowaniu wszystkich funkcji .	TAK	
24	Poręcze boczne w części oparcia pleców wyposażone w obustronne panele sterowania zewnętrzne oraz wewnętrzne	TAK	
25	Poręcze boczne zabezpieczające pacjenta na całej długości leża.	TAK	
26	Zwolnienie i opuszczenie każdej poręczy dokonywane tą samą, jedną ręką.	TAK	
27	Górna powierzchnia poręczy bocznych w części udowej (po ich opuszczeniu) nie wystająca ponad górną płaszczyznę materaca.	TAK	
28	Wbudowany akumulator wykorzystywany do sterowania funkcjami łóżka .	TAK	
29	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra.	TAK	
30	Segmenty leża wypełnione odejmowanymi płytami laminatowymi, przeziernymi dla promieniowania RTG	TAK,	
31	4 koła o średnicy min. 150 mm zaopatrzone w mechanizm centralnej blokady. Koła z tworzywowymi osłonami (widoczny tylko bieżnik)	TAK	
32	Dźwignie uruchamiające centralną blokadę kół umieszczone w dwóch narożach ramy podwozia łóżka od strony nóg pacjenta	TAK	
33	Prześwit pod podwoziem o wysokości min. 145 mm i na długości min. 1500 mm, aby umożliwić swobodny najazd podnośnika chorego	TAK	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

34	Rama leża wyposażona w: - krążki odbojowe w narożach leża, - sworzeń wyrównania potencjału, - poziomnice, po jednej sztuce na obu bokach leża, w okolicy szczytu nóg - cztery haczyki do zawieszania np. woreczków na płyny fizjologiczne – po dwa haczyki z dwóch stron leża	TAK	
35	Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożach ramy leża	TAK	
36	Dopuszczalne obciążenie robocze min. 250 kg	TAK	
37	Wymiary: - długość całkowita łóżka nie większa niż 2220 mm - szerokość całkowita łóżka z uniesionymi barierkami oraz odbojnicami krążkami lub listwami nie większa niż 1050 mm	TAK	
38	Elementy wyposażenia łóżka - materac prewencyjny - materac wypełniający przedłużenie leża - tunel na kasetę RTG (w segmencie oparcia pleców) - wieszak kroplówki	TAK	
39	Atest potwierdzający antybakteryjność lakieru i tworzywa	TAK	
40	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
41	Wymiar materaca dopasowany do ramy łóżka	TAK	
42	Materac wymienny, kładziony bezpośrednio na ramie łóżka	TAK	
43	Dwuwarstwowa konstrukcja materaca	TAK	
44	Materac posiadający zdolność do obniżania nacisku na całej powierzchni kontaktu	TAK	
45	Materac posiadający wbudowane wzmocnienia w sekcji pośladków, w celu zapewnienia odpowiedniego wsparcia w pozycji siedzącej i poprawy komfortu w pozycji leżącej	TAK	
46	Materac przeznaczony do stosowania w profilaktyce odleżyn do 2 stopnia włącznie (wg. skali 4 stopniowej) u pacjentów o wadze do min. 150 kg	TAK	
47	Pokrowiec zewnętrzny, paroprzepuszczalny, wodoszczelny.	TAK	
48	Kolor łóżka i elementów ozdobnych do uzgodnienia z zamawiającym	TAK	
49	Klasa ochronności min. II IP-X4	TAK	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK, podać	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Paszport techniczny	TAK	
4	Wpis lub Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych.	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 17

### Dozowniki łokciowe na środek dezynfekcyjny na stelażu z kółkami – 25 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Stelaż	<b>TAK</b>	
2	Pojemnik na płyn 5l	<b>TAK</b>	
3	Pompka w komplecie	<b>TAK</b>	
4	Stabilna konstrukcja stalowa odporna na środki dezynfekcyjne	<b>TAK</b>	
5	Podajnik typ „łokciowy”	<b>TAK</b>	
6	Uniwersalny, do zastosowania z każdym dostępnym na rynku płynu do dezynfekcji	<b>TAK</b>	
7	Łatwy w napełnianiu płynem i obsłudze konserwacyjnej	<b>TAK</b>	
8	Waga łączna ze statywem do 10 kg	<b>TAK</b>	
9	Wymiary: wys. min. 140cm szer i głębokość 30 cm (+/- 20)	<b>TAK</b>	
10	Kółka mocowane od spodu stelażu	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

#### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony Zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ □ część 18

### I. Przepływowa lampa bakteriobójcza na statywie (20-25 m2) – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

### II. Przepływowa lampa bakteriobójcza na statywie (35-40 m2) – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany , nierekondycjonowany]

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>I</b>	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Przepływowa lampa bakteriobójcza 1 sztuka o zasięgu działania lampy 20-25 m2	<b>TAK</b>	
2	Każda z lamp wraz ze statywem i licznikiem godzin pracy.	<b>TAK</b>	
3	Urządzenie emitujące promieniowanie UV-C o długości fali 253,7 nm.	<b>TAK</b>	
4	Nieodwracalna dezaktywacja bakterii, wirusów, pleśni, grzybów oraz wszelkich innych drobnoustrojów.	<b>TAK</b>	
5	Sposób montażu: na statywie z kółkami	<b>TAK</b>	
6	Licznik czasu pracy z wyświetlaczem o wskazaniach z dokładnością do 1 h	<b>TAK</b>	
7	Przepływ powietrza przez komorę UV-C	<b>TAK</b>	
8	Obudowa: z blachy kwasoodpornej	<b>TAK</b>	
9	Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	<b>TAK</b>	
10	Trwałość promiennika: min. 8000 h	<b>TAK, podać</b>	
11	Wydajność wentylatora: jedna lampa - min.130 m3/h	<b>TAK</b>	
12	Dezynfekowana kubatura: jedna lampa – min.40 - 50 m3/h	<b>TAK</b>	
13	Możliwość dezynfekcji powietrza w obecności personelu i pacjentów	<b>TAK</b>	
14	Klasa zabezpieczenia ppor. I	<b>TAK</b>	
15	Lampa przejezdna na statywie	<b>TAK</b>	
<b>II</b>	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Przepływowa lampa bakteriobójcza 1 sztuka o zasięgu działania lampy 35-40 m2	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

2	Każda z lamp wraz ze statywem i licznikiem godzin pracy.	TAK	
3	Urządzenie emitujące promieniowanie UV-C o długości fali 253,7 nm.	TAK	
4	Nieodwracalna dezaktywacja bakterii, wirusów, pleśni, grzybów oraz wszelkich innych drobnoustrojów.	TAK	
5	Sposób montażu: na statywie z kółkami	TAK	
6	Licznik czasu pracy z wyświetlaczem o wskazaniach z dokładnością do 1 h	TAK	
7	Przepływ powietrza przez komorę UV-C	TAK	
8	Obudowa: z blachy kwasoodpornej	TAK	
9	Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	TAK	
10	Trwałość promiennika: min. 8000 h	TAK, podać	
11	Wydajność wentylatora: druga lampa - min.190 m3/h	TAK	
12	Dezynfekowana kubatura: druga lampa - min.80 - 90 m3/h	TAK	
13	Możliwość dezynfekcji powietrza w obecności personelu i pacjentów	TAK	
14	Klasa zabezpieczenia ppor. I	TAK	
15	Lampa przejezdna na statywie	TAK	
I. / II.	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK, podać	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
5.	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48 h.	TAK	
I. / II.	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Paszport techniczny	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 19

Wózek inwalidki – 5 t.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż 2020 [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany, nierekondycjonowany]

Producent: .....

Kraj produkcji: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Stalowa konstrukcja ramy	TAK,	
2	Boczne podłokietniki z wytrzymałego tworzywa sztucznego, odchylane, wyciągane	TAK	
3	Waga do 20 kg	TAK, PODAĆ	
4	Siedzisko wykonane z materiału odpornego na obciążenia, ścieranie oraz z możliwością dezynfekcji	TAK	
5	Szerokość siedziska min. 45 cm	TAK, PODAĆ	
6	Wysokość oparcia min. 40 cm	TAK, PODAĆ	
7	Możliwość złożenia i rozłożenia wózka	TAK	
8	Koła tylne pełne lub pompowane, przednie koła skrętne	TAK	
9	Dopuszczalne obciążenie min. 120 kg	TAK, PODAĆ	
10	Podnóżki posiadające możliwość regulacji wysokości oraz uchylenia	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
5	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48 h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

3	Szkolenie z obsługi urządzenia	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 20

Wózek inwalidki bariatryczny – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż 2020 [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany, nierekondycjonowany]

Producent: .....

Kraj produkcji: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Stalowa konstrukcja ramy	TAK,	
2	Boczne podłokietniki z wytrzymałego tworzywa sztucznego, odchylane, wyciągane	TAK	
3	Waga do 20 kg	TAK, PODAĆ	
4	Siedzisko wykonane z materiału odpornego na obciążenia, ścieranie oraz z możliwością dezynfekcji	TAK	
5	Szerokość siedziska min. 45 cm	TAK, PODAĆ	
6	Wysokość oparcia min. 40 cm	TAK, PODAĆ	
7	Możliwość złożenia i rozłożenia wózka	TAK	
8	Koła tylne pełne lub pompowane, przednie koła skrętne	TAK	
9	Dopuszczalne obciążenie min. 250 kg	TAK, PODAĆ	
10	Podnóżki posiadające możliwość regulacji wysokości oraz uchYLENIA	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
5	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48 h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

3	Szkolenie z obsługi urządzenia	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony amawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 21

### Kamera termowizyjna – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany, nierekondycjonowany]

Producent: .....

Kraj produkcji: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Kamera rejestrująca temperaturę osób wchodzących	<b>TAK,</b>	
2	Podgląd temperatury na ekranie monitora w odniesieniu do min. 2 osób wchodzących	<b>TAK</b>	
3	Tybr reprezentacji danych: a) termowizja z pomiarem temperatury b) wizja z pomiarem temperatury	<b>TAK</b>	
4	Monitor min 27 cali kolorowy z min. łączem HDMI	<b>TAK</b>	
5	Klawiatura i mysz bezprzewodowa	<b>TAK</b>	
6	Kamera Bazowa	<b>TAK</b>	
7	Alarmy dźwiękowy i świetlny	<b>TAK</b>	
8	Szafa z systemem i oprogramowaniem rejestrującym monitoring	<b>TAK</b>	
9	Czas rejestracji min 7 dni	<b>TAK</b>	
10	Wysięgnik ścienny do zmontowania monitora	<b>TAK</b>	
11	Zasięg działania kamery min 7 m	<b>TAK</b>	
12	Możliwość regulacji czasu nagrywania lub całkowitego wyłączenia tej opcji.	<b>TAK</b>	
13.	Zestaw niezbędnych przewodów do podłączenia zestawu	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01

NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

5	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48 h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3	Szkolenie z obsługi urządzenia	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	
5.	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec  
e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## □ ZĘŚĆ 22

**Termometr do pomiaru temperatury głębokiej – 1 szt.**

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż **2020** [sprzęt/ fabrycznie nowy nieużywany, nierekondycjonowany]

Producent: .....

Kraj produkcji: .....

Lp	Parametry wymagane aparatu	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Przenośny termometr elektroniczny umożliwiający pomiar temperatury głębokiej w przetyku/odbycie/błonie bębenkowej	TAK	
2	Zakres pomiaru temperatury w zakresie min. 20- 42°C	TAK, podać	
3	Dokładność pomiaru +/- 0,1 °C	TAK	
4	Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe w zestawie min. 2 baterie lub akumulatory	TAK	
5	Wyświetlacz podświetlany, wyświetlanie wyniku pomiaru	TAK	
6	Alarm informujący o zbyt wysokiej lub zbyt niskiej temperaturze	TAK	
7	Pamięć pomiarów	TAK	
8	Możliwość stosowania środków do dezynfekcji	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	TAK	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	TAK	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
5	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48 h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	TAK	
3.	Paszport techniczny	TAK	

### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Oświadczamy**, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez konieczności ponoszenia ze strony zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)