**Zał. nr 1 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

***Zadanie Nr 1***

**BILIRUBINOMETR - 1 szt.**

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

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

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

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

***Zadanie Nr 2***

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

**PULSOKSYMETR- 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1** | Pulsoksymetr przenośny umożliwiający monitorowanie w środowisku szpitalnym oraz podczas transportu; | **TAK** |  |  |
| 1. **2** | Automatyczna rotacja ekranu w trakcie transportu o 900, 1800, 2700, 3600 | **TAK** |  |  |
| 1. **3** | Technologia saturacji Masimo - Masimo SET – pomiar pomimo ruchu i przy niskiej perfuzji dzięki eliminacji sygnału z krwi żylnej | **TAK** |  |  |
| 1. **4** | Precyzyjnym pomiar SpO2 z krwi tętniczej - szczególnie podczas ruchu pacjenta - dzięki eliminacji sygnału (wysycenia) z krwi żylnej, który błędnie zaniża wynik saturacji | **TAK** |  |  |
| 1. **5** | Możliwość rozszerzenia o nieinwazyjne pomiary: hemoglobina całkowita, methemoglobina, karboksyhemoglobina, PVI, RRa, | **TAK** |  |  |
| 1. **6** | Aparat prezentuje dane: Spo2, częstość pulsu, wykres krzywej pletyzmograficznej, indeks perfuzji w postaci cyfrowej, komunikaty alarmowe, trendy, czułość | **TAK** |  |  |
| 1. **7** | Zasilanie sieciowe 110/220 47-63 Hz oraz akumulatorowe z wewnętrznego akumulatora litowego do 4 godziny ciągłego monitorowania, ładowanie baterii 3 godziny | **TAK** |  |  |
|  | Waga < 1,5 kg | **TAK** |  |  |
|  | Niewielkie wymiary, 22,9 cm x 16,5 cm x 10,2 cm ± 1 cm | **TAK** |  |  |
|  | Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji 0-100%; Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70% - 100% +/- 1,5% (w ruchu i bez ruchu) | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu 25 -240 uderzeń na minutę | **TAK** |  |  |
|  | Dokładność pomiaru w całym zakresie +/- 3 bpm | **TAK** |  |  |
|  | Ciągły tryb monitorowania parametrów | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar przy niskiej perfuzji (zimne kończyny, obrzęk, krytyczne parametry) od 0,02% do 20% PI | **TAK** |  |  |
|  | Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób liczbowy (nie słupek baryczny) – parametr niezbędny jako dodatkowe potwierdzenie oceny stanu pacjenta, miejsca pomiaru oraz screeningu CCHD | **TAK** |  |  |
|  | Wysokiej rozdzielczości ekran LCD, kolorowy, dotykowy, z regulacją kontrastu ekranu oraz regulacją podświetlenia ekranu | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczne dostosowanie jasności wyświetlacza w zależności od panujących warunków | **TAK** |  |  |
|  | Widoczne ikony - kolorystycznie różnicujące wybrany profil badania – dorosły ikona niebieska, dziecko ikona zielona, niemowlę ikona fioletowa | **TAK** |  |  |
|  | Opcje komunikacji: WiFi, Bluetooth, przywołanie pielęgniarki, Ethernet, port USB | **TAK** |  |  |
|  | 96 godzinne trendy SpO2 i pulsu z rozdzielczością co 2 sekundy, możliwością wydrukowania na zewnętrznej drukarce | **TAK** |  |  |
|  | Granice alarmów stale widoczne na ekranie | **TAK** |  |  |
|  | Alarmy dźwiękowy i wizualny dla wszystkich mierzonych parametrów | **TAK** |  |  |
|  | Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika | **TAK** |  |  |
|  | Alarm dźwiękowy wyładowania akumulatora | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość regulacji głośności alarmu Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu | **TAK** |  |  |
|  | Czas uśredniania 2,4,8,10,12,14 lub 16 sekund | **TAK** |  |  |
|  | Indywidualne ustawienia granic alarmów i zapamiętywanie ich przez urządzenie | **TAK** |  |  |
|  | Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenia zmian SpO2 bez podchodzenia do monitora | **TAK** |  |  |
|  | Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób cyfrowy | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podłączenia czujnika SpO2 jednopacjentowego dedykowanego pacjentom resuscytowanym – po podłaczeniu do pulsoksymetru automatycznie zmieniający parametry na max czułośc i najkrótszy czas uśredniania co 2-4 sec | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość ustawienia czułości pomiaru, czyli indeksu perfuzji (PI) w 3 zakresach:  NORMALNYM - pacjenci stabilni,  MAX – min od 0,02% (resuscytacja i krytyczne parametry)  APOD - pacjenci rzadziej monitorowani, stabilni | **TAK** |  |  |
|  | Jednorazowy czujnik pacjenta – 6 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3**

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

**STÓŁ OPERACYJNY Z SYSTEMEM OGRZEWANIA PACJENTA - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Stół do operacji ogólnochirurgicznych | **TAK** |  |  |
|  | Blat stołu:  – podgłówek płyty na całą szerokość blatu,  - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe),  - płyta lędźwiowa,  - podnóżki: lewy i prawy.  Blat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podgłówkiem.  Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.  Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem | **TAK** |  |  |
|  | Napęd stołu elektrohydrauliczny. Stół wyposażony w system antykolizyjny uniemożliwiający (w przypadku funkcji przechyłów bocznych i wzdłużnych przy wszystkich segmentach blatu ustawionych w jednej płaszczyźnie) uderzenie blatu stołu o podłogę i spowodowanie zagrożenia życia pacjenta oraz uszkodzenia stołu | **TAK** |  |  |
|  | Długość stołu z blatem: 2050 mm (±20 mm ) | **TAK** |  |  |
|  | Całkowita szerokość blatu: 570 mm ( ± 20 mm ) | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja wysokości: 720 do 1140 mm ( ± 20 mm ) | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja oparcia pleców: - 450 do 850 ( ± 50 ) | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja podgłówka: - 550 do 550 ( ± 50 ) | **TAK** |  |  |
|  | Przechyły boczne w obie strony: min. po 300 | **TAK** |  |  |
|  | Przechył Trendelenburga: min. 400 | **TAK** |  |  |
|  | Przechył anty-Trendelenburga: min. 400 | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 900 do 300 ( ± 50 ) | **TAK** |  |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu : min. 400 mm realizowany przez napęd elektromechaniczny w celu pełnej współpracy z ramieniem C | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja pilotem następujących pozycji:   * regulacja wysokości * regulacja oparcia pleców/regulacja segmentu siedzenia (w zależności od orientacji blatu) * funkcji flex/reflex (po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego, odpowiedniego dla realizowanej funkcji przycisku) * wypiętrzenie klatki piersiowej/wypiętrzenie lędźwiowe (w zależności od orientacji blatu) * przechyły wzdłużne i boczne * pozycji „0” z jednego przycisku- poziomowanie blatu wraz z segmentem oparcia pleców oraz wypiętrzeniem klatki piersiowej * przesuw wzdłużny blatu | **TAK** |  |  |
|  | Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD (o szerokich kątach widzenia).  Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji.  Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu.  Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru.  Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa -zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”.  Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów.  Możliwość podłączenia pilota do stołu od strony nóg lub od strony głowy pacjenta. | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu | **TAK** |  |  |
|  | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej. Stal o bardzo dobrych właściwościach antykorozyjnych i kwasoodpornych, gatunek stali: **AISI** **316L** , polskie oznaczenie **00H17N14M2**  Nie dopuszcza się do zaoferowania stołów wykonanych z gorszych gatunków stali nierdzewnej (o mniejszej zawartości chromu, niklu, manganu i molibdenu). | **TAK** |  |  |
|  | Podstawa w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu. Wysokość podstawy nie więcej niż 140 mm od podłogi. | **TAK** |  |  |
|  | Stół przejezdny - mobilny z mechanicznym systemem blokowania podstawy | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja podgłówka oraz podnóżków wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą | **TAK** |  |  |
|  | Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 z możliwością elektrohydraulicznego wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego z pilota – zarówno wypiętrzenie jak i ponowne poziomowanie blatu („zerowanie” wypiętrzenia) sterowane z pilota. | **TAK** |  |  |
|  | Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C (przesuw min. 400 mm)– prowadnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podgłówka, oparcia pleców i siedziska. | **TAK** |  |  |
|  | Materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, antystatyczne, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej | **TAK** |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie dynamiczne stołu: min. 275 kg | **TAK** |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg | **TAK** |  |  |
|  | Wyposażenie stołu :  - **pas udowy** do unieruchamiania ud pacjenta z dwoma nierdzewnymi zaczepami montowanymi na listwach bocznych stołu, pas o szerokości min. 100 mm – 1 szt.  - **oparcie boczne z dźwignią,** do stabilizacji pacjenta w pozycji bocznej – 2 szt.  - **blat do operacji ręki,** do przeprowadzania zabiegów i operacji kończyn górnych – 1 szt.  - **przystawka stabilizująca w operacjach łękotki**, do podpierania stawu kolanowego w pozycji leżącej pacjenta - 1 szt.  - **materac do kręgosłupa**, element stabilizujący tułów pacjenta w pozycji leżącej na brzuchu – 1 szt.  - **półwałek** wykonany z pianki poliuretanowej, prześwietlalny dla promieni RTG o wymiarach min. 120 mm x 180 mm x 500 mm – 1 szt.  - **system ogrzewania pacjenta** (zgodnie z opisem w tabeli poniżej ) – 1 kpl.  - **pozycjonery przeciwodleżynowe**, wykonane z medycznego żelu silikonowego, pokryte poliuretanem, rozkładające ciężar ciała i obniżające nacisk powierzchniowy do bezpiecznego poziomu, chroniące przed ryzykiem podrażnienia nerwów, wielokrotnego użytku, wodoszczelne, o właściwościach nie powodujących podrażnień dla skóry, do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami, żel nie wycieka w przypadku przecięcia powłoki, przezierne dla promieni  RTG, nieprzewodzące ładunków elektrycznych, wolne od lateksu:  - Podkowa pod głowę dla dorosłych o wymiarach min. 200 x 50 mm – 1 szt.  - Podkowa pod głowę dla młodzieży o wymiarach min. 140 x 35 mm – 1szt.  - Krążek pod głowę dla dorosłych o wymiarach min. 200 x 45 mm – 1 szt.  - Krążek pod głowę dla młodzieży o wymiarach min. 140 x 35 mm – 1 szt.  - Podkładka pod rękę o wymiarach min. 600 x 125 x 10 mm – 2 szt.  - Podkład pod pięty, ochrona ścięgna Achillesa o wymiarach min. 180 x 100 x 70 mm – 1 para  - **pozycjoner głowy i szyi** z otworem w postawie, z podporą odcinka szyjnego oraz z dwoma podpórkami bocznymi będący anatomicznym odlewem wykonanym z pianki wyskoelastycznej z bezszwową, membranową powłoką ochronną, umożliwiającym ułożenie i pełną stabilizacji głowy pod różnym kątem, możliwość stabilizacji pozycjonera na stole zabiegowym – antypoślizgowa podstawa pozycjonera, rozmiar:  L – dla pacjentów o obwodzie głowy 55-68 cm, o własnościach przeciwodleżynowych, eliminujący nacisk na kość potyliczną oraz zmniejszający nacisk powierzchniowy na pozostałych obszarach głowy do bezpiecznego poziomu, wyposażony w wyprofilowane uchwyty umożliwiające przekładanie pacjenta razem z pozycjonerem, o konstrukcji zapewniającej swobodny przepływ powietrza, przeznaczony do dezynfekcji środkami na bazie alkoholu, nie zawierający lateksu, nie powodujący zakłóceń podczas badań RTG i CT - 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta | **TAK** |  |  |
|  | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności | **TAK** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **System ogrzewania pacjenta** | | | | |
| **Lp** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. | System do ogrzewania pacjenta na sali operacyjnej oraz pooperacyjnej, składający się z jednostki sterującej oraz materaca grzewczego | **TAK** |  |  |
| 2. | System działający w technologii włókien węglowych – zapewniający suche grzanie kontaktowe bez udziału wody lub powietrza. | **TAK** |  |  |
| 3. | Jednostka sterująca z możliwością podłączenia i sterowania jednym elementem grzewczym | **TAK** |  |  |
| 4. | Możliwość zamocowania jednostki sterującej do stojaka do kroplówek, zawieszenia na relingu lub postawienia. | **TAK** |  |  |
| 5. | Jednostka sterująca wyposażona w uchwyt do przenoszenia | **TAK** |  |  |
| 6. | Możliwość regulacji temperatury w zakresie 30-40˚C ze skokiem co 0,1˚C. | **TAK** |  |  |
| 7. | Ekran ciekłokrystaliczny wyświetlający następujące informacje:  - temperatura zaprogramowana,  - aktualna temperatura materaca grzewczego,  - temperatura ciała pacjenta - w przypadku podłączenia czujnika zewnętrznego,  - moc grzania – wskaźnik słupkowy,  - nazwa podłączonego elementu grzewczego. | **TAK** |  |  |
| 8. | Sterowanie urządzeniem za pomocą panelu z przyciskami membranowymi | **TAK** |  |  |
| 9. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów – wejście w tryb ustawień uruchamiane jest osobnym przyciskiem i wymaga zatwierdzenia wybranej temperatury ogrzewania | **TAK** |  |  |
| 10. | Alarmy: odchylenia temperatury; wysokiej temperatury; rozłączenia elementu grzewczego; niedogrzania, - z możliwością wyciszenia; | **TAK** |  |  |
| 11. | Alarm zaniku zasilania | **TAK** |  |  |
| 12. | Komunikaty alarmowe i ostrzegawcze wyświetlane w języku polskim na wyświetlaczu | **TAK** |  |  |
| 13. | Automatyczny wyłącznik bezpieczeństwa w przypadku przegrzania | **TAK** |  |  |
| 14. | Wbudowany moduł do pomiaru temperatury ciała pacjenta czujnikiem zewnętrznym powierzchniowym, w kpl. czujnik wielokrotnego użytku dla dorosłych. | **TAK** |  |  |
| 15 | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 4***

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

**APARAT DO MAGNETOTERAPI - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji min. 2021 | **TAK** |  |  |
|  | Aparat do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwości | **TAK** |  |  |
|  | Aparat z dwukanałowym generatorem pola magnetycznego | **TAK** |  |  |
|  | Min. 5” wyświetlacz dotykowy | **TAK** |  |  |
|  | W pamięci aparatu programy z wizualizacją 3D dla wybranego zabiegu min. 200 | **TAK** |  |  |
|  | Obsługa trybu dualnego | **TAK** |  |  |
|  | Min. dwa współpracujące symultanicznie aplikatory: szpulowy o działaniu ogólnoustrojowym i aplikator płaski o działaniu miejscowym | **TAK** |  |  |
|  | Zmienna częstotliwość terapeutyczna w zakresie min. 0-50 Hz w trakcie trwania zabiegu | **TAK** |  |  |
|  | Jeden kanał zabiegowy | **TAK** |  |  |
|  | Tryb manualny | **TAK** |  |  |
|  | Baza programów użytkownika – min. 50, sekwencji użytkownika - min. 10, ulubione | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość edytowania nazw programów i sekwencji użytkownika | **TAK** |  |  |
|  | Opis metodyki zabiegu | **TAK** |  |  |
|  | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnalizatora dźwiękowego | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary: max. 35x30x12cm (±1 cm) | **TAK** |  |  |
|  | Ciężar sterownika max. 8 kg | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość pracy min. 2-140 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Parametry trybu przerywanego impuls 1s/ przerwa w zakresie 0,5 – 8s | **TAK** |  |  |
|  | Spektrum częstotliwości 0-50 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Zegar zabiegowy min. 30s – 60 min | **TAK** |  |  |
|  | Aplikator szpulowy o średnicy min. 35 cm przeznaczony do współpracy z aparatem do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwości z wbudowanym oświetlaczem – wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego oraz wbudowaną poduszkę w miejscu aplikacji dla pacjenta w trakcie zabiegu | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora: 10 mT | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalna indukcja znamionowa przy ściance aplikatora: 12 mT | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalna wartość zmiany indukcji: 24 mT | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary aplikatora: 44x32x46 cm +/- 0,3 cm | **TAK** |  |  |
|  | Na wyposażeniu z aplikatorem stolik o wymiarach max. 60x50x78 cm; min. 2 półki- nośność każdej z półek min. 25kg; waga wózka maksymalnie 17kg | **TAK** |  |  |
|  | Aplikator szpulowy o średnicy min. 60 cm przeznaczony do współpracy z aparatem do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwości z wbudowanym oświetlaczem – wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego. Aplikator zintegrowany z leżanką za pomocą systemu jezdnego | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora: 4 mT | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalna indukcja znamionowa przy ściance aplikatora: 6 mT | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalna wartość zmiany indukcji: 12 mT | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary aplikatora: 68x24 cm +/- 0,3 cm | **TAK** |  |  |
|  | Leżanka pola magnetycznego współpracująca z aplikatorem o średnicy min. 60 cm | **TAK** |  |  |
|  | Materiały wykorzystane w konstrukcji leżanki nie zakłócające sił pola magnetycznego z zagłówkiem | **TAK** |  |  |
|  | Nośność leżanki do 135kg | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary leżanki maksymalnie 55x 215x60 cm | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 5***

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

**WANNA DO KONCZYN DOLNYCH - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie do masażu wirowego stóp i podudzi | **TAK** |  |  |
|  | Wanna wyposażona w minimum 35 dysz | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wybrania koloru niecki przez Zamawiającego z palety min. 2 kolorów | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne zużycie wody podczas wykonywania zabiegu 45l | **TAK** |  |  |
|  | Niecka wanny wykonana z akrylu wzmocnionego matami z włókna szklanego | **TAK** |  |  |
|  | Regulowany system napowietrzania strumienia wody | **TAK** |  |  |
|  | Wanna wyposażona w elektroniczny panel sterowania z nastawami czasu zabiegu w przedziale min. 1-30 min | **TAK** |  |  |
|  | System zabezpieczający pompę przed pracą na sucho | **TAK** |  |  |
|  | System odkamieniania sterowany elektronicznie | **TAK** |  |  |
|  | Wanna wyposażona w czujniki wypełnienia wodą oraz temperatury wody | **TAK** |  |  |
|  | Wanna wyposażona w system półautomatycznego opróżniania niecki | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wypoziomowania urządzenia | **TAK** |  |  |
|  | Na wyposażeniu wanny: krzesło obrotowe oraz prysznic stanowiący integralny element urządzenia wraz z zaworem | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne wymiary urządzenia: długość 100cm x wysokość 65 cm x szerokość 90 cm ± 5 cm | **TAK** |  |  |
|  | Pojemność min. 65l | **TAK** |  |  |
|  | Waga maksymalna urządzenia bez wody 45kg | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja: 24 miesiące | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 6***

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

**SSAK RATOWNICZY- 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Przenośny z zasilaniem 12V i 230V + płyta ścienna | **TAK** |  |  |
|  | Wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia | **TAK** |  |  |
|  | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności | **TAK** |  |  |
|  | Słój o pojemność 1 l, umieszczony w koszyku zabezpieczającym, na jednorazowe wkłady na odessaną treść | **TAK** |  |  |
|  | Precyzyjna, elektronicznie kontrolowana i regulowana siła ssania w zakresie -0,1 do -0,8 bar wybierana przez naciśnięcie klawisza | **TAK** |  |  |
|  | Podświetlane wskaźniki przy klawiszach sterujących umożliwiające odczyt wybranego podciśnienia w warunkach ograniczonej widoczności  Przepływ 34 l/min +/- 4l bez obciążenia | **TAK** |  |  |
|  | Pełna informacja o stanie naładowania baterii | **TAK** |  |  |
|  | Ciężar kompletnego ssaka ok. 4,3 kg | **TAK** |  |  |
|  | Temperatura pracy od - 5 do 50 ºC | **TAK** |  |  |
|  | Temperatura przechowywania od - 40 do 70 ºC | **TAK** |  |  |
|  | Czas pracy minimum 60 min bez podłączenia do zasilania. | **TAK** |  |  |
|  | Żywotność akumulatora ok 500 cykli | **TAK** |  |  |
|  | Ładowanie akumulatora do poziomu 100% 4h, do poziomu 80% ok 2 h 40 min | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zamocowania w karetce - | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  deklaracja zgodności oraz oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

### 

***Zadanie Nr 7***

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

**DIATERMIA DO ENDOSKOPII- 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Aparat fabrycznie nowy. Rok produkcji min. 2021 | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do cięcia i koagulacji oraz koagulacji argonowej w zabiegach endoskopowych. | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz. | **TAK** |  |  |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/-10% | **TAK** |  |  |
|  | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji. | **TAK** |  |  |
|  | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe. Klasa I CF. | **TAK** |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów. | **TAK** |  |  |
|  | Aparat z wewnętrznym modułem argonowym (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania. | **TAK** |  |  |
|  | Wewnętrzny układ symulujący podłączenie pacjenta, który każdorazowo po włączeniu aparatu testuje kalibrację toru mocy, gwarantując prawidłowy dobór mocy podczas zabiegu. | **TAK** |  |  |
|  | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego. | **TAK** |  |  |
|  | Czytelny kolorowy, ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy nie mniejszy niż 7” | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość regulacji jasności ekranu w co najmniej dziesięciostopniowej skali lub regulacja płynna | **TAK** |  |  |
|  | Komunikacja w języku polskim. | **TAK** |  |  |
|  | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. | **TAK** |  |  |
|  | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana alarmem oraz komunikatem na ekranie. | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w 2 niezależne wyjścia z rozpoznawaniem podłączonych instrumentów:   * dla narzędzi argonowych * dla narzędzi mono / bipolarnych nieargonowych. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji co najmniej 5 poziomów lub płynna regulacja (bez możliwości całkowitego wyciszenia). | **TAK** |  |  |
|  | Widok aktualnie aktywowanego trybu pracy na ekranie głównym aparatu. | **TAK** |  |  |
|  | Sygnalizacja akustyczna aktywowanego trybu pracy. | **TAK** |  |  |
|  | Aktywacja funkcji cięcia, koagulacji oraz plazmy argonowej przy użyciu jednego 3-przyciskowego włącznika nożnego. | **TAK** |  |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem, wyświetlanym na ekranie urządzenia. | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim. | **TAK** |  |  |
|  | Aparat wyposażony w system automatycznego doboru mocy wyjściowej cięcia i koagulacji w zależności od parametrów tkanki, szybkości cięcia oraz elektrody. | **TAK** |  |  |
|  | Monitor mocy informujący o mocy średniej i szczytowej podczas procesu cięcia | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej cięcia endoskopowego w zakresie do min. 400W. | **TAK** |  |  |
|  | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia i koagulacji monopolarnej. | **TAK** |  |  |
|  | Minimum 4 tryby cięcia, w tym tryby do zabiegów polipektomii, papillotomii oraz mukozektomii. | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej koagulacji monopolarnej w zakresie do min. 200W. | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej koagulacji monopolarnej endoskopowej w zakresie do min. 40W. | **TAK** |  |  |
|  | Minimum 2 rodzaje koagulacji monopolarnej w tym koagulacja przeznaczona do zabiegów endoskopowych | **TAK** |  |  |
|  | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego rodzaju koagulacji monopolarnej kontaktowej | **TAK** |  |  |
|  | Koagulacja plazmą argonową z mocą do min. 40W | **TAK** |  |  |
|  | Min. 2 rodzaje koagulacji plazmą argonową w tym koagulacja pulsacyjna | **TAK** |  |  |
|  | Koagulacja bipolarna endoskopowa z automatyczną regulacją mocy wyjściowej w zakresie do min. 60W. | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu. | **TAK** |  |  |
|  | Informacja o podłączonym instrumencie widoczna na aktywnym panelu sterowania. | **TAK** |  |  |
|  | Informacja na wyświetlaczu o wartości nastawionego przepływu argonu dla plazmy argonowej. | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja przepływu argonu w zakresie od min. 0,5 do 3 l/min. z krokiem co 0,1 l/min. | **TAK** |  |  |
|  | Funkcja napełnienia instrumentów argonem przed aktywacją plazmy argonowej. | **TAK** |  |  |
|  | Funkcja zabezpieczająca przed aktywacją plazmy argonowej przed wypełnieniem przewodów argonem | **TAK** |  |  |
|  | Włącznik nożny 3-przyciskowy do aktywacji cięcia, koagulacji i plazmy argonowej, przewodowy – 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, kompatybilne z system monitorowania aplikacji elektrody neutralnej – 50 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Kabel elektrod jednorazowych dł. 3m – 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Wielorazowy kabel do podłączenia elektrody argonowej giętkiej dł. min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Wielorazowa elektroda argonowa giętka, długość 2.2m, średnica 2.3mm, w komplecie z adapterem do czyszczenia 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Butla argonowa 5L – 1szt. | **TAK** |  |  |
|  | Reduktor argonowy – 1szt. | **TAK** |  |  |
|  | Wielorazowy kabel do podłączenia pętli do polipektomii dł. min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Koszyk na butlę argonową mocowany do szyny – 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja na aparat min. 36 miesięcy | **TAK** |  |  |
|  | Serwis na terenie Polski (proszę wykaz dołączyć do oferty) | **TAK** |  |  |
|  | Odpowiedź serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym do 24 h w okresie pogwarancyjnym – do 48 h. | **TAK** |  |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 3 dni – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja sprzedaży części zamiennych i dostępności serwisu pogwarancyjnego – min. 10 lat | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 8***

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

**SZAFA DLA ENDOSKOPÓW - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Szafa na 6 endoskopów elastycznych z system uchwytów dla kolonoskopu i gastroskopów | **TAK** |  |  |
|  | Podwójne drzwi z zamkiem dla każdych drzwi | **TAK** |  |  |
|  | Uchwyty do otwierania drzwi wykonane ze stali nierdzewnej | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość regulacji rozstawu wieszaków | **TAK** |  |  |
|  | Wieszaki wykonane ze stali nierdzewnej | **TAK** |  |  |
|  | Taca ociekowa | **TAK** |  |  |
|  | Zestaw gąbek ochronnych na końcówkę dystalną endoskopu – 50szt | **TAK** |  |  |
|  | Kolor do wyboru z palety RAL – przy zamówieniu | **TAK** |  |  |
|  | Malowana proszkowo | **TAK** |  |  |
|  | Pełne drzwi bez elementów szklanych | **TAK** |  |  |
|  | System uchwytów dla endoskopów typu bezświatłowodowego i światłowodowego – uchwyty w dolnej części komory bez konieczności skręcania endoskopu. | **TAK** |  |  |
|  | Uchwyty lub adaptery do uchwytów kompatybilne z endoskopami Pentax |  |  |  |
|  | Uchwyty wykonane ze stali nierdzewnej | **TAK** |  |  |
|  | Miękkie wygłuszenie tylnej ściany z elementów miękkich dla bezpieczeństwa endoskopów. | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 1***

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

**OTOSKOP - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Oświetlenie LED w technologii światłowodowej | **TAK** |  |  |
| **2** | Strumień światła min. 18,0 lumena | **TAK** |  |  |
| **3** | Żarówka LED | **TAK** |  |  |
| **4** | Powiększenie min. 3x | **TAK** |  |  |
| **5** | Zestaw wzierników min. 3 mm – 5 mm | **TAK** |  |  |
| **6** | Zasilanie bateryjne | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 2***

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

**LAMPA SOLLUX - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Promiennik IR-1 370 W | **TAK** |  |  |
| **2** | Zasilanie 230 V, 50 Hz | **TAK** |  |  |
| **3** | Chłodzenie – wymuszone | **TAK** |  |  |
| **4** | Odległość naświetleń: bez filtrów:35-55cm z filtrami:10-30cm  Filtry w zestawie: czerwony, niebieski. | **TAK** |  |  |
| **5** | * Statyw z podstawą jezdną i hamulcem | **TAK** |  |  |
| **6** | Gęstość mocy promieniowania ≥0,3W/cm2 | **TAK** |  |  |
| **7** | Wyposażenie: okulary ochronne pacjenta i operatora : 8 szt. | **TAK** |  |  |
| **8** | Płynna regulacja mocy. Regulacja jasności świecenia. | **TAK** |  |  |
| **9** | Regulacja kąta nachylenia tubusa lampy | **TAK** |  |  |
| **10** | Wyświetlanie jasności i czasu naświetlania. | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 3***

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

**PIŁKA GIMNASTYCZNA - 4 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Maksymalne obciążenie 0-280kg | **TAK** |  |  |
| **2** | Powierzchnia antypoślizgowa | **TAK** |  |  |
| **3** | Średnica:  65cm -1 szt.  75 cm -2 szt.  85 cm- 1 szt. | **TAK** |  |  |
| **4** | Materiał PVC | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 4***

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

**APARAT RR AUTOMATYCZNY - 3 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Certyfikat ESH | **TAK** |  |  |
| 1. **1** | IHB (wskaźnik nieregularnej pracy serca) | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar automatyczny | **TAK** |  |  |
|  | W zestawie dwa mankiety S/M oraz L/XL | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiaru tętna 40–199 uderzeń/min | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia 0 - 300 mmHg | **TAK** |  |  |
|  | Dokładność wskazania ciśnienia  +/- 3 mmHg | **TAK** |  |  |
|  | Dokładność wskazania tętna  +/- 5 % | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie: baterie | **TAK** |  |  |
|  | Czytelny wyświetlacz. | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 5***

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

**APARAT EKG - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Ekran – kolorowy, dotykowy min. 7` | **TAK** |  |  |
| 1. **1** | Klawiatura - alfanumeryczna | **TAK** |  |  |
|  | Interfejs komunikacyjny : 3x USB: USB device, USB host/ Ethernet, WiFi | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary: 258mmx199mmx50mm ± 10mm (dł. x szer. x wys.) | **TAK** |  |  |
|  | Waga < 1,3 kg | **TAK** |  |  |
|  | Szerokość papieru:110-112 mm | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowana drukarka | **TAK** |  |  |
|  | Wyświetlane odprowadzenia:  1/3/6/12 | **TAK** |  |  |
|  | Drukowane odprowadzenia:  1/3/6/12 | **TAK** |  |  |
|  | Tryb rejestracji: auto, manual. | **TAK** |  |  |
|  | Zapis wsteczny EKG | **TAK** |  |  |
|  | Wydruk rytmów –dodatkowych odprowadzeń | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Pamięć aparatu: 1000 badań | **TAK** |  |  |
|  | Podgląd badania z pamięci aparatu | **TAK** |  |  |
|  | Czas pracy na baterii 130 badań | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-25 (baza CSE) - wyniki interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Kontrola podpięcia elektrod (INOP) | **TAK** |  |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa stanu naładowania i rozładowania baterii | **TAK** |  |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa i graficzna złego kontaktu elektrod | **TAK** |  |  |
|  | Zapis i odczyt badania z PenDrive | **TAK** |  |  |
|  | Eksport badania w formacie PDF | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych:  50 Hz, 60 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych:  25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Rozdzielczość przetwornika:  12 bit | **TAK** |  |  |
|  | Filtr linii izoelektrycznej:  0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Czułość (mm/mV):  2,5 / 5 / 10 / 20 mm/mV | **TAK** |  |  |
|  | Prędkość (mm/s):  5 / 6,25 / 10 / 12,5 / 25 / 50 mm/s | **TAK** |  |  |
|  | Menu w języku polskim. | **TAK** |  |  |
|  | Wózek z kółkami | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 6***

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

**APARAT EKG - 3 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Ekran: Kolorowy, dotykowy LCD 4,3’ | **TAK** |  |  |
| 1. **1** | Klawiatura : Alfanumeryczna | **TAK** |  |  |
|  | Interfejs kominikacyjny: USB | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary 220x153x55 ±10 mm | **TAK** |  |  |
|  | Waga < 0,6 kg | **TAK** |  |  |
|  | Szerokość papieru : 58 mm ± 10 mm | **TAK** |  |  |
|  | Drukarka wewnętrzna | **TAK** |  |  |
|  | Wyświetlane odprowadzenia: 3/6/12 | **TAK** |  |  |
|  | Drukowane odprowadzanie: 1/3/6/12 dla wybranej grupy | **TAK** |  |  |
|  | Tryb rejestracji: auto, manual | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Pamięć wewnętrzna do 1000 badań | **TAK** |  |  |
|  | Czas pracy na baterii Do 130 badań w trybie auto | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-25 (baza CSE) - wyniki interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Detekcja stymulatora serca | **TAK** |  |  |
|  | INOP – kontrola podpięcia elektrod | **TAK** |  |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa stanu naładowania i rozładowania baterii | **TAK** |  |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa i graficzna złego kontaktu elektrod | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych  50 Hz, 60 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych  25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Rozdzielczość przetwornika  12 bit | **TAK** |  |  |
|  | Filtr linii izoelektrycznej  0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Czułość (mm/mV)  2,5 / 5 / 10 / 20 | **TAK** |  |  |
|  | Prędkość (mm/s)  5 / 6,25 / 10 / 12,5 / 25 / 50 | **TAK** |  |  |
|  | Menu w języku polskim | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 7***

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

**TORBA PIELĘGNIARSKA**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Wymiary: 400 x 250 x 210 mm (± 20 mm) | **TAK** |  |  |
|  | Materiał zmywalny i wodoodporny. | **TAK** |  |  |
| 1. **1** | Kieszenie wewnętrzne: min. 3 | **TAK** |  |  |
|  | Kieszenie zewnętrzne: min. 3 | **TAK** |  |  |
|  | W zestawie izotermiczne ampularium na ampułki, pojemnik na zużyte igły oraz wkład chłodzący pomocny w utrzymaniu pożądanej temperatury wewnątrz izotermy przez długi czas | **TAK** |  |  |
|  | Łatwe do dostosowania do własnych potrzeb wnętrze. | **TAK** |  |  |
|  | Uchwyt umożliwiający wygodne przenoszenie | **TAK** |  |  |

***Zadanie Nr 9 Pozycja Nr 8***

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

**MATERACE PRZECIWODLEŻYNOWE - 10 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1.** | Konstrukcja bąbelkowa | **TAK** |  |  |
| **2.** | Wymiary materaca: 198 x 86 x 6,5 cm ± 1 cm | **TAK** |  |  |
| **3.** | Maksymalne bezpieczne obciążenie: 130 kg ± 5 kg | **TAK** |  |  |
| **4.** | Wymiary pompy: 24,5 x 12 x 9,3 cm | **TAK** |  |  |
| **5.** | Zakres ciśnienia: 45 - 110 mmhg± 5 mmhg | **TAK** |  |  |
| **6.** | Wydajność pompy: min. 4,5 l/min. | **TAK** |  |  |
| **7.** | 2 naprzemiennie napełniające się sekcje | **TAK** |  |  |
| **8.** | Czas cyklu: 12 minut | **TAK** |  |  |
| **9.** | PCV wykonany z łatwego do czyszczenia, medycznego PVC | **TAK** |  |  |
| **10.** | W komplecie zestaw naprawczy | **TAK** |  |  |
| **11.** | W zestawie haki do zawieszenia pompy | **TAK** |  |  |
| **12.** | Wydłużenie materiału na końcach zapobiegające przesuwaniu się materaca | **TAK** |  |  |
| **13.** | Cicha pompa (<31db) | **TAK** |  |  |