



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



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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. | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 | |
| II. | Parametry techniczne: Komplet zapasowych jednorazowych łyżek do Videolaryngoskopu – 30 kpl. | | |
| 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 | Nielamiwe, przezroczyste tworzywo | TAK | |
| II. | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 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 |
|-----------|--|-------------------|-------------------|
| I. | Parametry techniczne | | |
| 1 | Średnica kanału roboczego – min. 2,8 mm | TAK | |
| 2 | Średnica zewnętrzna wziernika– max 6,4 mm | TAK | |
| 3 | Średnica zewnętrzna końcówki dystalnej – max 6,1 mm | TAK | |
| 4 | Chip CCD w końcówce endoskopu z obrazowaniem w pełnej wysokiej rozdzielczości HDTV | TAK | |
| 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 | TAK | |
| 6 | Kąt obserwacji – min. 120 st. funkcją zoom sterowaną przyciskiem na rękojeści endoskopu | TAK | |
| 7 | Wlot kanału biopsyjnego typu Luer | TAK | |
| 8 | Aparat dostosowany do funkcji BAL | TAK | |
| 9 | Zawór testera szczelności w konektorze | TAK | |
| 10 | Min. 4 przyciski dowolnie programowalne znajdujące się na rękojeści endoskopu z możliwością niezależnej rejestracji zdjęć i filmów | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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. | Warunki gwarancji: | | |
| 1 | Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące, zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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. | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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. | Parametry techniczne: Monitor z torem wizyjnym i wózkiem do Bronchowideoskopu – 1 kpl. | | |
| 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 bronchowideofiberoskopem bez konieczności zakupu dodatkowych części | TAK | |
| II. | Warunki gwarancji: | | |
| 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. | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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. | Parametry techniczne – Myjnia 1 szt. | | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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"> • faza mycia wstępnego czystą wodą, • faza mycia za pomocą środka enzymatycznego (detergentu), • faza płukania enzymatycznego, • faza środka dezynfekującego, • faza płukania po dezynfekcji, • faza przedmuchiwania/suszenia (przedmuchiwane są wszystkie kanały endoskopu) | 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 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 | |
| III, | Warunki gwarancji: | | |
| 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 | |
| III, | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 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 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 |
|----|---|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa | TAK | |
| 2 | Defibrylacja ręczna i tryb AED | TAK | |
| 3 | Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm | TAK | |
| 4 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci wykrywający ruch pacjenta. | TAK | |
| 5 | Zakres wyboru energii w J 2-360 J w trybie manualnym. | TAK | |
| 6 | Zakres wyboru energii w J 150J-360J w trybie AED. | TAK | |
| 7 | Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej – min. 25 | TAK | |
| 8 | Czas ładowania do energii 200 J poniżej 3 s | TAK | |
| 9 | Ekran monitora kolorowy | TAK | |
| 10 | Przekątna ekranu monitora minimum 6,5 cali | TAK | |
| 11 | Zasilanie sieciowo – akumulatorowe | TAK | |
| 12 | Możliwość wykonania kardiowersji | TAK | |
| 13 | Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem do 6,5 kg | TAK | |
| 14 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | TAK | |
| 15 | Wydruk zapisu na papierze o szerokości do 50mm | TAK | |
| 16 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V | TAK | |
| 17 | Monitorowanie EKG - przewody dla 3/7 odprowadzeń | TAK | |
| 18 | Zakres pomiaru tętna min. 20 - 300 u/min | TAK | |
| 19 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG – min. 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; 0,5; 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 4 cm/Mv | TAK | |
| 20 | Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno - stymulacyjne | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 | TAK | |
| 22 | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. 10-150 mA | TAK | |
| 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 | TAK | |
| 24 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie. | TAK | |
| 25 | Defibrylacja ręczna i tryb AED | TAK | |
| Warunki gwarancji: | | | |
| 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 | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 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 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 |
|----|--|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 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, wężem oraz wtykiem AGA | TAK | |
| 2 | Uchwyt dla pojemników – sprężynowy na szynę DIN/MODURA. | TAK | |
| 3 | Pojemnik dla wkładu jednorazowego na wydzielinę max. 2 litry. | TAK | |
| 4 | Wkład jednorazowy do pojemnika poz.3 | TAK | |
| 5 | Pierścień ABS podtrzymujący pojemnik max. 30x5. | TAK | |
| 6 | Pojemnik wkładu jednorazowego na wydzielinę max. 1 litr. | | |
| 7 | Wkładu jednorazowego na wydzielinę poz.6 | TAK | |
| 8 | Pojemnik wielorazowej sterylizacji do systemu ssącego max. 1.7L | TAK | |
| 9 | Dren silikonowy max. średnica zew. 12x2,5 do ssaka medycznego | TAK | |
| 10 | Filtr antybakteryjny do ssaka medycznego | TAK | |
| 11 | Regulacja podciśnienia za pomocą pokrętła w zakresie od 0 do 0,9 bar | TAK | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 1 | Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | TAK, podać | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 amawiającego dodatkowych kosztów.

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



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 |
|----|---|-------------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Przystosowany dla osoby dorosłej. Pojemność min. 1700ml | TAK | |
| 2 | Zastawka ciśnieniowa min. 40cm H2O | TAK | |
| 3 | Możliwość mycia i dezynfekcji | TAK | |
| 4 | Wielorazowa i wielokrotnego użycia rezerwuar tlenowy | TAK | |
| 5 | Masek twarzowa dla osób dorosłych min. rozmiar M – 10 szt. oraz L - 10 szt. | TAK, podać ilość | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 1 | Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | TAK | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 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 |
|----|---|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Monitor przystosowany do transportu, waga max. 4,5 kg. | TAK | |
| 2 | Światło alarmu. | TAK | |
| 3 | Akumulator . Czas pracy min. 180 min. Czas ładowania poniżej 4h | TAK | |
| 4 | Wskaźnik naładowania akumulatora bezpośrednio na akumulatorze | TAK | |
| 5 | Wszystkie mierzone parametry wyświetlane jednocześnie na ekranie. | TAK | |
| 6 | Klawisze bezpośredniego dostępu na obudowie monitora, min. NIBP start/stop, zrzut ekranu, wyciszenie alarmów, powrót do ekranu głównego, trendy | TAK | |
| 7 | Możliwość rozbudowy o port synchronizacji z defibrylatorem oraz port do systemu przywoływania pielęgniarki. | TAK | |
| 8 | Porty pomiarowe kodowane za pomocą różnych kolorów. | TAK | |
| 9 | Ekran monitora, dotykowy, pojemnościowej, o przekątnej min. 12" i rozdzielczości min. 1280x800. Możliwość podłączenia ekranu powielającego | TAK | |
| 10 | Możliwość wyświetlania min. 6 krzywych wraz z odpowiadającymi parametrami . | TAK | |
| 11 | Rekonfiguracja ekranu po pojawieniu się nowych mierzonych parametrów (modułu, przewody). | TAK | |
| 12 | Alarmy wizualne i dźwiękowe uzależnione od stopnia alarmu. | TAK | |
| 13 | min. 3 kategorie alarmów, dodatkowo alarmy informacyjne (techniczne) | TAK | |
| 14 | Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych. | TAK | |
| 15 | Pauza alarmu min. 2 min. | TAK | |
| 16 | Historia alarmów min. 20 przypadków z zapisem daty, stopnia oraz opisem alarmu | TAK | |
| 17 | Trendy numeryczne i graficzne z min. 72h (także trendy ST), rozdzielczość min. 1 min. | TAK | |
| 18 | Min. 24 różne parametry wyświetlane w postaci trendu graficznego | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 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 | |
| Warunki gwarancji: | | | |
| 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 | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 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 |
|----|---|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Zestaw zapewniający wielokrotną dekontaminację i możliwość wielokrotnego wykorzystania | TAK | |
| 2 | Nieprzepuszczalności w stosunku do patogenów chorobotwórczych | TAK | |
| 3 | Torba ochronna wykonana z tkaniny PES powlekanej obustronnie PCW o grubości co najmniej 0,4 mm | TAK | |
| 4 | Rękawice wykonane z tkaniny powlekanej kauczukiem nitylowym | TAK | |
| 5 | Konstrukcja umożliwiająca otwarcie izolatora w stopniu umożliwiającym sprawny załadunek pacjenta | TAK | |
| 6 | Powłoka górna izolatora wykonana z materiału przezroczystego, umożliwiającego obserwację pacjenta | TAK | |
| 7 | Dostęp do pacjenta zapewniany przez 4 rękawy zakończone rękawicami, umożliwiające manewrowanie przy uszkodzonym bez otwierania całego izolatora | TAK | |
| 8 | Gazoszczelny zamek | TAK | |
| 9 | Możliwość podawania płynów oraz wentylacji zastępczej realizowane poprzez 4 uszczelniane porty | TAK | |
| 10 | Możliwość dezynfekcji | TAK | |
| 11 | Min. 3 wewnętrzne pasy umożliwiające stabilizację pacjenta wewnątrz izolatora | TAK | |
| 12 | Urządzenie działające w trybie podciśnienia i nadciśnienia za pomocą jednostki filtrująco-wentylującej i 5 filtrów, pozwalających na 4 do 5 godzin pracy urządzenia | TAK | |
| 13 | Zasilanie poprzez akumulator o żywotności co najmniej 450 cykli ładowania | TAK | |
| 14 | W komplecie zestaw naprawczy z łatanami i klejem | TAK | |
| 15 | Torba na cały zestaw | TAK | |
| 16 | Maksymalne wymiary w stanie rozłożenia 203 cm x 64 cm x 56 cm | TAK | |
| 17 | Waga całkowita urządzenia do 18 kg | TAK | |
| 18 | Zestaw powinien zawierać: komorę izolacyjną, jednostkę filtrująco-wentylacyjną z filtrem P3, torbę do transportu | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 | |
| Warunki gwarancji: | | | |
| 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 | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 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 |
|----|--|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | TAK | |
| 2 | Zasilanie 230V 50 Hz | TAK | |
| 3 | Waga pompy do 2,30 kg | TAK, podać | |
| 4 | Wymiary pompy 215 x 96 x 169 (mm) (+/- 10 mm), wymiary pompy z uchwytem mocującym 290 x 98 x 220 (mm) (+/- 10 mm) | TAK | |
| 5 | Stopień ochrony co najmniej IP34 | TAK | |
| 6 | Kolorowy wyświetlacz czytelny pod kątem co najmniej 80° | TAK | |
| 7 | Wbudowany uchwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych, oraz szyn poziomych | TAK | |
| 8 | Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy | TAK | |
| 9 | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej – min. 3 pompy na jednym uchwycie | TAK | |
| 10 | Strzykawka mocowana od przodu | TAK | |
| 11 | Klawiatura symboliczna | TAK | |
| 12 | Menu pompy w języku polskim | TAK | |
| 13 | Instrukcja obsługi zaimplementowana w menu pompy, ułatwiająca pracę na każdym etapie | TAK | |
| 14 | Napęd strzykawki półautomatyczny z zabezpieczeniem przed niekontrolowaną podażą | TAK | |
| 15 | Strzykawka nie może być usunięta z pompy poprzez pociągnięcie za linię infuzyjną podłączoną do strzykawki | TAK | |
| 16 | Zatraskowe mocowanie i współpraca ze stacją dokującą | TAK | |
| 17 | Komunikacja pomiędzy pompą a stacją dokującą odbywa się za pośrednictwem IrDA | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 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 | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 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 | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 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 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 |
|-----------------------------|---|-------------------------|-------------------|
| Parametry techniczne | | | |
| 1 | Monitor kolorowy z ekranem dotykowym min. 12 cali | TAK, podać | |
| 2 | Rozdzielczość min. 800x600 | TAK, podać | |
| 3 | System kompatybilny z dowolnym cewnikiem tętnicznym i przetwornikiem ciśnienia krwi dostępnym na rynku | TAK | |
| 4 | Metoda pomiaru analityczna rejestrowania ciśnienia tętniczego PRAM | TAK | |
| 5 | Zestaw kompletny z oprogramowaniem przygotowany do pracy bez żadnych ukrytych kosztów | TAK | |
| 6 | Gotowy do pracy - brak konieczności wykonania kalibracji wstępnej i podczas pracy | TAK | |
| 7 | Czas pracy na akumulatorze min. 20 min. | TAK | |
| 8 | Walidacja od masy ciała pacjenta | TAK, podać | |
| 9 | Złącze min. HDMI, USB | TAK, podać ilość | |
| 10 | Personalizacja wskaźników | TAK, podać | |
| 11 | Edycja min. osi czasu, amplitudy, wykresów krzywej ciśnienia i trendów | TAK | |
| 12 | Rejestracja zdarzeń i incydentów | TAK | |
| 13 | Masa do 5 kg | TAK | |
| 14 | Parametry systemowe | TAK, podać | |
| 15 | Parametry hemodynamiczne | TAK, podać | |
| Warunki gwarancji: | | | |
| 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 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 | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 | |

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



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 ₂ 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 | |
| Respirator, tryby wentylacji | | | |
| 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 ₂ na 100% powietrze - po zaniku N ₂ O na 100% O ₂ - po zaniku Powietrza na 100% O ₂ we wszystkich przypadkach bieżący przepływ Świeżych Gazów pozostaje stały (nie zmienia się) | TAK | |
| 26 | Awaryjna podaż O ₂ i anestetyku z parownika po awarii zasilania sieciowego i rozładowanym akumulatorze | TAK | |
| Regulacje | | | |
| 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 ₂ O) | TAK | |
| 33 | Wspomaganie ciśnieniowe w trybie PSV regulowane w zakresie od 3 cmH ₂ O do co najmniej 60 cmH ₂ 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 ₂ O); wymagana funkcja WYŁ (OFF) | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 | |
| | Prezentacje | | |
| 38 | Prezentacja krzywych w czasie rzeczywistym: p(t), CO2(t), prezentacja pętli p-V, V-przepływ | TAK | |
| | Funkcjonalność | | |
| 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 | |
| | Alarmy | | |
| 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 | |
| | Inne | | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 ₂ ,N ₂ 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 | |
| Akcesoria dodatkowe | | | |
| 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 | |
| Monitor do aparatu, wymagania ogólne | | | |
| 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 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 | |
| Możliwość monitorowania parametrów | | | |
| Pomiar EKG | | | |
| 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 | |
| Pomiar sytuacji i tętna (SpO2) | | | |
| 77 | System monitorowania SpO2 Nellcor zapewniający pomiar przy słabym lub zakłóconym sygnale. Wyświetlanie wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej | TAK | |
| Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi | | | |
| 78 | Pomiar ciśnienia ręczny i automatyczny z ustawianym czasem powtarzania | TAK | |
| 79 | Dokładność pomiaru +/- 5 mmHg | | |
| Inwazyjny pomiar ciśnienia | | | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 | |
| Pomiar temperatury | | | |
| 81 | Wyświetlacz temperatury T1, T2 i różnicy temperatur | TAK | |
| 82 | Dokładność pomiaru +/- 0,1 st C | TAK | |
| Zwiotczenie i głębokość anestezji | | | |
| 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"> – Train Of Four, obliczanie T1/T4 i Tref/T4 – TOF z ustawianymi odstępami automatycznych pomiarów – Tetanus 50 Hz – Single Twitch | TAK | |
| 85 | Możliwość pomiaru: <ul style="list-style-type: none"> - NMT - Entropii - SPI | TAK | |
| Wymagane akcesoria pomiarowe | | | |
| 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 | |
| Warunki gwarancji: | | | |
| 92 | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 roboczych, po diagnozie uszkodzenia przez pracownika. | TAK | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 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 |
|----|--|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Rękojeść laryngoskopu światłowodowa, wielokrotnego użytku, wykonana zgodnie z zielonym standardem ISO 7376z | TAK | |
| 2 | Żarówka o napięciu do 2,5V | TAK | |
| 3 | Możliwość sterylizacji rękojeści i łyżek | TAK | |
| 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 | TAK | |
| 5 | Walizka waga z wyposażeniem do 3 kg | TAK | |
| 6 | Możliwość sterylizacji w autoklawie podać temp. | TAK | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 1 | Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | TAK, podać | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 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 |
|----|--|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Brak konieczności intubacji | TAK | |
| 2 | Maska pełno twarzowa | TAK | |
| 3 | Zastosowanie do terapii tlenowej nieinwazyjnej NIV | TAK | |
| 4 | Cało twarzowe rozmiar M 3 szt. | TAK | |
| 5 | Cało twarzowe rozmiar L 3 szt.. | TAK | |
| 6 | Nosowo - ustne Rozmiar M ilość 2 szt. | TAK | |
| 7 | Nosowo - ustne Rozmiar L ilość 2 szt. | TAK | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 1 | Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | TAK, podać | |
| 2 | Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) . | TAK | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 amawiającego dodatkowych kosztów.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 |
|----|---|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Wideobronchoskop zabiegowo-diagnostyczny – 1 szt. | TAK | |
| 2 | Videobronchoskop ze średnicą końcówki do 6mm i kanałem roboczym do 3 mm | TAK | |
| 3 | Video procesor z wbudowanym źródłem światła LED – 1 kpl. | TAK | |
| 4 | Obrazowanie w rozdzielczości 4K Ultra HD | TAK | |
| 5 | Wózek medyczny | TAK | |
| 6 | Monitor medyczny min. 20" z mocowaniem do wózka 4K Ultra HD | TAK | |
| 7 | Ultrasonograf DICOM | TAK | |
| 8 | USG | TAK | |
| 9 | Sonda USG z mini głowicą (radialna) | TAK | |
| 10 | Wytycznik archiwizacji | TAK | |
| 11 | Zastosowanie w dziedzinie Pulmunologii | TAK | |
| 12 | Zastosowanie do diagnostyki drzewa oskrzelowego z wykorzystaniem sond radialnych | TAK | |
| 13 | Zastosowanie do diagnostyki drzewa oskrzelowego z wykorzystaniem USG-EBUS | TAK | |
| 14 | Zestaw kompletny gotowy do uruchomienia bez żadnych ukrytych dodatkowych kosztów | TAK | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 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 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 10 dni roboczych | TAK | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 1 | Posiada certyfikat CE, Attest 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 amawiającego dodatkowych kosztów.

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





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 |
|----|--|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Monitor do kalorymetrii umożliwiający wykonanie badania u pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz oddychających spontanicznie | TAK | |
| 2 | Mierzone parametry min.: - zużycie tlenu VO ₂ - wydalanie dwutlenku węgla VCO ₂ - spoczynkowy wydatek energetyczny REE - współczynnik oddechowy RQ | TAK | |
| 3 | Zakres pomiaru REE min. 0-7000 kcal/dzień | TAK, PODAĆ | |
| 4 | Zakres pomiaru RQ min. 0-2 | TAK, PODAĆ | |
| 5 | Dokładność mierzonych parametrów max. +/- 5% | TAK, PODAĆ | |
| 6 | Min. 2 tryby przeprowadzania pomiaru: u pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz oddychających spontanicznie | TAK | |
| 7 | Czas trwania badania u pacjenta wentylowanego mechanicznie max. 30 min | TAK | |
| 8 | Czas trwania badania u pacjenta wentylowanego mechanicznie max. 70 min | TAK | |
| 9 | Czytelny, kolorowy wyświetlacz max. 11" | TAK | |
| 10 | Obsługa monitora przy użyciu ekranu dotykowego i przycisków funkcyjnych | TAK | |
| 11 | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK | |
| 12 | Akumulator umożliwiający działanie monitora bez podłączenia do sieci przez min 2h | TAK, PODAĆ | |
| 13 | Oprogramowanie urządzenia w języku polskim | TAK | |
| 14 | Możliwość eksportu wyniku badania na zewnętrzny nośnik Pendrive bądź przy użyciu bluetooth (min. 2 formaty eksportu wyniku) | TAK, PODAĆ | |
| 15 | Min. 2 porty USB | TAK | |
| 16 | Waga monitora do 5 kg | TAK, PODAĆ | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|----|--|------------|--|
| 17 | Uchwyt do przenoszenia monitora | TAK | |
| | Wyposażenie monitora | | |
| 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 | | TAK | |
| 22 | Kabel zasilający | TAK | |
| 23 | Kabel USB | TAK | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 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 48 godzin w dni robocze. W przypadku braku możliwości naprawy w powyższym czasie, Zamawiający wymaga dostarczenia urządzenia zastępczego. | TAK | |
| 5 | Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48h w dni robocze. | TAK | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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.



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

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



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|--|---|------------|--|
| 16 | Sygnalizacja dźwiękowa zwarcia lub przerwy w obwodzie elektrody | TAK | |
| 17 | Dwustopniowa sygnalizacja poziomu baterii, dźwiękowa oraz optyczna | TAK | |
| 18 | Zasilanie z baterii alkalicznych 9V | TAK | |
| 19 | Krokowa, dwustopniowa zmiana wszystkich parametrów | TAK | |
| 20 | Możliwość zablokowania ustawionych parametrów stymulacji przed niezamierzonymi zmianami | TAK | |
| 21 | Zabezpieczenie przed zewnętrzną defibrylacją | TAK | |
| 22 | Niezawodne mocowanie elektrod | TAK | |
| 23 | Wyświetlacz podświetlany | TAK | |
| 24 | Automatyczne, czasowe wygaszanie ekranu stymulatora | TAK | |
| 25 | Czas pracy stymulatora min. 25 dni | TAK | |
| 26 | Masa stymulatora (z baterią) do 300 g | TAK | |
| 27 | Możliwość stabilizacji stymulatora do ramienia pacjenta za pomocą taśmy | TAK | |
| 28 | Na wyposażeniu elektroda endokawitarna do czasowej stymulacji serca – 1 szt. oraz introduktor – 1 szt. | TAK | |
| Warunki gwarancji: | | | |
| 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 | |
| 5 | Dostawa, montaż, uruchomienie | TAK | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 | 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.



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

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

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



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|----|--|-------------|--|
| 16 | Elektryczna regulacja oparcia pleców w zakresie od 0o do 70o ± 3° | TAK | |
| 17 | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga - regulacja z panelu centralnego oraz z zewnętrznych paneli wbudowanych w poręcze boczne: 16o ± 3°. 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: 17o ± 3°. | TAK | |
| 19 | Elektryczna regulacja funkcji autokontur - jednoczesne uniesienia części plecowej do 70o ± 3° oraz segmentu uda do 40o ± 3° | TAK | |
| 20 | Elektryczna regulacja segmentu uda w zakresie od 0o do 40o ± 3° | 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, przezroczymi dla promieniowania RTG | TAK, | |
| 31 | 4 koła o średnicy min. 150 mm zaopatrzone w mechanizm centralnej blokady. Koła z tworzywowymi osłonami (widoczny tylko bieźnik) | TAK | |
| 32 | Dźwignie uruchamiające centralną blokadę kół umieszczone w dwóch narożach ramy podwozia łóżka od strony nóg pacjenta | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|----|---|-------------------|--|
| 33 | Prześwit pod podwoziem o wysokości min. 145 mm i na długości min. 1500 mm, aby umożliwić swobodny najazd podnośnika chorego | TAK | |
| 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 przewencyjny - 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 | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 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 | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|--|---|-----|--|
| 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 | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 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 |
|----|--|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Stelaż | TAK | |
| 2 | Pojemnik na płyn 5l | TAK | |
| 3 | Pompka w komplecie | TAK | |
| 4 | Stabilna konstrukcja stalowa odporna na środki dezynfekcyjne | TAK | |
| 5 | Podajnik typ „łokciowy” | TAK | |
| 6 | Uniwersalny, do zastosowania z każdym dostępnym na rynku płynem do dezynfekcji | TAK | |
| 7 | Łatwy w napełnianiu płynem i obsłudze konserwacyjnej | TAK | |
| 8 | Waga łączna ze statywem do 10 kg | TAK | |
| 9 | Wymiary: wys. min. 140cm szer i głębokość 30 cm (+/- 20) | TAK | |
| 10 | Kółka mocowane od spodu stelażu | TAK | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 1 | Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta. | TAK, podać | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 www.wss5.pl
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

□ □ ęść 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 |
|-----------|---|-------------------|-------------------|
| I | Parametry techniczne | | |
| 1 | Przepływowa lampa bakteriobójcza 1 sztuka o zasięgu działania lampy 20-25 m2 | TAK | |
| 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: jedna lampa - min.130 m3/h | TAK | |
| 12 | Dezynfekowana kubatura: jedna lampa – min.40 - 50 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 | |
| II | Parametry techniczne | | |





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|----------|---|------------|--|
| 1 | Przepływowa lampa bakterioobójcza 1 sztuka o zasięgu działania lampy 35-40 m2 | TAK | |
| 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. | Warunki gwarancji: | | |
| 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. | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 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 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 www.wss5.pl

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

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

☐ ZĘŚĆ 19

Wó☐k inwalid☐ki – 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 |
|----|---|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 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 | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 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 | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|----|---|-----|--|
| 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 | |

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 www.wss5.pl

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

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

☐ ZĘŚĆ 20

Wó☐k inwalid☐ki bariatry☐ny – 2 ☐t.

Model:

Typ:

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

Producent:

Kraj produkcji:

| Lp | Parametry wymagane | Parametr wymagany | Wartość oferowana |
|----|---|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 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 | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 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 | |
| | Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | |
| 1 | Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności | TAK | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl www.wss5.pl

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

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

| | | | |
|----|---|-----|--|
| 2 | Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf) | TAK | |
| 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 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 |
|-----|---|-------------------|-------------------|
| | Parametry techniczne | | |
| 1 | Kamera rejestrująca temperaturę osób wchodzących | TAK, | |
| 2 | Podgląd temperatury na ekranie monitora w odniesieniu do min. 2 osób wchodzących | TAK | |
| 3 | Tybr reprezentacji danych: a) termowizja z pomiarem temperatury b) wizja z pomiarem temperatury | TAK | |
| 4 | Monitor min 27 cali kolorowy z min. łączem HDMI | TAK | |
| 5 | Klawiatura i mysz bezprzewodowa | TAK | |
| 6 | Kamera Bazowa | TAK | |
| 7 | Alarmy dźwiękowy i świetlny | TAK | |
| 8 | Szafa z systemem i oprogramowaniem rejestrującym monitoring | TAK | |
| 9 | Czas rejestracji min 7 dni | TAK | |
| 10 | Wysięgnik ścienny do zmontowania monitora | TAK | |
| 11 | Zasięg działania kamery min 7 m | TAK | |
| 12 | Możliwość regulacji czasu nagrywania lub całkowitego wyłączenia tej opcji. | TAK | |
| 13. | Zestaw niezbędnych przewodów do podłączenia zestawu | TAK | |
| | Warunki gwarancji: | | |
| 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 | |



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: sekretariat@wss5.pl 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 | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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 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 |
|--|---|-------------------|-------------------|
| Parametry techniczne | | | |
| 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 | |
| Warunki gwarancji: | | | |
| 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 | |
| Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty | | | |
| 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)