**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Defibrylator + ładowarka – 5 szt.** | podać nazwę, producenta/…………………………… |
| 1 | Urządzenie zgodne z normą PN EN 60601-2-4 lub równoważne |  |
| 2 | Klasa bezpieczeństwa IP minimum IP 44 |  |
| 3 | Waga urządzenia z akumulatorami max. 10,0 kg |  |
| 5 | Urządzenie z codziennym autotestem realizujący się bez konieczności włączania urządzenia i udziału użytkownika, z automatyczną informacją o konieczności wykonania przeglądu okresowego |  |
| 6 | Wewnętrzną pamięć wszystkich rejestrowanych danych, umożliwia wprowadzanie danych identyfikacyjnych pacjentów |  |
| 7 | Wbudowana drukarka zasilaną taśmą szer. min. 90 mm |  |
| 8 | Ekran kolorowy, odporny na uszkodzenia mechaniczne o przekątnej min. 8” z wyświetlaniem min. 3-kanałowej prezentacji – np. krzywych EKG |  |
| 9 | Zasilanie przez dwa umieszczone w dedykowanych gniazdach w obudowie akumulatory (w komplecie dostawy), z funkcją ich automatycznego przełączania **PARAMETR NIEWYMAGANY DODATKOWO PUNKTOWANY** | TAK/NIE  |
| 10 | W dostawie łącznie 3 akumulatory Li-ION bez tzw. efektu pamięci, ze wskaźnikiem naładowania **PARAMETR NIEWYMAGANY DODATKOWO PUNKTOWANY** | TAK/NIE |
| 11 | Czas ciągłego monitorowania na 1 akumulatorze min. 180 min. |  |
| 12 | Załączona ładowarka zewnętrzna do akumulatorów pozwalająca na pracę z siecią 230 V i 12V DC, z min. 2 stanowiskami ładowania akumulatorów defibrylatora, z możliwością trwałego montażu w ambulansie. Przewód zasilający 12 V zakończony wtykiem IP – 34  |  |
| 13 | Funkcja defibrylacji dwufazowej 5-360 J (regulacja płynna lub skokowa z min. 20 poziomami wyboru), synchroniczna i asynchroniczna, wyzwalana w trybie ręcznym, opcjonalnie AED, z automatycznym wpływem impedancji ciała pacjenta na parametry defibrylacji |  |
| 14 | Urządzenie posiada wielorazowego użytku wielofunkcyjne „twarde łyżki” (z regulacją poziomu energii , przyciskami ładowania i wyładowania), jak i możliwość zamiennego użytkowania samoprzylepnych jednorazowych elektrod wielofunkcyjnych  |  |
| 15 | Monitorowanie i wydruk 12-odprowadzeniowego EKG z automatyczną interpretacją dokonanego zapisu (uwzględniające wiek i płeć pacjenta), z możliwością teletransmisji zapisu EKG w Systemie Life-Net,  |  |
| 16 | Moduł stymulacji przezskórnej z użyciem jednorazowych elektrod wielofunkcyjnych o zakresie energii 0-200 mA, f= 40-150/min., w trybie sztywnym i na żądanie. |  |
| 17 | Z modułem NIBP, z ustawianym interwałem czasowym pomiarów. W dostawie standardowy mankiet dla dorosłych, dodatkowo ponadwymiarowy, oraz dla dzieci |  |
| 18 | Z modułem Sp O2 z prezentacją wizualno-akustyczną cyfrowo lub/i analogowo, z załączonymi końcówkami pomiarowymi (z kompatybilnymi przewodami, gniazdami i wtykami) dla umownych zakresów: dla dorosłych, dla dzieci, dla niemowląt. 3 kompletne czujnik palcowe dla dorosłych, dzieci i niemowląt (tj. 3x czujnik oraz 3x adapter lub przedłużacz jeśli jest w zestawie. Długość zestawu 2 m-2,4 m.) |  |
| 19 | Z modułem etCO2 – z kompletem należnych akcesoriów (czujniki (2 szt. ,,na start” w komplecie), kompatybilne przewody łączące, gniazda i wtyki).  |  |
| 20 | Dostawa musi obejmować: -dedykowaną torbę transportową z 3 zasobnikami na akcesoria oraz uchwyt do transportu urządzenia przy noszach pacjenta-komplet łyżek pediatrycznych lub nakładki pediatryczne mocowane do łyżek twardych dla dorosłych.-przewód do elektrostymulacji przezskórnej-komplet przewodów EKG (p. główny + wiązka p. przedsercowych)-przewody zasilające ładowarkę dedykowane dla 230 V i 12 V DC-3 kpl. samoprzylepnych jednorazowych elektrod wielofunkcyjnych dla dorosłych i 3 kpl. dla dzieci- uchwyty montażowe dla defibrylatora i ładowarki zewnętrznej do ścian ambulansu |  |
| 21 | Dostawa obejmuje:1. Paszport techniczny
2. Dokument udzielonej gwarancji z wpisanym nr seryjnym urządzenia
3. Instrukcję w języku polskim
 |  |
| 22 | Gwarancja **min. 24 miesiące**, licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia Zamawiającemu, na cały defibrylator w powyższej konfiguracji ***– PARAMETR PUNKTOWANY*** Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/ ……………………………. |
| 23 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami gwarancyjnymi | podać nazwę serwisu, adres, telefon, fax/mail …………………………………………………….……………………………………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
|  **Ssak elektryczny przenośny – 10 szt.** | podać nazwę, producenta/………………………………. |
| 1 | zasilanie akumulatorowe 12 V |  |
| 2 | pojemnik na wydzielinę wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji w autoklawie o pojemności min. 1L. Możliwość zastosowania pojemników jednorazowych o poj. min. 1 l. |  |
| 3 | regulacja siły ssania za pomocą pokrętła regulacyjnego w zakresie 0-650 mmHg oraz manometrem siły ssania |  |
| 4 | przewód pacjenta |  |
| 5 | maksymalna wydajność ssania nie mniej niż 30l/min |  |
| 6 | czas pracy na akumulatorze min. 45 min |  |
| 7 | waga max. 4,5 kg |  |
| 8 | w zestawie:- uchwyt ścienny zgodny z normą PN EN 1789 spełniający funkcję stacji dokującej- paszport techniczny,- karta gwarancyjna,- instrukcja obsługi w j. polskim. |  |
| 9 | przewód zasilający 12V ssaka / stacji dokującej  |  |
| 10 | obudowa odporna na uszkodzenia mechaniczne, łatwo zmywalna, z uchwytem do przenoszenia  |  |
| 12 | w zestawie alternatywne dodatkowe wkłady /pojemniki jednorazowego użytku do zestawu o pojemności adekwatnej do pojemnika wielokrotnego użytku (min. 3 pojemniki) **PARAMETR PUNKTOWANY (niewymagany)**  | TAK/NIE |
| 13 | Gwarancja **min. 24 miesiące**, licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **PARAMETR PUNKTOWANY** Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |
| 14 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami gwarancyjnymi | podać nazwę serwisu, adres, telefon, fax/mail …………………………………………………..………………………………………………….. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Pulsoksymetr z kapnometrem – 10 szt.** | podać nazwę, producenta/………………………………. |
| 1 | zasilanie bateryjne: baterie typu AA o napięciu 1,5 V |  |
| 2 | komplet czujników klipsowych lub silikonowych – palcowych wielokrotnego użytku do pomiaru SpO2 (dla dorosłych, dzieci i niemowląt), kapnometr wraz z detekcją oddechu, kapnometr współpracujący z detektorem 9840 AAT |  |
| 3 | spełniający wymagania normy EN ISO 9919 lub rozwiązania równoważne |  |
| 4 | dodatkowo w zestawie :- kabel - jednorazowe końcówki (2 szt. ,,na start”) - pokrowiec transportowy,- przewód kapnometru z czujnikiem,- paszport techniczny,- instrukcja obsługi w j. polskim- karta gwarancyjna  |  |
| 5 | zakres pomiarów saturacji: 35-100 %, zakres pomiarów pulsu: 25-320/min, zakres pomiaru nasycenia EtCO2: 0 – 70 mmHg; detekcja oddechu - częstość oddechów np. od 0 do 70 |  |
| 6 | wyświetlacz LED alfanumeryczny dla saturacji, 3 cyfrowy  |  |
| 7 | wyświetlacz LED alfanumeryczny dla pulsu: 3 cyfrowy  |  |
| 8 | wskaźnik nasycenia EtCO2: cyfrowy i/lub analogowy sposób prezentacji wartości, wyświetlacz częstości oddechu  |  |
| 10 | gwarancja min. **24 miesiące,** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia – **PARAMETR PUNKTOWANY** Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |
| 11 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami gwarancyjnymi. | podać nazwę serwisu, adres, telefon, fax/mail …………………………………………………..………………………………………………….. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Nosze próżniowe – 10 szt.** | podać nazwę, producenta |
| 1 | wykonane z tekstyliów pokrytych z obu stron pokrywą PVC |  |
| 2 | wypełnienie umieszczone w specjalnych komorach, co uniemożliwia przesuwanie się granulatu pod ciałem pacjenta posiadający pasy zabezpieczające pacjenta, min. 8 uchwytów do przenoszenia  |  |
| 3 | przenikalny dla promieni X |  |
| 4 | łatwy w czyszczeniu i dezynfekcji |  |
| 5 | wymiary max.: 70-85 cm x 200 cm |  |
| 6 | waga: do 6 kg |  |
| 7 | w zestawie pompka odsysająca, torba lub pokrowiec transportowy. |  |
| 8 | gwarancja **min. 24 miesiące,** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **– PARAMETR PUNKTOWANY** Gwarancja obejmuje m.in:- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Plecak medyczny – 20 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 1 | wymiary max.: 50 x 55 x 30 cm, poj. 95 - 105 litrów  |  |
| 2 | plecak wykonany z wytrzymałego materiału zmywalnego certyfikowanego w technologii Precontraint lub równoważnego, gramatura 650 – 670 g/m2 |  |
| 3 | co najmniej 7 kieszeni zewnętrznych |  |
| 4 | plecak usztywniony z możliwością wyjęcia usztywnienia, usztywnienie wykonane z tworzywa sztucznego |  |
| 5 | co najmniej 2 komory wewnętrzne |  |
| 6 | wyposażony w dwa ampularia: na min. 80 ampułek i min. 8 ampułek |  |
| 7 | spód plecaka wzmocniony materiałem wodoodpornym, odpornym na ścieranie |  |
| 8 | elementy odblaskowe powinny posiadać certyfikat CE |  |
| 9 | końcówki suwaków zabezpieczone przed uszkodzeniem, wyposażone w dodatkowe sznurki  |  |
| 10 | w komorze wewnętrznej co najmniej 4 organizery zapinane na zamek, z przezroczystą ścianką umożliwiającą widok zawartości, mocowane na rzepy do ścianki plecaka |  |
| 11 | w komorze wewnętrznej możliwość umieszczania materiałów opatrunkowych z miejscem na drobny sprzęt- wykonanym z przezroczystej folii odpornej na zgniecenia (materiał PVC, wytrzymałość folii na temperaturę min. - 30Co, do + 66 Co, gramatura 450-480 g/m2) |  |
| 12 | klamry wykonane z tworzywa sztucznego lub metalu |  |
| 13 | kolor plecaka: odcienie czerwonego, z trwałym logo Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu |  |
| 14 | możliwość prania ręcznego lub automatycznego |  |
| 15 | gwarancja **min. 24 miesiące** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia – **PARAMETR PUNKTOWANY** Gwarancja obejmuje:- wymiana/ naprawa uszkodzonych części (dot. przetarcia materiału, rozerwanie szwów, zepsutych zamków itp.) zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
|  **Laryngoskop + łyżki (zestaw) – 10 szt.** | podać nazwę, producenta/ |
| 1 | Rękojeść wielokrotnego użytku do laryngoskopu uniwersalna do łyżek pediatrycznych oraz łyżek dla dorosłych; właściwości: źródło światła typu LED, kompatybilna z łyżkami światłowodowymi *,,zielony standard"* zasilanie bateryjne 2 x AA  |  |
| 2 | Łyżki jednokrotnego użytku kompatybilne z rękojeścią, rozmiary: Miller 00,0,1 |  |
| 3 | Łyżki jednokrotnego użytku kompatybilne z rękojeścią, rozmiary: Mc Intosh 1, 2, 3, 4, 5  |  |
| 4 | Gwarancja **min. 24 miesiące,** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **PARAMETR PUNKTOWANY**Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| 1. | **Aparat ciśnieniowy dla dorosłych – 37 szt.** | podać nazwę, producenta |
| 1.1) | aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy |  |
| 1.2) | zakres pomiaru od 0 do 300 mmHg |  |
| 1.3) | manometr w obudowie metalowej lub z tworzywa. |  |
| 1.4) | czytelna tarcza o średnicy min. 50 mm |  |
| 1.5) | wysokiej jakości mankiet dla dorosłych, wiązany, dł. min. 66 cm |  |
| 1.6) | gruszka z usztywnieniem |  |
| 1.7) | oznaczony znakiem CE |  |
| 1.8) |  w zestawie futerał lub etui |  |
| 1.9) | gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 2 | **Aparat ciśnieniowy dla dzieci – 3 szt.** | podać nazwę, producenta |
| 2.1) | aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy  |  |
| 2.2) | trzy mankiety dziecięce różnej szerokości |  |
| 2.3) | zakres pomiaru od 0 do 300 mmHg |  |
| 2.4) | czytelna tarcza o średnicy min. 50 mm |  |
| 2.5) | oznaczony znakiem CE |  |
| 2.6) | w zestawie futerał lub etui |  |
| 2.7) | gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 3 | **Stetoskop – 40 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 3.1) | stetoskop internistyczny, dwustronna głowica (lejek /membrana)  |  |
| 3.2) | głowica wykonana z wysokiej jakości stali nierdzewnej/aluminium |  |
| 3.3) | przewód łączący głowicę ze słuchawkami jednoprzewodowy, bez lateksu naturalnego w składzie |  |
| 3.4) | wymienne miękkie oliwki |  |
| 3.5) | w zestawie: zapasowa membrana, kpl. oliwek |  |
| 3.6) | oznaczony znakiem CE |  |
| 3.7) | gwarancja **min. 12 miesięcy** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia – **PARAMETR PUNKTOWANY** Gwarancja obejmuje:- wymiana/ naprawa uszkodzonych części zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 8**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Termometr do mierzenia temperatury bezdotykowy – 50 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 1 | Jednostka pomiaru ℃ |  |
| 2 | Tryby pracy: ciało (tryb regulowany) powierzchnia (tryb bezpośredni) |  |
| 3 | Miejsce pomiaru Czoło |  |
| 4 | Zakres pomiaru temperatur: tryb ciało: 34.0℃ - 43.0℃tryb powierzchnia: 0℃ - 100℃ |  |
| 5 | Dokładność pomiaru: tryb ciało: 34.0℃ - 34.9℃: ±0.3℃; 35.0℃ - 42.0℃:±0.2℃42.1℃ - 43.0℃:±0.3℃tryb powierzchnia: ±2℃ |  |
| 6 | Precyzja ekranu 0.1℃ |  |
| 7 | Trójkolorowe podświetlanie ekranu: zielony – Temperatura normalna (35.5-37.3°C) żółty (Lekka gorączka) (37.4-38.0°C (punkt alarmu) czerwony – Gorączka (38.1-43.0℃) |  |
| 8 | Czas automatycznego wyłączania ≤18s |  |
| 9 | Czas pomiaru ≤2S |  |
| 10 | Odległość termometru od miejsca pomiaru: 1 cm -5 cm |  |
| 11 | Ilość wyników zapisywanych w pamięci: 50 |  |
| 12 | Zasilanie: 2 baterie alkaliczne 1.5V typu AAA  |  |
| 13 | Zakres adaptacji napięcia 2.6V~3.6V |  |
| 14 | Warunki pracy: temperatura 15℃ - 40℃ wilgotność względna ≤85%, ciśnienie atmosferyczne 70 kPa - 106 kPa |  |
| 15 | gwarancja **min. 12 miesięcy** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia – **PARAMETR PUNKTOWANY** Gwarancja obejmuje:- wymiana/ naprawa uszkodzonych części zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 9**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Ssak mechaniczny – 10 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 1 | Przenośny przeznaczony do stosowania w ratownictwie medycznym o mocnej konstrukcji umożliwiającej użycie w trudnych warunkach  |  |
| 2 | Podwójny cylinder umożliwiający ssanie natychmiastowe i ciągłe |  |
| 3 | Moc ssania: 10 mm do 70 L/min.  |  |
| 4 | Obsługiwany nogą lub ręką |  |
| 5 | Rozmiar zbiornika: 600 ml |  |
| 6 | Podciśnienie: 600 mm Hg |  |
| 7 | Ciężar do 1,5 kg |  |
| 8 | Zasilanie: 12 V  |  |
| 9 | Możliwość stosowania wymiennych pojemników jednorazowego użytku |  |
| 10 | Gwarancja **min. 24 miesiące,** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **PARAMETR PUNKTOWANY**Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
|  **Lampa UV - C przenośna – 20 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 1 | Lampa UV - C przenośna na statywie na kółkach umożliwiające łatwy transport i zmianę ustawień lampy bez licznika czasu pracy  |  |
| 2 | napięcie zasilania: 230 V 50 Hz |  |
| 3 | pobór mocy: 33 W |  |
| 4 | element emitujący promieniowanie UV-C: 1x30W; promieniowanie UV-C o długości fali min. 250 nm |  |
| 5 | natężenie promieniowania UV-C w odległości 1 m : 2,3 W / m2 |  |
| 6 | trwałość promiennika : 8000 h |  |
| 7 | dezynfekowana powierzchnia: min. 10 -15 m2 |  |
| 8 | obrót lampy (możliwość ustawienia kąta naświetlenia): 270 ° |  |
| 9 | klasa zabezpieczenia ppor.: I |  |
| 10 | typ obudowy : IP 20 |  |
| 11 | rodzaj pracy: ciągła |  |
| 12 | wymiary kopuły: ca 950 x 85 x 135 mm |  |
| 13 | masa kopuły: do 3 kg |  |
| 14 | wysokość statywu: 1 800 mm |  |
| 15 | Gwarancja: **min. 24 miesiące**, licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **PARAMETR PUNKTOWANY**Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 11**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Worek samorozprężalny – 12 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 1 | **Worek samorozprężalny dla dorosłych z maską 4 i 5 – 10 szt.** |  |
| 1.1) | Wielokrotnego użytku worek samorozprężalny z zastawką jednokierunkową |  |
| 1.2) | Worek wykonany ze sprężystego silikonu |  |
| 1.3) | Worek wyposażony w uchwyt ułatwiający trzymanie w dłoni |  |
| 1.4) | Worek wyposażony w zawór ograniczający ciśnienie w drogach oddechowych pacjenta |  |
| 1.5) | Wentylacja pacjentów o masie ciała >30 kg |  |
| 1.6) | Worek wyposażony w rezerwuar tlenu |  |
| 1.7) | Objętość worka 1400 – 1500 ml |  |
| 1.8) | Złącze pacjenta do podłączenia maski 22 mm |  |
| 1.9) | Przeznaczony do wielokrotnej sterylizacji włącznie z rezerwuarem tlenu w autoklawie w temp. 134oC |  |
| 2 | **Worek samorozprężalny dla dzieci z maską 1, 2 i 3 – 2 szt.** |  |
| 2.1) | Wielokrotnego użytku worek samorozprężalny z zastawką jednokierunkową |  |
| 2.2) | Worek wykonany ze sprężystego silikonu |  |
| 2.3) | Worek wyposażony w uchwyt ułatwiający trzymanie w dłoni |  |
| 2.4) | Worek wyposażony w zawór ograniczający ciśnienie w drogach oddechowych pacjenta |  |
| 2.5) | Wentylacja pacjentów o masie ciała 10- 30 kg |  |
| 2.6) | Worek wyposażony w rezerwuar tlenu |  |
| 2.7) | Objętość worka 630 – 645 ml |  |
| 2.8) | Złącze pacjenta do podłączenia maski 22 mm |  |
| 2.9) | Przeznaczony do wielokrotnej sterylizacji włącznie z rezerwuarem tlenu w autoklawie w temp. 134oC |  |
| 3 | gwarancja dot. poz. 1 i 2 **min. 12 miesięcy**, licząc od dnia dostawy Zamawiającemu ***– PARAMETR PUNKTOWANY*** Gwarancja obejmuje:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- wymiana/ naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 12**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
|  | podać nazwę, producenta |
| 1 | **Krzesełko kardiologiczne – 5 szt.** |  |
| 2 | krzesełko transportowe wykonane z wysokiej jakości aluminium |  |
| 3 | siedzisko i oparcie wykonane z materiału łatwo zmywalnego, odpornego na środki dezynfekcyjne oraz nie absorbującego wydzielin i płynów, |  |
| 4 |  blokada dla pozycji siedzącej |  |
| 5 |  6 uchwytów transportowych: 2 komplety w tylnej części, 1 komplet w przedniej części wydłużane teleskopowo z blokadą położenia |  |
| 6 | 4 duże koła, w tym 2 przednie skrętne (o 360o) z hamulcem |  |
| 7 | co najmniej 3 pasy zabezpieczające pacjenta |  |
| 9 | wymiary: max. 72 x 52 x 93 cm  |  |
| 10 | dopuszczalne obciążenie - minimum 150 kg |  |
| 11 | w zestawie:- paszport techniczny- karta gwarancyjna- instrukcja obsługi w j. polskim. |  |
| 12 | waga kompletnego krzesełka max 9 kg  |  |
| 13 | Gwarancja: **min. 24 miesiące,** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **PARAMETR PUNKTOWANY**Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych.  | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 13**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
|  **Krzesełko kardiologiczne ze schodołazem – 1 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 1 | transportowe z mechanicznym systemem trakcyjnym zamontowanym na stałe  |  |
| 2 | waga max. krzesełka do 15 kg |  |
| 3 | prześwit pomiędzy szynami trakcyjnymi a podłogą (2,2 cm)  |  |
| 4 | obrotowe kółka przednie o średnicy ca 10 cm i duże kółka tylne o średnicy ca 15 cm |  |
| 5 | duża powierzchnia siedziska i oparcia min. 1250 cm2 | proszę podać  |
| 6 | uchwyty umożliwiające ustawienie w 5-ciu pozycjach |  |
| 7 | podparcie nóg dla pacjenta |  |
| 8 | udźwig do 220 kg |  |
| 9 | Wysokość: ca 950 mm |  |
| 10 | Głębokość:rozłożone ca 1300 mmzłożone ca 730 mm |  |
| 11 | Szerokość: nie większa niż 530 mm |  |
| 12 | Kosz siatkowy, dodatkowe pasy do przechowywania akcesoriów tj. np. butla tlenowa  |  |
| 13 | Gwarancja: **min. 24 miesiące,** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **PARAMETR PUNKTOWANY**Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Załącznik nr ….. do UMOWY**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla poszczególnych zadań**

**ZADANIE NR 14**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p**. | **Minimalne parametry sprzętu** | **Parametry / warunki oferowane***(należy opisać zaoferowane parametry)* |
| **Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej – 10 szt.**  | podać nazwę, producenta |
| 1 | Sposób realizacji masażu według obowiązujących wytycznych ERC |  |
| 2 | Częstość kompresji zakres 100 – 120 uciśnięć na minutę, osiągalna w przedziale temp. +15oC ÷ +35oC |  |
| 3 | Głębokość kompresji w przedziale 5 – 6 cm |  |
| 4 | Cykl pracy 50% kompresja /50% dekompresja |  |
| 5 | Aktywna relaksacja klatki piersiowej za pomocą ssawki **PARAMETR PUNKTOWANY (niewymagany)** | TAK/NIE  |
| 6 | Zasilanie urządzenia elektryczne |  |
| 7 | Klasa ochronności urządzenia min. IP 43 |  |
| 8 | Źródło zasilania- akumulator wewnętrzny- zasilanie 12 V DC ( ze ściany karetki)- zasilanie 230 V AC |  |
| 9 | Ładowanie akumulatorów - czas ładowania akumulatora w urządzeniu (bez wyjmowania) w temp. Pokojowej – max. 120 minut- możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu ( ładowarka wbudowana w urządzenie ) |  |
| 10 | Czas pracy urządzenia - ciągła i nieprzerwana kompresja urządzenia przy zasilaniu z akumulatora – min. 45 minut- możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta |  |
| 11 | Transmisja danych - możliwość bezprzewodowej transmisji danych raportu z RKO przez moduł Bluetooth do komputera  |  |
| 12 |  W zestawie:- dodatkowa niezależna ładowarka z uchwytem do montażu w ambulansie. Zasilanie 12V prądu stałego,- przewód zasilający ładowarkę zakończony wtykiem IP-34.- torba lub kontener transportowy. Wymiary maksymalne urządzenia w torbie lub kontenerze transportowym wysokość ca 65 cm x szerokość ca 51 cm x głębokość ca 26 cm- stabilizator / deska ułożenia pod plecy pacjenta- system stabilizacji ułożenia pacjenta względem urządzenia zapewniający właściwy masaż (np. pasy do unieruchomienia rąk pacjenta do urządzenia)- akumulator min. 2 szt.- elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (ssawka) min. 10 szt.- wbudowana ładowarka do akumulatora- paszport techniczny, karta gwarancyjna- instrukcja obsługi w j. polskim |  |
| 13 | Waga urządzenia maksymalnie 9 kg w gotowości do użycia ≤ 8 kg **PARAMETR PUNKTOWANY (niewymagany)** | TAK/NIE  |
| 14 | Gwarancja: **min. 24 miesiące,** licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia **PARAMETR PUNKTOWANY**Gwarancja obejmuje:- przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta w ramach ceny sprzedaży, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację min. 1 raz na rok tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 175 oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana/ naprawa uszkodzonych części,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | podać okres gwarancji/……………………………. |
| 15 | Serwisowanie urządzenia na terenie Polski**PARAMETR PUNKTOWANY (niewymagany)** | TAK/NIE |
| 16 | Należy podać: wykaz dostawców części zamiennych, zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania sprzętu. |  |
| 17 | Należy podać: wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności fachowej instalacji, okresowej konserwacji, doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa, okresowych lub doraźnych przeglądów | podać nazwę, adres, telefon, fax/mail …………………………………………………..………………………………………………….. |
| 18 | Należy wskazać dostępność oraz możliwość zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego przez okres 10 lat od daty zakupu  |  |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): [………………………..]