**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**W ZAKRESIE DOTYCZĄCYM WYPOSAŻENIA PRZEDZAŁU MEDYCZNEGO W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych minimalnych warunków i parametrów techniczno-użytkowych** | **Potwierdzenie spełnienia warunku/ parametru****Tak/nie** | **Parametry oferowanego urządzenia** **(np. waga urządzenia 4 kg)** | **Podać nazwę i nr strony dokumentu potwierdzającego parametry urządzenia****(np. instrukcja użytkowania str. 42)** |
| **1.** | **NOSZE GŁÓWNE****producent…………………..………****marka……………………………….****model……………………………….**  |
| 1. Nosze wykonane z materiału odpornego na korozję, stopu aluminium, włókna węglowego, możliwość prowadzenia bokiem przez jedną osobę z dowolnej strony noszy. Będą posiadały system niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku do pojazdu sanitarnego i rozładunku pozwalając na wprowadzenie zestawu transportowego do pojazdu sanitarnego przez 1 osobę, co minimalizuje ryzyko urazów operatora noszy. Rama noszy wykonana z profili o przekroju np. prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia). Wszystkie powierzchnie pokryte antybakteryjnie, antykorozyjnie lakierem proszkowym o tzw. ”porach zamkniętych”.

Posiadające elementy odblaskowe. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Płynna regulacja nachylenia oparcia pod plecami – 90 stopni;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu i ułożenie na wznak;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Komplet pasów zabezpieczających o regulowanej długości – pasy szelkowe i pasy poprzeczne mocowane bezpośrednio do ramy noszy;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Teleskopowo składany statyw na płyny infuzyjne na wyposażeniu;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość wprowadzenia noszy na transporter przodem i tyłem do kierunku jazdy. 4xkółka wszystkie obrotowe w zakresie 360 stopni z możliwością blokowania 2 kółek do pozycji stałej, hamulce na 2 kółkach;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Cienki, niesprężynujący materac anatomiczny z tworzywa sztucznego, umożliwiający ustawienie wszystkich pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, odporny na środki dezynfekujące, nieabsorbujący krwi i płynów oraz poduszka anatomiczna;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Składane poręcze boczne;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wysuwane, teleskopowe rączki z przodu i z tyłu noszy do przenoszenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Elementy obsługowe noszy trwale oznakowane;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga do 23 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Dopuszczalne obciążenie min. 250 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać dopuszczalne obciążenie w kg: |  |
| 1. Zgodne z normą PN-EN 1865-3+A1 2015;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **2.** | **TRANSPORTER NOSZY** **producent……………………….** **marka……………….…………….** **model………………….………….** |
| 1. Transporter wykonany z materiału odpornego na korozję;
 | TAK/NIE\* | Podać rodzaj materiału: |  |
| 1. System bezpiecznej obsługi, również przez jedną osobę – niezależne składanie goleni przednich i tylnych przy podtrzymaniu ciężaru całego zestawu jedną parą goleni w czasie wprowadzania i wyprowadzania z ambulansu
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Szybki i łatwy system połączenia z noszami, zabezpieczenie poprzez dodatkowy zatrzask, który zniweluje ryzyko wypięcie się noszy podczas jazdy;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Regulacja wysokości na minimum 5 poziomach wysokości;
 | TAK/NIE\* | Podać ilość poziomów regulacji: |  |
| 1. Transporter wyposażony w 4 koła o średnicy 15-20 cm, umożliwiające prowadzenie noszy różnych rodzajach podłoża, 2 kółek do pozycji stałej, ~~hamulce na 2 kółkach;~~
 | TAK/NIE\* | Podać średnicę kół w cm: |  |
| 1. Koła obrotowe 360 stopni, hamulce co najmniej na kołach tylnych goleni;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość blokowania kół – jazda na wprost, jazda bokiem lub koła skrętne;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość prowadzenia noszy bokiem przez jedna osobę z dowolnej strony;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość ustawienia pozycji drenażowych – Trendelenburga i Fowlera;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wszystkie powierzchnie kryte antybakteryjnie, antykorozyjnie lakierem proszkowym o tzw. ”porach zamkniętych”;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga zestawu do 51 kg
 | TAK/NIE\* | podać wagę w kg: |  |
| 1. Obciążenie dopuszczalne 270 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maksymalne dopuszczalne obciążenie w kg: |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-3+A1 2015;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Mocowanie transportera do lawety zgodne z normą PN-EN 1789: 2021-02.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. trwałe oznaczenia instrukcji obsługi za pomocą piktogramów.
 | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. elementy odblaskowe
 | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **3.** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE:** **producent……………………….** **marka……………….…………****model…………………………** |
| 1. Składane, z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem; z kpl. 3 pasów bezpieczeństwa;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Elastyczne pokrycie z miękkiego tworzywa sztucznego, umożliwiające szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji lub krzesełko kardiologiczne wyposażone w twarde siedzisko i oparcie wykonane z termoplastycznego tworzywa, zamontowane do ramy krzesełka (nie do ramy noszy);
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wysuwany uchwyt ramy oparcia;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zdejmowane pokrowce, odporne na działanie środków dezynfekujących;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Min 2 skrętne kółka, ewentualnie tylne rolki system gąsienicowy (schodołazy), umożliwiające bezpieczne poruszanie się w górę i dół schodów ()
 | TAK/NIE\* | podać ilość skrętnych kół: |  |
| 1. Regulowany hamulec gąsienic;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Rączki przednie teleskopowe z regulacją ich długości oraz ze składanymi lub uchylnymi rączkami tylnymi;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wyposażone w blokadę przypadkowego złożenia w trakcie transportu;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga poniżej 10 kg
 | TAK/NIE\* | podać wagę w kg: |  |
| 1. Max. obciążenie powyżej 150 kg
 | TAK/NIE\* | podać max obciążenie w kg: |  |
| 1. Zgodne z normą PN-EN 1865-3+A1 2015.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **4.** | **DEFIBRYLATOR:** **producent……………………….** **marka……………….……………** **model…………………………….** |
| 1. Defibrylator transportowy półautomatyczny AED z możliwością przełączenia na ręczny tryb pracy;
 | TAK/NIE\* | Podać tryby pracy: |  |
| 1. Fala defibrylacyjna dwufazowa z kompensacją impedancji tkanek;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Energia defibrylacji regulowana do 360 J, dopuszczalny jest defibrylator o obniżonej regulowanej energii defibrylacji do 200 J;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres energii defibrylacji: |  |
| 1. Czas ładowania energii do 10 sek.;
 | TAK/NIE\* | Podać czas ładowania w sek.: |  |
| 1. Wyświetlanie poziomu energii defibrylacji na wyświetlaczu;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Defibrylator wyposażony w elektrody do defibrylacji dla dorosłych – 3 pary elektrod oraz dzieci – 2 pary elektrod, termin ważności minimum – 2 lata;
 | TAK/NIE\* | Podać ilość i rodzaj elektrod: |  |
| 1. Tryb AED wyposażony w algorytm zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Komunikaty głosowe i tekstowe prowadzące ratownika przez pełną sekwencję działań;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość czasowego lub całkowitego wyciszenia alarmów
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie: akumulatory ładowalne lub baterie zużywalne (naładowane), w zestawie ładowarka do akumulatora, napięcie zasilania ładowarki 230 V 50 Hz;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. W przypadku zaoferowania urządzenia z zasilaniem przez baterie zużywalne czas przydatności do użycia baterii min. 3 lata, ze wskaźnikiem stanu naładowania na obudowie baterii lub na ekranie defibrylatora;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Czas pracy przy dla całkowicie naładowanego akumulatora/baterii minimum 4 godziny monitorowania lub minimum 100 wyładowań defibrylacyjnych;
 | TAK/NIE\* | Podać czas pracy w godz. lub ilości wyładowań: |  |
| 1. Wyświetlacz LCD z podwójną warstwa ochronną, wytrzymujący uderzenia klamki, rączki noszy;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Monitorowanie minimum - 12 odprowadzeń EKG, niezbędne wyposażenie w komplecie;
 | TAK/NIE\* | Podać ilość odprowadzeni EKG: |  |
| 1. Prędkość przesuwu krzywej EKG – 25 mm/s lub 50 mm/s;
 | TAK/NIE\* | Podać prędkość przesuwu: |  |
| 1. Wzmocnienie sygnału EKG od 5 do 20 mm/mV lub defibrylator z automatycznym wzmocnieniem sygnału EKG zapewniającym czytelną prezentację krzywej na ekranie;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość monitorowania pulsu, EKG, NIBP (zakresu pomiaru skurczowego ciśnienia krwi, tlenku węgla, rytmu serca, SpO2 (za pomocą czujnika na palec – czujnik pulsoksymetrii na palcowy dla dorosłych i dzieci na wyposażeniu);
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wbudowany czytnik kart pamięci z dołączoną kartą pamięci o pojemności minimum 4 GB lub pamięć wewnętrzna min 100 zdarzeń do zapisywania monitorowanych parametrów oraz zdarzeń z możliwością późniejszej analizy;
 | TAK/NIE\* | Podać rodzaj i pojemność pamięci: |  |
| 1. Temperatura pracy od 0 st. C do 40 st. C;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. Pracy w st. C.: |  |
| 1. Temperatura przechowywania od -20 st. C do 60 st. C;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. Przechowywania w st. C.: |  |
| 1. Stopień ochrony nim. IP43;
 | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony: |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 60601-1:2011, PN-EN 60601-1-2:2015-11;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Defibrylator umieszczony w jednym zestawie transportowym (obudowa transportowa) z zestawem tlenowym i respiratorem. Obudowa mocowana w pojeździe sanitarnym zgodnie z normą PN-EN 1865-3+A1 2015. Możliwość zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku lub na ramieniu;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Dopuszczalny jest defibrylator jako odrębne urządzenie zgodne z normą PN-EN 1789: 2021-02 z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym za pomocą mocowania naściennego. Uchwyt naścienny w komplecie. Możliwość zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku lub na ramieniu.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE, certyfikat CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. wbudowana drukarka – możliwość druku ręcznego lub automatycznego.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **5.** | **SSAK MEDYCZNY:** **producent……………………….** **marka……………….…………..** **model……………………………**  |
| 1. Ssak elektryczny, akumulatorowy przenośny, wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie z sieci 12 V DC, kabel do zasilania 12 V w komplecie;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie oraz ładowanie akumulatora z sieci 230 V 50 Hz, zasilacz w komplecie;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przepływ minimalny bez obciążenia 25 litrów/min.;
 | TAK/NIE\* | Podać przepływ minimalny bez obciążenia: |  |
| 1. Siła ssania regulowana w zakresie -0,1 bar do -0,8 bar.;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji siły ssania: |  |
| 1. Elektroniczna lub mechaniczna kontrola ciśnienia ssania;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Czas pracy akumulatora minimum 45 min. przy ciągłym maksymalnym obciążeniu;
 | TAK/NIE\* | Podać czas pracy akumulatora przy ciągłym maks. Obciążeniu: |  |
| 1. Informacja o stanie naładowania baterii na panelu kontrolnym ssaka;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zabezpieczenie przed wnikaniem płynów do wnętrza ssaka, filtr zabezpieczający przed zanieczyszczeniem pompy;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zbiornik na wydzielinę wielokrotnego użytku o pojemności 1000 ml, przystosowany do dezynfekcji w płynach, zabezpieczenie przed uszkodzeniem zbiornika, zawór zabezpieczający przed przepełnieniem zbiornika;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Obudowa ssaka wykonana z tworzywa o wysokiej wytrzymałości mechanicznej;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Kabel do zasilania 12 V w komplecie;
 |  |  |  |
| 1. Stopień ochrony minimum IP34;
 | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony: |  |
| 1. Przechowywanie i użytkowanie w temperaturach określonych w normie PN-EN 1789: 2021-02;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zgodny z normą EN 60601-1, EN 60601-1-12;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Urządzenie zgodne z normą PN-EN 1865-3+A1 2015 z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym za pomocą mocowania naściennego. Uchwyt naścienny w komplecie;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE, certyfikat CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. waga z pełnym wyposażeniem nie większa niż 6 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać wagę urządzenia z wyposażeniem w kg: |  |
| **6.** | **MATERAC PRÓŻNIOWY PODCIŚNIENIOWY DLA DOROSŁYCH:** **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Materac wyposażony w system pasów spinających efektywnie stabilizujących poszkodowanego;
 | TAK/NIE\* | podać ilość pasów spinających: |  |
| 1. Materac ze wzmacnianą dopinaną podłogą zabezpieczająca przed rozszczelnieniem, powleczony z obu stron powłoka PCV, co ułatwia czyszczenie i dezynfekcję, tworzywo odporne na działanie płynów fizjologicznych oraz środków do dezynfekcji powierzchni;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Materac z uchwytami rozmieszczonymi na obwodzie materaca służącymi do przenoszenia (min. 8 uchwytów, preferowane 10);
 | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów: |  |
| 1. W komplecie:
* pompka dwukierunkowa z możliwością nadmuchiwania i odciągania powietrza lub pompka jednokierunkowa służąca do odpompowania powietrza, w sytuacji gdy wypełnienie materaca powietrzem następuje samoistnie poprzez odkręcenie zaworu;
* prosty zestaw naprawczy;
* przenikalny dla promieni X;
* torba transportowa na kompletny zestaw z oznaczeniem;
 | TAK/NIE\* | Podać skład kompletu: |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-3+A1 2015;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. minimalna długość materaca 1800 mm;
 | TAK/NIE\* | Podać wymiary materaca: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **7.** | **RESPIRATOR:** **producent………………….………………** **marka……………………………………….** **model……………………………………….**  |
| 1. Zgodny z normą IEC 601-1, PN-EN 60601-1:2011, PN-EN 794-3+A2:2010;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Aparat przeznaczony do wentylacji dorosłych i dzieci od wagi 5 kg.;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie respiratora pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu o ciśnieniu min. 2,7 – 6,0 bar. Dopuszcza się zasilanie elektryczne respiratora za pomocą baterii, sterującej jego pracą;
 | TAK/NIE\* | Podać typ zasilania: |  |
| 1. Zużycie gazu napędowego poniżej 30 ml/cykl oddechowy;
 | TAK/NIE\* | Podać zużycie gazu napędowego: |  |
| 1. Okres eksploatacji baterii zasilającej pracę respiratora min. 2 lata lub 350 godzin. Okres eksploatacji baterii zasilającej alarmy świetlne i dźwiękowe min. 1 rok.;
 | TAK/NIE\* | Podać okres eksploatacji baterii: |  |
| 1. Tryb pracy:
* Kontrolowana wentylacja mechaniczna CMV;
* Częściowo wspomagana wentylacja SMMV lub SIMV;
 | TAK/NIE\* | Podać tryby pracy: |  |
| 1. Wentylacja czystym tlenem lub mieszaniną tlenu i powietrza;;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej (minutowej);
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Częstość oddechów minimum 8-40 /min;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres częstości oddechów: |  |
| 1. Objętość oddechowa min 75-1250 ml lub odpowiadająca objętość minutowa;
 | TAK/NIE\* | Podać objętość oddechową lub minutową: |  |
| 1. Zastawka ciśnieniowa bezpieczeństwa regulowana w zakresie 20 – 60 cm H20;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji zastawki: |  |
| 1. Detekcja oddechu spontanicznego;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Alarmy świetlne i dźwiękowe (zasilane bateryjnie, niezależne od baterii sterującej pracą respiratora):
* za wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych;
* za niskiego ciśnienia w drogach oddechowych;
* sygnalizacja spadku ciśnienia zasilania;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Manometr ciśnienia w drogach oddechowych - wbudowany manometr do monitorowania ciśnienia wdechowego i wydechowego;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Budowa:
* jednolity moduł aparatu;
* odporny na wstrząsy, wibracje, upadki, uszkodzenia mechaniczne;
* panel sterowania z pokrętłami sterującymi manometrem osłonięty przez obudowę w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem oraz przypadkowym przestawieniem parametrów;
* przewód pacjenta;
* przewód zasilający.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przewód zasilający:
* długość min 150 cm;
* zakończony wtykiem szybkozłącza typu AGA.
 | TAK/NIE\* | Podać długość przewodu zasilającego: |  |
| 1. Waga max 4,0 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Temperatura pracy min -5 st. C do 50 st. C;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. Pracy: |  |
| 1. Temperatura przechowywania min -20 st. C do 60 st. C;
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. Przechowywania: |  |
| 1. Wodoodporność - stopień ochrony IPX 4;
 | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony: |  |
| 1. Urządzenie zgodne z normą PN-EN 1789: 2021-02; z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym za pomocą mocowania naściennego. Uchwyt naścienny w komplecie;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Respirator w jednym zestawie transportowym z defibrylatorem. Możliwość zamocowania w pojeździe sanitarnym zgodnie z normą PN-EN 1789: 2021-02 oraz zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku lub zawieszenia na ramieniu. Dopuszczalne jest respirator i defibrylator jako odrębne urządzenia;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE, certyfikat CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **8.** | **PRZENOŚNY ZESTAW TLENOWY do respiratora transportowego****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Konfiguracja zestawu:
* torba transportowa (dopuszczalna jest wspólna obudowa - zestaw transportowy z miejscem na respirator oraz defibrylator);
* butla tlenowa aluminiowa z głowicą DIN;
* reduktor tlenowy typu AGA lub reduktor ze złączem T-shaped z wyjściem Walther, ze złączem umożliwiającym podłączenie do źródła zasilania o stałym ciśnieniu tlenu znajdujących się w pojeździe;
* adapter umożliwiający ładowanie butli z systemu PIN-INDEX;
* 5 szt. filtrów przeciwbakteryjnych;
* maski twarzowe silikonowe nr 5 i 3.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zestaw tlenowy umieszczony w jednym zestawie transportowym (obudowa transportowa) z respiratorem i defibrylatorem. Obudowa mocowana w pojeździe sanitarnym zgodnie z normą PN-EN 1789: 2021-02. Możliwość zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku lub na ramieniu;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Dopuszczalny jest zestaw tlenowy jako odrębne urządzenie umieszczone w torbie;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Torba transportowa z materiału z pokryciem poliuretanowym i z impregnacją fluorowęglową (np. typu CORDURA), umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach:
* chowane szelki do transportu na plecach;
* kieszenie i uchwyty do mocowania akcesoriów dodatkowych;
* niezależny, wyjmowany organizer na zestaw intubacyjny.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Butla tlenowa aluminiowa 2,0-2,7 dm3 O2:
* 400 l O2 przy ciśnieniu 150 atm.;
* możliwość napełniania do 200 atm.;
* głowica DIN;
* klucz do butli.
 | TAK/NIE\* | Podać pojemność, objętość i maks. ciśnienie butli: |  |
| 1. Adapter PIN-INDEX/DIN do napełniania butli w systemie PIN-INDEX.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Reduktor tlenowy:
* z przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min;
* z gniazdem typu AGA O2;
* możliwość pracy przy min 200 atm.;
* ciśnienie zredukowane 3,5- 4 bar;
* manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Filtry przeciwbakteryjne 5 szt.:
* konstrukcja mechaniczna;
* z wymiennikiem ciepła i wilgoci;
* dla HIV, hepatitis C, TBC;
* wielkość przestrzeni martwej max 96 ml;
* opór przepływu przy 30 l/min poniżej 1,5 cm słupa H2O;
* skuteczność dla wirusów powyżej 99,99%.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **9.** | **SSAK MECHANICZNY RĘCZNY** **producent………………….………………** **marka………………………………………..** **model…………………………………………**  |
| 1. Ręczny, mechaniczny, wielokrotnego użytku;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zestaw wymienny dla dorosłych
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Z możliwością podłączenia do rurki intubacyjnej
 |  |  |  |
| 1. Pojemnik na treść wyposażony w mikronowy filtr, zabezpieczający przed ewentualnymi zakażeniami grypą, HIV/AIDS, TB, Hepatitis i SARS;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **10.** | **WORKI SAMOROZPRĘŻALNE:** **producent………………….………………** **marka.……………….……………………** **model…………………….………………**  |
| 1. Worek samorozprężalny dla dorosłych umożliwiający wentylację bierną i czynną 100% tlenem (złączka);
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wielorazowy, możliwość sterylizacji worka (chemiczna).
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Worek wyposażony w złączkę do zaworu bezpieczeństwa, wkład ze zintegrowanym zaworem zbiornika do resuscytatora oraz ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa automatycznie ograniczający nadmierny przepływ gazu do dróg oddechowych pacjenta (redukcja ryzyka wentylacji żołądka) przy zbyt intensywnym sprężaniu worka przez ratownika, narzucający tempo bezpiecznej wentylacji oraz posiadający wbudowany system wizualnego i akustycznego ostrzegania w przypadku prowadzenia niewłaściwej wentylacji. Dopuszczalne jest rozwiązanie równoważne w zakresie funkcji opisanych w zdaniu poprzednim;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Rezerwuar tlenu min. 1600 ml rezerwuar (zwiększa stężenie tlenu do ok 85%);
 | TAK/NIE\* | Podać objętość rezerwuaru tlenu: |  |
| 1. Przewód tlenowy, nie załamujący się, długości min 2 m.
 | TAK/NIE\* | Podać długość przewodu: |  |
| 1. Maska do resuscytatora z silikonowym mankietem, rozmiar: 3 – 1 szt., rozmiar 5 – 5 szt.; przeźroczysta, której konstrukcja umożliwia swobodny obrót o 360 stopni względem osi łącznika;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Filtr przeciwbakteryjny mechaniczny – 5 szt. (filtry bakteryjne dla dorosłych dla HIV, hepatitis C, TBC bez wymiennika ciepła i wilgoci – min. 5 sztuk,  konstrukcja mechaniczna;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Objętość worka samorozprężalnego - 1500 ml;
 | TAK/NIE\* | Podać objętość worka: |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **11.** | **NOSZE PODBIERAJĄCE:** **producent………………….………………** **marka……………………………………….** **model…………………………………………**  |
| Nosze podbierające:1. Nosze przeznaczone ewakuacji i transportu osób z podejrzeniem urazów kręgosłupa, miednicy i urazów wielonarządowych;
 |  |  |  |
| 1. Możliwości zastosowania:
* podebranie, podniesienie i przełożenie poszkodowanego na nosze główne lub deskę ortopedyczną przez min. 2 osoby;
* przenoszenie przez min 2 osoby.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konstrukcja :
* dwuczęściowa
* materiał łopat – tworzywo sztuczne lub aluminium (kolor ciemnozielony, ciemnoszary, czarny lub ciemnoniebieski);
* wielostopniowa, teleskopowa regulacja długości noszy w zakresie od 167 cm do 202 cm, z blokadą położenia ;
* możliwość złożenia noszy do transportu w połowie długości;
* konstrukcja zamków spinających łopaty uniemożliwiająca przypadkowe rozpięcie lub zamek wyposażony w dodatkową blokadę tzw. system podwójnego zamka.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji noszy: |  |
| 1. Możliwość montażu systemu unieruchomienia głowy;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. 10 uchwytów do przenoszenia:
* zdystansowane od płaskiego podłoża;
* rozmieszczone na obwodzie noszy .
 | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów: |  |
| 1. Możliwość mocowanie w pojeździe sanitarnym.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konfiguracja:
* nosze podbierające;
* minimum 3 szt. pasów zabezpieczających o regulowanej długości mocowanych do ramy noszy;
 | TAK/NIE\* | Podać ilość szt. Pasów: |  |
| 1. Waga – max 10 kg
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Nośność min. 150 kg
 | TAK/NIE\* | Podać nośność w kg: |  |
| 1. Szerokość noszy minimum 40 cm
 | TAK/NIE\* | Podać szerokość noszy: |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-3+A1 2015
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **12.** | **NOSZE MIĘKKIE TYPU PŁACHTOWEGO** **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Konstrukcja:

- nosze typu płachtowego, wykonane ze stabilnej i wytrzymałej mechanicznie miękkiej tkaniny, pokrytej polichlorkiem winylu o wysokich parametrach wytrzymałościowych na rozciąganie i rozrywanie;- tkanina wzmacniana na brzegach taśmą;- nosze wyposażone w uchwyty równomiernie rozmieszczone na obwodzie, umożliwiające przenoszenie poszkodowanego – minimum 6 uchwytów wykonanych z taśmy, ze specjalnymi wzmocnieniami i gumowymi rączkami;- transport poszkodowanego niezależnie od wzrostu - przygotowane do natychmiastowego użycia;- przepuszczalne dla promieni X; - nosze umieszczone w niewielkim opakowaniu. | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów: |  |
| 1. Dane techniczne:
* niewielkie wymiary złożonych noszy po rozłożeniu;

– minimalna długość 1800 mm;* nośność noszy min. 200 kg;
* materiał tkaniny nośnej – CORDURA lub równoważna, materiał taśm – poliamid, materiał opakowania - poliester;
* wzór tkaniny nośnej i opakowania – pantera leśna wz.93, czarny, zielony, ciemnozielony, szary; dopuszczalne kolory taśm: zielony i czarny.
 | TAK/NIE\* | Podać min. długość oraz nośność:  |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-3+A1 2015.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **13.** | **ZESTAW UNIERUCHAMIAJĄCY DO ZŁAMAŃ** **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Zestaw szyn metalowych typu KRAMERA do usztywniania złamań kończyn
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Szyny w rozmiarach i ilościach:
* 1500x150 mm – 1 szt.,
* 1500x120 mm – 1 szt.,
* 1200x120 mm – 1 szt.,
* 1000x100 mm – 1 szt.,
* 900x100 mm – 1 szt.,
* 900x80 mm – 1 szt.,
* 800x80 mm – 1 szt.,
* 800x100 mm – 1 szt.,
* 700x80mm – 1 szt.,
* 600x80 mm – 2 szt.,
* 500x80 mm – 1 szt.,
* 260x50 mm – 1 szt.,
* 250x40 mm – 1 szt.

Lub– 1500x120 mm – 2 szt.– 1200x200 mm – 1 szt.– 1000x100 mm – 1 szt.– 900x120 mm – 2 szt.– 800x120 mm – 1szt. – 800x100 mm – 1szt. – 700x70 mm – 2szt. – 600x70 mm – 2szt. – 250x50 mm – 2 szt. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Szyny w miękkim powleczeniu, możliwość ich mycia i dezynfekcji;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Torba do przenoszenia szyn wyposażona w uchwyty do transportu w ręku lub na ramieniu.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **14.** | **URZĄDZENIE DO EWAKUACJI (KAMIZELKA – KRÓTKIE UNIERUCHOMIENIE KRĘGOSŁUPA).** **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Możliwości zastosowania:
* unieruchomienie kręgosłupa na całej jego długości
* ewakuacja z trudnodostępnych miejsc (rozbite pojazdy, wąskie przestrzenie) pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konfiguracja:
* kamizelka ortopedyczna
* wypełnienie krzywizny kręgosłupa
* 2 paski mocujące głowę
* pokrowiec transportowy w kolorze ciemnozielonym lub czarnym
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konstrukcja:
* pokrycie – wzmacniane, łatwozmywalne, odporne na przetarcia tworzywo sztuczne
* listwy usztywniające
* wbudowane pasy spinające, kodowane kolorami
* min 3 uchwyty transportowe, wbudowane w tylnej części
 | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów transportowych: |  |
| 1. Zachowany dostęp do klatki piersiowej przy założonej kamizelce
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Pasy spinające o regulowanej długości:
* kodowane kolorami pasy spinające tułów i obręcz barkową
* pasy biodrowe
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Kolor – ciemnozielony lub czarny
 | TAK/NIE\* | Podać kolor: |  |
| 1. urządzenie wielokrotnego użytku;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. maksymalne obciążenie – minimum 210 kg;
 | TAK/NIE\* | Podać maks. obciążenie |  |
| 1. Prześwietlana dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga max 4 kg
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące
 | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **15.** | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH Z UNIERUCHOMIENIEM GŁOWY I PASAMI.****producent……………………………………………..…. marka…………………………………….……………….. model………………………………………………………**  |
| 1. Możliwości zastosowania:
* przenoszenie przez min 2 osoby
* ewakuacja z pojazdów i wąskich przestrzeni
* ewakuacja w pozycji pionowej
* transport w noszach – koszu ratowniczym
* transport na noszach w środkach ewakuacji medycznej
* ciągnięcie po różnego rodzaju powierzchniach;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konstrukcja:
* materiał – gładkie tworzywo sztuczne, wypełnione pianką
* minimum 14 uchwytów (otworów) do przenoszenia, rozmieszczonych na obwodzie deski, zdystansowanych od podłoża
* ścięty koniec od strony nóg
* wbudowane trzpienie – min 5 po każdej stronie deski do mocowania pasów zabezpieczających
* przystosowana do montażu unieruchomienia i stabilizacji głowy
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konfiguracja:
* deska ortopedyczna;
* stabilizator klockowy głowy;
* system pasów zabezpieczających.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przenikalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gładka, pełna powierzchnia leża pacjenta
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Odporna na smary i substancje ropopochodne
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Dodatnia pływalność (zabezpieczająca przed utonięciem deski- max obciążenie 115 kg);
 | TAK/NIE\* | Podać obciążenie z zachowaniem pływalności: |  |
| 1. Waga max 10 kg
 | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Kolor ciemnozielony, ciemnoszary lub ciemnoniebieski. Kolor unieruchomienia głowy w tonacji ciemnej, zbliżony do deski ortopedycznej;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wymiary:
* długość w zakresie 180 - 190 cm
* szerokość w zakresie 40 cm – 50 cm
* nośność min 150 kg
 | TAK/NIE\* | Podać wymiary w cm oraz nośność w kg: |  |
| 1. Pasy zabezpieczające do deski ortopedycznej:
* konstrukcja pasa – dwuczęściowa
* możliwość regulacji długości
* zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza
* mocowanie pasa do deski za pomocą metalowych, obrotowych karabińczyków
* kodowanie pasów kolorami
* minimum 4 szt. pasów w zestawie
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. System unieruchomienia głowy w konfiguracji:
* podkładka pod głowę z paskami mocującymi do mocowania w otworach montażowych deski ortopedycznej;
* min. 4 uchwyty do pasków mocujących, po każdej stronie podkładki pod głowę;
* 2 demontowalne klocki do stabilizacji bocznej głowy z otworami usznymi;
* paski mocujące głowę;
* powierzchnia unieruchomienia gładka, nie wchłaniająca płynów, łatwa w utrzymaniu czystości;
* możliwość skutecznego zastosowania z noszami podbierającymi.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| m) Zgodny z normą PN-EN 1865-3+A1 2015; | TAK/NIE\* |  |  |
| n) Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | o) opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty | TAK/NIE\* |  |  |
| **16.** | **APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA KRWI****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Ciśnieniomierz mechaniczny, ręczny, precyzyjny, lekki, trwały i prosty w obsłudze, przeznaczony do częstych pomiarów ciśnienia tętniczego metodą nieinwazyjną;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zakres pomiaru: 0-300 mmHg
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru: |  |
| 1. Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski – załączyć autoryzację producenta oraz wykaz punktów serwisowych
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zgodny z normą IEC 6034-7-721:2007
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Rękaw lub rękawy w rozmiarze ok. 10 cm x 66 cm
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE, certyfikat CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **17.** | **TERMOMETR****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Zakres pomiaru temperatury ciała od 28 st. C do 42 st. C.
 | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru: |  |
| 1. Bezdotykowy pomiar temperatury ciała
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Elektroniczny z wyświetlaczem ciekłokrystalicznym LCD
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilany za pomocą baterii dostępnych ogólnej sprzedaży
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość pomiaru w temp. otoczenia od 16 st. C do 40 st. C
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. Pracy: |  |
| 1. Możliwość przechowywania w temp. od -20 st. C do 50 st. C
 | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury przechowywania: |  |
| 1. Dokładność pomiaru temperatury ciała do 0,2 st. C
 | TAK/NIE\* | Podać dokładność pomiaru: |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN ISO 80601-2-56:2017-10;
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **18.** | **URZĄDZENIE DO OZNACZANIA GLUKOZY WE KRWI – GLUKOMETR****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………**  |
| 1. Urządzenie do oznaczenia poziomu glukozy we krwi przy pomocy testu paskowego
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Próbka krwi 0,8-2 µl
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zakres pomiaru: 10 mg/dl-600 mg/dl
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Czas pomiaru 5-8 sek.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Alarmy:
* przeterminowanego testu paskowego
* test paskowy zanieczyszczony lub zużyty
* niewystarczającej ilości krwi
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie bateryjne, czas pracy na jednej baterii minimum 800 pomiarów
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Ekran LCD oraz obsługa za pomocą przycisków
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Pamięć minimum 250 pomiarów
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Automatyczne wyłączanie po określonym czasie od ostatnio wykonanej czynności
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Opakowanie transportowe.
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. W zestawie 50 szt. pasków (testów) pomiarowych
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. opis urządzenia ze zdjęciami (folder), deklaracja zgodności CE, certyfikat CE muszą być dołączone w fazie składania oferty
 | TAK/NIE\* |  |  |
| **19.** | **LATARKA DIAGNOSTYCZNA LED****producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………** |
| 1. Obudowa aluminiowa z klipsem
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Źródło światła - dioda LED
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie bateryjne typu AAA
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. W zestawie komplet baterii
 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące.
 | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **20.** | **LATARKA CZOŁOWA** **producent……………………………………………..….** **marka…………………………………….………………..** **model………………………………………………………** |
| 1. możliwość zmiany barwy światła;
 | TAK/NIE\* | Podać barwy światła: |  |
| 1. zasilanie baterie AAA;
 | TAK/NIE\* | Podać typ baterii: |  |
| 1. stopień ochrony minimum IPX4;
 | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony: |  |
| 1. minimalny strumień światła 300 lumenów.
 | TAK/NIE\* | Podać moc światła w lumenach: |  |

**Będąc świadomym odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne ze stanem faktycznym i parametrami oferowanego produktu.**

…………………….., dnia…………… ……………………………

podpis osoby upoważnionej