**Zadanie Nr 1 Pozycja Nr 1**

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

**MACERATOR – 1 SZT.**

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

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

Cena jednostkowa netto ………………….. zł

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2024 | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |
|  | Macerator przeznaczony do utylizacji jednorazowego użytku naczyń wykonanych ze specjalnie przetworzonej pulpy papierowej – kaczek, basenów itp. | **TAK** |  |  |
|  | Wydajność do 2 naczyń na 1 cykl | **TAK** |  |  |
|  | Czas cyklu maceracji < 1 minuta | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230 V, 50 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Moc silnika max. 400W, moc pompy wody max. 125W | **TAK** |  |  |
|  | Zużycie energii 0,01 kWh/cykl | **TAK** |  |  |
|  | Ochrona przed przeciążeniem | **TAK** |  |  |
|  | Odpływ kanalizacyjny 50 mm | **TAK** |  |  |
|  | Doprowadzenie wody zimnej ¾” | **TAK** |  |  |
|  | Zużycie wody na cykl max. 11l | **TAK** |  |  |
|  | Wymagane natężenie przepływu wody min. 4l/min | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary urządzenia w mm (szerokość x wysokość x głębokość): 360 mm x 977 mm (1253 mm otwarta pokrywa) x 445 mm (tolerancja +/- 10 mm) | **TAK** |  |  |
|  | Zajmowana powierzchnia podstawy max. 0,16 m2 | **TAK** |  |  |
|  | Wysokość załadunku max. 90 cm | **TAK** |  |  |
|  | Waga urządzenia: bez ładunku i z pustym zbiornikiem wody max. 52 kg | **TAK** |  |  |
|  | Obudowa: konstrukcja ze stali nierdzewnej z frontem i górną pokrywą wykonaną z wysokiej jakości tworzywa | **TAK** |  |  |
|  | Antybakteryjna powłoka z technologią srebra uniemożliwiająca namnażanie się bakterii na pokrywie urządzenia - dożywotnia ochrona przed rozwojem bakterii | **TAK** |  |  |
|  | Górna pokrywa ze specjalnym uchwytem uszczelniającym komorę a także umożliwiającym automatyczne otwieranie bez użycia dłoni | **TAK** |  |  |
|  | Cała górna obudowa i pokrywa za wyjątkiem uchwytu łokciowego stanowiąca monolit wykonany z jednego odlewu, bez zagłębień i przewężeń w których mogłyby gromadzić się zanieczyszczenia | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uszczelkę zamontowaną na pokrywie zapewniającą szczelność oraz czystość komory podczas pracy | **TAK** |  |  |
|  | Bezawaryjne, ręczne zamykanie pokrywy, bez użycia elektronicznych siłowników i czujników podczerwieni | **TAK** |  |  |
|  | Funkcja „auto-start” – automatyczne uruchamianie urządzenia po zamknięciu pokrywy | **TAK** |  |  |
|  | Mechanizm ryglujący z funkcją dociągu pokrywy | **TAK** |  |  |
|  | Sterowanie mikroprocesorowe - Panel sterujący wyposażony w kolorowe diody LED oraz podświetlone kolorowe ikon graficzne informujące o fazie cyklu, ewentualnych usterkach | **TAK** |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed uruchomieniem urządzenia w przypadku :   * otwarcia pokrywy * niskiego poziomu wody * zablokowania odpływu * usterki mechanicznej | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość resetowania urządzenia bezpośrednio z panelu sterowania umiejscowionego na górnej pokrywie | **TAK** |  |  |
|  | Dozownik płynu antybakteryjno – dezodoryzującego | **TAK** |  |  |
|  | Zużycie środka max. 1 ml/cykl | **TAK** |  |  |
|  | Komora oraz głowice tnące wykonane z wysokiej jakości stali nierdzewnej | **TAK** |  |  |
|  | Wszystkie elementy tnące umiejscowione w głównej (górnej) części komory z bezpośrednim dostępem do wszystkich elementów tnących po otwarciu pokrywy, brak konieczności demontażu bębna w celu ich sprawdzenia i wyczyszczenia w przypadku maceracji nieodpowiednich materiałów (np. ścierki wielorazowe, lignina itp.) | **TAK** |  |  |
|  | Maceracja przy użyciu dwóch wielopłaszczyznowych modułów tnąco rozrywających o różnej geometrii i długości min 9 cm, z trzema elementami tnącymi na różnych wysokościach i komorą zagarniającą | **TAK** |  |  |
|  | Dodatkowy nóż tnący na bocznej ścianie komory | **TAK** |  |  |
|  | Komora maceratora wyposażona w niewielkie otwory o średnicy max. 10mm uniemożliwiające przedostanie się niepożądanego przedmiotu do rury kanalizacyjnej powodując zapchanie | **TAK** |  |  |
|  | Minimum 8 otworów odpływowych dla równomiernego oraz powolnego odprowadzania ścieku zlokalizowanych na ścianie bębna oraz talerzu obrotowym | **TAK** |  |  |
|  | Ślimakowe oraz bezkolizyjne odprowadzenie zmacerowanego ścieku do syfonu w celu powolnego i równomiernego odprowadzania ścieku dla zachowania najlepszej drożności odpływu | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wymiany pojedynczego noża/modułu w przypadku uszkodzenia bez koniczności wymiany całego talerza | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość szybkiego demontażu talerza tnącego. Dostęp do śrub mocujących talerz bezpośrednio z głównej komory maceracji | **TAK** |  |  |
|  | Uszczelka pod całą powierzchnią podstawy zapobiegająca przedostawaniu się zanieczyszczeń i wilgoci oraz zwiększająca amortyzację, wyciszenie | **TAK** |  |  |
|  | Na wyposażeniu kosz umożliwiający zawieszenie kanistra w dowolnym miejscu na ścianie | **TAK** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 1**

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

**LAMPA ZABIEGOWA SUFITOWA -1SZT.**

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

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

Cena jednostkowa netto ………………….. zł

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Lampa zabiegowa dwuczaszowa sufitowa | TAK |  |  |
|  | Napięcie zasilania 24V DC | TAK |  |  |
|  | Natężenie oświetlenia w odległości 1m (Ec): 60 000 lux | TAK |  |  |
|  | Bezdotykowe Regulowane natężenie oświetlenia w zakresie : 50 - 100% | TAK |  |  |
|  | Wskaźnik oddawania barw Ra: minimum95 | TAK |  |  |
|  | Wskaźnik oddawania barwy czerwonej R9 minimum 94 | TAK |  |  |
|  | Temperatura barwowa minimum 4400 K | TAK |  |  |
|  | Średnica pola roboczego d10 25 cm | TAK |  |  |
|  | Średnica pola roboczego d50 13 cm | TAK |  |  |
|  | Przyrost temperatury w okolicy głowy chirurga < 1°C | TAK |  |  |
|  | Wgłębność oświetlenia L1+L2  (20%) 194 cm (60%) 120 cm | TAK |  |  |
|  | Pobór mocy przez oprawę 20 W | TAK |  |  |
|  | Klasa izolacji I | TAK |  |  |
|  | Stopień ochrony obudowy IP 20 | TAK |  |  |
|  | Odłączalny uchwyt, który można sterylizować. | TAK |  |  |
|  | Natężenie oświetlenia można regulować poprzez obrót uchwytu lub wyzwalanie sensora bezstykowego. | TAK |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz  - oznaczenie znakiem zgodności CE | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | TAK |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | TAK |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 2**

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

**PARAWAN TELESKOPOWY MOBILNY – 1 SZT.**

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

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

Cena jednostkowa netto ………………….. zł

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1** | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2024 | **TAK** |  |  |
| 1. **2** | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
| 1. **3** | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
| 1. **4** | Gwarancja minimum 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |
|  | 4-członowy teleskop i maszt ze stali kwasoodpornej | **TAK** |  |  |
| 1. **5** | Rozpiętość teleskopu od 70 do 200 cm  wysokość parawanu minmum170 cm | **TAK** |  |  |
| 1. **6** | Proste zdejmowanie i zakładanie zasłony na 10 przesuwanych zaczepach | **TAK** |  |  |
| 1. **7** | Wodoodporna powłoka poliuretanowa zasłony parawanu | **TAK** |  |  |
|  | Zmywalna zasłona o wymiarach 220 x 150 cm ± 10 cm z tkaniny | **TAK** |  |  |
|  | Mobilny: podstawa z 4 kółkami, w tym dwa z blokadą | **TAK** |  |  |
|  | Kółka o średnicy min. 75 mm | **TAK** |  |  |
|  | Podstawa pokryta ABS | **TAK** |  |  |
|  | Kolory podstawy oraz zasłony do wyboru Zamawiającego. | **TAK** |  |  |

**ZADANIE NR 2 (POZYCJA 1 + POZYCJA 2) :**

ŁĄCZNA WARTOŚĆ NETTO : …………………………………. ZŁ

ŁĄCZNA WARTOŚĆ BRUTTO: ………………………………….ZŁ