



89/PNE/DOT/2020

Załącznik nr 1 do SIWZ

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### CZĘŚĆ 1

#### I. Monitor z modulem PiCCO – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

#### II. Zestaw PiCCO wer. 1 – 50 szt.

#### III. Zestaw PiCCO wer. 2 – 100 szt.

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>I.</b>	<b>Parametry techniczne: Monitor z modulem PiCCO – 2 szt.</b>	<b>TAK</b>	
1	Pojemnościowy, dotykowy ekran nie mniejszy niż 8 ”	<b>TAK</b>	
2	Rozdzielczość ekranu min. 800x480 pikseli	<b>TAK</b>	
3	Oprogramowanie w języku polskim	<b>TAK</b>	
4	Mierzone parametry: SV (objętość wyrzutowa) SVV (wahania objętości wyrzutowej) PPV (wahania ciśnienia tętniczego) SVR (systemowy opór naczyniowy) GEDV (całkowita objętość końcowo-rozkurczowa) EVLW (objętość pozanaczyniowej wody płucnej) MAP (średnie ciśnienie tętnicze) CVP (ciśnienie żyłne).	<b>TAK</b>	
5	Moduł PiCCO (technologia PiCCO2) z wyposażeniem: • Ciągłe monitorowanie rzutu serca za pomocą cewnika centralnego i cewnika pachowego lub tętnicy udowej • Kombinacja pomiaru termodylucji przez płucnej i analizy konturu pulsu dla zarządzania hemodynamicznego i objętościowego	<b>TAK</b>	
6	Aparat wyposażony w: • min. 2 porty USB, • gniazdo RJ45	<b>TAK</b>	
7	Aplikacja kliniczna: • skala oceny poziomu świadomości Glasgow (GCS) • licencja na oprogramowanie na 1 monitor - aplikacja wspomagająca decyzje kliniczne związane ze stanem płuc oraz układu sercowo-kръżeniowego	<b>TAK, podać</b>	
8	Statyw na kółkach z półką do montażu monitora	<b>TAK</b>	
9	Koszyk na akcesoria	<b>TAK</b>	
<b>I.</b>	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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	
<b>I.</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
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	
<b>II.</b>	<b>Parametry techniczne: Zestaw PiCCO wer. 1 – 50 szt.</b>		
1	Zestaw PiCCO do tętnicy udowej dla dorosłych	TAK	
<b>II.</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	
<b>III.</b>	<b>Parametry techniczne: Zestaw PiCCO wer. 2 – 100 szt.</b>		
1	Zestaw PiCCO do tętnicy promieniowej dla dorosłych	TAK	
<b>III.</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	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)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 2

### Czujnik tlenu – 17 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Zakres pomiarowy 0-100% tlenu	<b>TAK</b>	
2	Dokładność i powtarzalność <1% obj. O <sub>2</sub> przy kalibracji 100% O <sub>2</sub>	<b>TAK</b>	
3	Przesunięcie zerowe <0,5% obj. O <sub>2</sub> w 100% N <sub>2</sub> , aplikacja 5 - minutowa	<b>TAK</b>	
4	Błąd liniowości <3% względny	<b>TAK</b>	
5	Zakłócenie krzyżowe – spełnia wymagania normy EN ISO 21647	<b>TAK</b>	
6	Wpływ wilgotności – 0,03% rel. na% RH w 25°C	<b>TAK</b>	
7	Wpływ ciśnienia – proporcjonalny do zmiany ciśnienia cząstkowego tlenu	<b>TAK</b>	
8	Wpływ szoku mechanicznego – względny <1% po upadku z 1m	<b>TAK</b>	
9	Temperatura robocza 0°C do 50°C	<b>TAK</b>	
10	Kompensacja temperatury NTC	<b>TAK</b>	
11	Wpływ temperatury kompensacyjnej (stan ustalony) - między +25°C a 40°C błąd względny 3% - między 0°C a 50°C błąd względny 8%	<b>TAK</b>	
12	Wilgotność pracy 0-99% RH bez kondensacji	<b>TAK</b>	
13	Długoterminowy dryf produkcji<1% obj. tlenu na miesiąc. Zwykle <15% względne w ciągu całego życia	<b>TAK</b>	
14	Temperatura przechowywania od -20 do +50°C	<b>TAK</b>	
16	Czas na rozgrzewkę <30 minut po wymianie czujnika	<b>TAK</b>	
17	Waga od 25 do 40 gramów	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK,podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

### CZĘŚĆ 3

#### Przenośne USG z głowicą liniową – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Przenośny cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem.	<b>TAK</b>	
2	Zasilanie sieciowe i akumulatorowe (wbudowany akumulator). Minimum 30 min pracy na akumulatorze.	<b>TAK</b>	
3	Cyfrowy przetwornik min.14-bitowy	<b>TAK</b>	
4	Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej	<b>TAK</b>	
5	Ilość niezależnych kanałów przetwarzania min. 500 000	<b>TAK</b>	
6	Otwierany, w pełni dotykowy, kolorowy monitor LCD o wysokiej rozdzielczości. Przekątna ekranu min.15 cali	<b>TAK</b>	
7	Zakres częstotliwości pracy USG: min. od 1 MHz do 20 MHz.	<b>TAK</b>	
8	Liczba obrazów pamięci dynamicznej min. 18 000 klatek.	<b>TAK</b>	
9	Pamięć dynamiczna dla trybów M-mode lub D-mode min. 10 sek.	<b>TAK</b>	
10	Zakres regulacji głębokości pola obrazowego min. 2 - 40 cm	<b>TAK</b>	
11	Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów): min. 50	<b>TAK</b>	
12	Waga z akumulatorem do 5 kg	<b>TAK</b>	
13	Wózek jezdny	<b>TAK</b>	
14	Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min. <ul style="list-style-type: none"> <li>• B</li> <li>• B + B</li> <li>• M</li> <li>• B + M</li> <li>• D</li> <li>• B + D</li> <li>• B + C (Color Doppler)</li> <li>• B + PD (Power Doppler)</li> </ul>	<b>TAK</b>	
15	Szerokopasmowe obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

16	Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD, HPRF PWD)	TAK	
17	Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) min.: +/- 7,0 m/sek (przy zerowym kącie bramki)	TAK	
18	Zakres bramki dopplerowskiej: min. od 0,5 mm do 20 mm	TAK	
19	Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej min. +/- 20 stopni	TAK	
20	Korekcja kąta bramki dopplerowskiej min. +/- 80 stopni	TAK	
21	Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy	TAK	
22	Obrazowanie w trybie Duplex i Triplex	TAK	
23	Jednoczesne obrazowanie B + B/CD	TAK	
24	Obrazowanie - skrzyżowane ultradźwięki	TAK	
25	System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe dostępny na wszystkich oferowanych głowicach	TAK	
26	Obrazowanie - trapezoidalne na głowicach liniowych	TAK	
27	Automatyczna optymalizacja obrazu B oraz PWD	TAK	
28	Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 20 map	TAK	
29	Powiększenie obrazu w czasie: min. x16	TAK	
30	Pomiar odległości, obwodu, pola powierzchni, objętości	TAK	
31	Automatyczny obrys spektrum Dopplera dostępny w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu	TAK	
32	Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie	TAK	
33	Pełne oprogramowanie do badań: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brzusznych</li> <li>• Małych narządów</li> <li>• Śródoperacyjnych</li> <li>• Urologicznych</li> <li>• Naczyniowych</li> <li>• Mięśniowo-szkieletowych</li> <li>• Kardiologicznych</li> </ul>	TAK	
34	Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym i bazą pacjentów. Dysk min. 128 GB	TAK	
35	Zapis obrazów w formatach DICOM, graficznych np. JPG oraz (AVI) bezpośrednio z niego na nośnik przenoszenia danych	TAK, podać	
36	Wbudowane wyjście min. USB 2.0 , HDMI	TAK	
37	Transmisja danych za pomocą Wi-Fi oraz Bluetooth	TAK	
38	Głowica Liniowa szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ.	TAK	
39	Zakres częstotliwości pracy min. 3,0 – 13,0 MHz.	TAK	
40	Szerokość pola skanowania max. 40 mm	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

41	Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości	<b>TAK</b>	
42	Obrazowanie trapezowe	<b>TAK</b>	
43	Możliwość rozbudowy systemu o głowicę , min. 4,0-8,0 MHz, min. 190 elementów, kąt skanowania min. 190 stopni, promień max. R10 mm, obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości	<b>TAK</b>	
44	Możliwość rozbudowy o obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny z min. 3 kursorów w czasie rzeczywistym i z pamięci CineLoop	<b>TAK</b>	
45	Drukarka	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta obejmująca cały system (aparat, głowice, printer).	<b>TAK</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	
6	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (dokumenty załączyć)	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE na aparat i głowice (załączyć)	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	<b>TAK</b>	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	<b>TAK</b>	
4.	Paszport techniczny	<b>TAK</b>	

**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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 4

### Parametry techniczne

#### Urządzenie do kompresji klatki piersiowej – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Głębokość i częstota kompresji zgodnie z wytycznymi ERC 2015: Głębokość w zakresie od 5 cm do 6 cm, Częstota w zakresie od 100 do 120 ucisków/ min.	<b>TAK</b>	
2	Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta	<b>TAK</b>	
3	Tryby pracy: 30:2 15:2 ciągły	<b>TAK</b>	
4	Uniesienia tłoka powyżej klatki piersiowej w celu ułatwienia pełnego rozprężenia klatki piersiowej podczas przerwy na wentylacji pacjenta.	<b>TAK</b>	
5	Mechanizm zabezpieczający przy zastosowaniu mechanicznej kompresji przed urazami i pogłębieniem już istniejących.	<b>TAK</b>	
6	Waga kompletnego urządzenia wraz z akcesoriami i torbą/ plecakiem - max. 12 kg	<b>TAK</b>	
7	Możliwość mocowania urządzenia do deski ortopedycznej lub noszy głównych za pomocą dedykowanych, oryginalnych akcesoriów znajdujących się w komplecie urządzenia.	<b>TAK</b>	
8	Klasa odporności min. IP43. > IP 43 parametr punktowany	<b>TAK</b>	
9	Możliwość skonfigurowania ekranu startowego urządzenia na min. 3 różne sposoby.	<b>TAK</b>	
10	Działanie w pełni elektryczne	<b>TAK</b>	
11	Źródło zasilania: • akumulator LiPo ( w zestawie 2 sztuki) • zasilanie z gniazda sieci 230V ~AC	<b>TAK</b>	
12	Czas pracy na akumulatorze min.90 min.	<b>TAK, podać</b>	
13	Wskaźnik naładowania baterii	<b>TAK</b>	
14	Czas ładowania akumulatora od 0-do100% bez względu na rodzaj zasilania 12 V lub 220-240V 0-100% - max 2,5 h	<b>TAK</b>	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

15	Możliwość podglądu z pozycji urządzenia ilość cykli ładowania baterii	TAK	
16	Praca na zasilaniu sieciowym	TAK	
<b>Wyposażenie</b>			
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urządzenie do kompresji klatki piersiowej</li> <li>• Torba lub plecak wykonana z materiału typu PAX PLAN lub poliwęglanu łatwego do czyszczenia i dezynfekcji, wyposażony w uchwyty umożliwiające transport urządzenia w różnych pozycjach (np. na plecach, przez ramię lub ręce), oraz wyjście zasilania umożliwiające ładowanie urządzenia bezpośrednio z torby/plecaka.</li> <li>• Deska pod plecy przezierna dla promieni X</li> <li>• Min. 2 wielorazowe elementy bezpośredniego kontaktu lub 20 jednorazowych elementów bezpośredniego kontaktu z klatką piersiową</li> <li>• Ładowarka 230V</li> <li>• Akumulator 2 sztuki</li> </ul>	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
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	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 5

### Cieplarka do ogrzewania płynów infuzyjnych – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Urządzenie fabrycznie nowe.	<b>TAK</b>	
2	Urządzenie stacjonarne. Wyposażone w 4 gumowe nóżki.	<b>TAK</b>	
3	Obudowa z płyt izolacyjnych pokrytych łatwym do mycia tworzywem sztucznym.	<b>TAK</b>	
4	Przezroczysta pokrywa wykonana ze bezpiecznego szkła hartowanego, z dwoma wspornikami teleskopowym utrzymującym ją w pozycji otwartej.	<b>TAK</b>	
5	Panel dotykowy z przyciskami, wyświetlaczem min. 3" oraz wskaźnikiem stand-by.	<b>TAK</b>	
6	Wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą i zadaną.	<b>TAK</b>	
7	Ogrzewacz z jedną komorą i systemem grzewczym. Komora zamykana od góry.	<b>TAK</b>	
8	Konwekcyjny system ogrzewania z obiegiem wymuszonym wentylatorem.	<b>TAK</b>	
9	Konstrukcja urządzenia zapewniająca przekazywanie ciepła do elementów ogrzewanych tylko za pośrednictwem powietrza.	<b>TAK</b>	
10	Elektroniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem bezpośrednio monitorujące temperaturę powietrza w komorze.	<b>TAK</b>	
11	Niezależny czujnik temperatury dla elektronicznego zabezpieczenia przed przegrzaniem.	<b>TAK</b>	
12	Konstrukcja urządzenia zapewniająca brak możliwości przekroczenia zadanej temperatury powierzchni, na której znajdują się elementy ogrzewane.	<b>TAK</b>	
13	Dwa czujniki temperatury	<b>TAK</b>	
14	Zabezpieczenia przed przegrzaniem umieszczone w dwóch różnych miejscach.	<b>TAK</b>	
15	Optyczny i akustyczny alarm w przypadku uszkodzenia czujnika temperatury.	<b>TAK</b>	
16	Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej.	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

17	Sygnal optyczny wyświetlany na ekranie przy niedomkniętej pokrywie.	TAK	
18	Alarm optyczny i akustyczny włączający się po 60 sekundach przy niedomkniętej pokrywie.	TAK	
19	Optyczny i akustyczny alarm "niskiej / wysokiej temperatury", uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności między temperaturą zadaną i temperaturą rzeczywistą w komorze.	TAK	
20	Optyczny i akustyczny alarm w przypadku przegrzania.	TAK	
21	Tryb czuwania (stand by).	TAK	
22	Pojemność komory: 30 litrów.	TAK	
23	Maksymalne obciążenie komory do 25 kg.	TAK	
24	Przybliżona pojemność do ogrzewania: dwadzieścia cztery butelki 0.5L; dwanaście butelek 1L; dwa worki 5L; trzy worki 3L.	TAK	
25	Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur: 25°C - 70°C ±2°C (zmiana o 1°C).	TAK	
26	Zewnętrzne wymiary urządzenia: 350 x 400 x 620 mm (Szerokość x Wysokość x Głębokość). (+/- 20mm)	TAK	
27	Waga: do 22 kg	TAK	
28	Napięcie zasilania: 220-240 VAC	TAK	
29	Moc grzałki 400 – 450 Wat	TAK	
30	Temperatura otoczenia (w trakcie działania): 18 - 30 °C.	TAK	
31	Temperatura otoczenia (magazynowanie): 10 - 55 °C.	TAK	
32	Wilgotność względna (działanie i magazynowanie): 30 - 70 %.	TAK	
33	Przyspieszenie ogrzewania wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury grzania.	TAK	
34	Oprogramowanie wyposażone w programator czasowy, pozwalający precyzyjnie ustalić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia.	TAK	
35	Zgodność z: EN ISO 13485:2016 93/42/EWG (Dyrektywa dotycząca wyrobów medycznych) 2011/65/UE	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
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	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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 24h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 6

### Ramię C (Aparat RTG z ramieniem C i torem wizyjnym) – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Głębokość ramienia C ( odległość między osią wiązki a wewnętrzną powierzchnią ramienia C ) $\geq 68$ cm	<b>TAK, podać</b>	
2	Odległość SID $\geq 100$ cm	<b>TAK, podać</b>	
3	Prześwit ramienia C (odległość między detektorem a lampą RTG) $\geq 80$ cm	<b>TAK, podać</b>	
4	Zakres ruchu wzdłużnego ramienia C $\geq 20$ cm	<b>TAK, podać</b>	
5	Zakres ruchu pionowego ramienia C $\geq 41$ cm	<b>TAK, podać</b>	
6	Zmotoryzowany ruch ramienia C w pionie	<b>TAK</b>	
7	Zakres ruchu orbitalnego ramienia C $\geq 150^\circ$	<b>TAK, podać</b>	
8	Zakres rotacji ramienia C (ruch wokół osi wzdłużnej) $\geq \pm 220^\circ$	<b>TAK, podać</b>	
9	Zakres obrotu ramienia C wokół osi pionowej $\geq \pm 10^\circ$	<b>TAK, podać</b>	
10	Hamulce ruchów ramienia C oznaczone kolorami (każdy hamulec innym).	<b>TAK</b>	
11	Panel na ramieniu C do sterowania funkcjami aparatu w formie dotykowego monitora	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

12	Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody	TAK	
13	Uchwyt w pobliżu detektora do ręcznego manipulowania ramieniem C	TAK	
14	Jedna dźwignia używana do sterowania kołami aparatu oraz jako hamulec wózka z ramieniem C	TAK	
15	Sterowanie kołami aparatu umożliwiające aretaż kół w pozycji równoległej do stołu operacyjnego	TAK	
16	Ręczny włącznik promieniowania	TAK	
17	Szerokość wózka z ramieniem C $\leq 85$ cm	TAK, podać	
18	Masa wózka z ramieniem C (bez wózka monitorów) do 330 kg	TAK, podać	
19	Maksymalna częstotliwość pracy generatora min. 20kHz	TAK, podać	
20	Moc generatora RTG $\geq 2,0$ kW	TAK, podać	
21	Akwizycja $\geq 25$ obrazów/s podczas skopi ciągłej lub pulsacyjnej	TAK	
22	Fluoroskopia pulsacyjna w zakresie min. 1 p/s ÷ 15p/s	TAK, podać	
23	Radiografia cyfrowa	TAK	
24	Maksymalne napięcie w trybie fluoroskopii i radiografii $\geq 110$ kV	TAK, podać	
25	Maksymalny prąd dla fluoroskopii ciągłej $\geq 15$ mA	TAK, podać	
26	Maksymalny prąd dla fluoroskopii pulsacyjnej $\geq 20$ mA	TAK, podać	
27	Maksymalny prąd dla radiografii cyfrowej $\geq 20$ mA	TAK, podać	
28	Automatyczny dobór parametrów dla fluoroskopii	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

29	Zasilanie 230V +/-10%, 50Hz	TAK	
30	Lampa ze stacjonarną anodą, jednoogniskowa	TAK	
31	Wielkość ogniska $\leq 0,6$	TAK, podać	
32	Filtracja wewnętrzna $\geq 3,0$ mm Al	TAK, podać	
33	Kolimator szczelinowy z rotacją	TAK	
34	Kolimator prostokątny do kolimacji koncentrycznej	TAK	
35	Ustawienie kolimatora bez promieniowania poprzez wyświetlanie na obrazie LIH aktualnego położenia krawędzi przesłon	TAK	
36	Pojemność cieplna anody $\geq 50$ kHU	TAK, podać	
37	Pojemność cieplna kotłaka $\geq 1000$ kHU	TAK, podać	
38	Szybkość chłodzenia anody $\geq 35$ kHU/min	TAK, podać	
39	Płaski panel detekcyjny w technologii amorficznego krzemu ze scyntylatorem CsI	TAK	
40	Wielkość detektora cyfrowego $\geq 20 \times 20$ cm (+/- 1cm)	TAK, podać	
41	Liczba pól obrazowych $\geq 3$	TAK, podać	
42	Współczynnik DQE $\geq 75\%$	TAK, podać	
43	Rozdzielczość detektora $\geq 1024 \times 1024$	TAK, podać	
44	Matryca przetwarzania obrazów $\geq 1024 \times 1024$	TAK, podać	
45	Głębokość obrazu $\geq 16$ bit	TAK	
46	Funkcja LIH (Last Image Hold)	TAK	
47	Wyświetlanie mozaiki obrazów min. 16 obrazów	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

48	Obraz lustrzany (obracanie obrazu na monitorze góra/dół, lewo/prawo)	TAK	
49	Min. Zoom x 4	TAK	
50	Wzmocnienie krawędzi i redukcja szumów	TAK	
51	System nanoszenia opisów z możliwością oznaczenia strony ciała („L”, „P”)	TAK	
52	Pomiar kątów i odległości	TAK	
53	System wpisywania danych pacjenta	TAK	
54	System zarządzania bazą danych z badaniami	TAK	
55	Liczba monitorów kolorowych min. 2	TAK, podać	
56	Monitory umieszczone na oddzielnym wózku, każdy o przekątnej min. 19” i rozdzielczości min. 1280x1024	TAK	
57	Luminancja monitorów min. 600 cd/m <sup>2</sup>	TAK, podać	
58	Kąt widzenia monitora (poziomy/pionowy) $\geq 178^\circ / 178^\circ$	TAK, podać	
59	Możliwość obracania monitorów wokół osi pionowej względem podstawy wózka min. o 90 st. w celu uzyskania najlepszej widoczności do pozycji operatora.	TAK	
60	Wyjście DVI	TAK	
61	Wskaźnik włączonego promieniowania na wózku z monitorami	TAK	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

62	Wózek z monitorami może być odłączony od ramienia C na czas transportu.	<b>TAK</b>	
63	Videoprinter na papier termiczny o szerokości min. 110 mm	<b>TAK</b>	
64	Napęd dysków CD-R i/lub DVD do zapisu obrazów DICOM, Automatyczne dogrywanie na dysk CD i/lub DVD przeglądarki DICOM	<b>TAK</b>	
65	Port USB do archiwizacji w formacie DICOM, formaty graficzne np. TIFF oraz AVI	<b>TAK, podać</b>	
66	Funkcjonalności sieciowe DICOM min.: DICOM Send, DICOM Storage Commitment, DICOM Print, DICOM Worklist	<b>TAK</b>	
67	Lista Pacjentów pobierana z systemu informatycznego szpitala	<b>TAK</b>	
68	Możliwość archiwizacji obrazów w systemie PACS	<b>TAK</b>	
69	Zintegrowany system monitorowania i wyświetlania dawki RTG	<b>TAK</b>	
70	Celownik laserowy zintegrowany z obudową detektora	<b>TAK</b>	
71	Wewnętrzny dysk twardy o pojemności nie mniejszej niż 100 000 obrazów	<b>TAK</b>	
72	Przycisk nożny do włączania promieniowania	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

73	Oslony rtg osobiste dla personelu: garsonki rtg, min. 0,5 Pb – 4 szt., oslony tarczycy typu kołnierz min. 1,0 Pb – 4 szt.	TAK	
74	Okulary ochronne RTG ; okulary muszą posiadać w zestawie: sztywny futerał ochronny, spray przeciw parowaniu, czyścik, opaska sznurkowa – 4 szt.)	TAK	
75	Po okresie gwarancji podanie kodów serwisowych w celu dodatkowych możliwości diagnostycznych i podstawowych napraw.	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny z lampą RTG 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 w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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	
6	Wykonanie testów akceptacyjnych i specjalistycznych	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 7

### Aparat EKG – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Aparat min. 12-kanałowy do wydruku i zapisu z 12 odprowadzeniami	<b>TAK</b>	
2	Kolorowy ekran graficzny - dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą)	<b>TAK</b>	
3	Wymiar ekranu min.5,7" ( 118x89 mm) z 3,4,6,lub 12 odprowadzeń	<b>TAK</b>	
4	Rozdzielczość ekranu min. (punkty 320 x 240)	<b>TAK</b>	
5	Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna ekran dotykowy	<b>TAK</b>	
6	Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą	<b>TAK</b>	
7	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe	<b>TAK</b>	
8	Waga max 3,5 kg (z wbudowanym akumulatorem)	<b>TAK</b>	
9	Wydajność akumulatora min. 90 min. ciągłego zapisu , min. 15 m ciągłego wydruku.	<b>TAK</b>	
10	Czas ładowania akumulatora ( przy całkowitym wyładowaniu) max .10 godz.	<b>TAK</b>	
11	Zasilanie 115V/230V, 50-60Hz	<b>TAK</b>	
12	Przetwarzanie analogowo-cyfrowo A/D 13 bitów	<b>TAK</b>	
13	Rodzaj papieru: rolka, rodzaj papieru: termiczny	<b>TAK</b>	
14	Szerokość papieru min. 110 mm	<b>TAK</b>	
15	Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5;10; 25; 50	<b>TAK</b>	
16	Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona	<b>TAK</b>	
17	Ilość drukowanych odprowadzeń: 3, 4, 6, 12	<b>TAK</b>	
18	Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchro	<b>TAK</b>	
19	Detekcja kardiostymulatorów	<b>TAK</b>	
20	Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

21	Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60	TAK	
22	Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35	TAK	
23	Filtr izol linii (Hz): 0,125(1,5s); 0,25(0,6s); 0,5(0,3s); 1,5(0,1s)	TAK	
24	Filtry automatyczne: autoadaptacyjne	TAK	
25	Zabezpieczenie przed defibracją	TAK	
26	Sygnal dźwiękowy tętna	TAK	
27	Baza danych minimum 400 zapisów EKG w pamięci aparatu	TAK	
28	Profil automatyczny	TAK	
29	Profil manualny	TAK	
30	Możliwość ustawienia nieograniczonej ilości profili użytkownika	TAK	
31	Tryb LONG (do wykrywania arytmii)	TAK	
32	Minimum 10 profili LONG	TAK	
33	Możliwość wydruku	TAK	
34	Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu	TAK	
35	Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu	TAK	
36	Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta	TAK	
37	Możliwość wpisania do wydruku danych lekarza lub ośrodka zdrowia	TAK	
38	Pełna analiza i interpretacja słowna (model z diagnostyką)	TAK	
39	Możliwość rozbudowy o pełną spirometrię wdechowo-wydechową o minimum 3 profilach: wymuszona, swobodna, MVV.	TAK	
40	Oprogramowanie do komputerowego EKG z opcją modułu do oceny ryzyka nagłej śmierci sercowej.	TAK	
41	Możliwość rozbudowy o zestaw do prowadzenia prób wysiłkowych	TAK	
42	Możliwość podłączenia do oprogramowania ze wspólną bazą pacjentów dla badań holtera EKG, holtera ABPM, spirometrii, ergospirometrii, i spoczynkowego EKG	TAK	
43	Wózek pod stół z wysięgnikiem na kabel pacjenta, hamulcami i kuwetą na akcesoria	TAK	
44	Urządzenie zarejestrowane jako wyrób medyczny w klasie IIa zgodnie z dyrektywą 93/42/EEC	TAK	
45	Możliwość rozbudowy o moduł LAN & Wifi	TAK	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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 w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

□ **ZĘŚĆ 8**

**Aparat USG – 2 szt.**

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem.	<b>TAK</b>	
2	Przetwornik cyfrowy min. 12-bitowy	<b>TAK</b>	
3	Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej	<b>TAK</b>	
4	Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania min. 4 000 000	<b>TAK</b>	
5	Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych min. 4	<b>TAK</b>	
6	Dynamika systemu min. 290 dB	<b>TAK</b>	
7	Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przepłotu min. 19 cali	<b>TAK</b>	
8	Konsola aparatu ruchoma w dwóch płaszczyznach: góra-dół, lewo-prawo	<b>TAK</b>	
9	Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę min. 10 cali	<b>TAK</b>	
10	Zakres częstotliwości pracy	<b>TAK</b>	
11	Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) 19000	<b>TAK</b>	
12	Możliwość regulacji prędkości odtwarzania w pętli pamięci dynamicznej obrazów (tzw. Cineloop)	<b>TAK</b>	
13	Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie	<b>TAK</b>	
14	Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min 200 s	<b>TAK</b>	
15	Regulacja głębokości pola obrazowania min. 1-38 cm	<b>TAK</b>	
16	Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 70	<b>TAK</b>	
17	Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

18	Zasilanie sieciowe	<b>TAK</b>	
19	Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min. <ul style="list-style-type: none"> <li>• B, B + B, 4 B</li> <li>• M</li> <li>• B + M</li> <li>• D</li> <li>• B + D</li> <li>• B + C (Color Doppler)</li> <li>• B + PD (Power Doppler)</li> <li>• 4 B (Color Doppler)</li> <li>• 4 B (Power Doppler)</li> <li>• B + Color + M</li> </ul>	<b>TAK</b>	
20	Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B min. 1200 obrazów/s	<b>TAK</b>	
21	Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) min. 300 obrazów/s	<b>TAK</b>	
22	Obrazowanie harmoniczne min. 10 pasm częstotliwości	<b>TAK</b>	
23	Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD)	<b>TAK</b>	
24	Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s	<b>TAK</b>	
25	Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy	<b>TAK</b>	
26	Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach	<b>TAK</b>	
27	Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD	<b>TAK</b>	
28	Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 10,0 m/s	<b>TAK</b>	
29	Regulacja bramki dopplerowskiej min. 0,5 mm do 20 mm	<b>TAK</b>	
30	Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej min. +/- 30 stopni	<b>TAK</b>	
31	Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej min. +/- 80 stopni	<b>TAK</b>	
32	Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie min. +/- 80 stopni	<b>TAK</b>	
33	Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania dwóch spectrów przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich (PW/PW, TDI/TDI, PW/TDI)	<b>TAK</b>	
34	Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki)	<b>TAK</b>	







Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

35	Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” min. 5	TAK	
36	System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach	TAK	
37	Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD)	TAK	
38	Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym	TAK	
39	Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych	TAK	
40	Automatyczna optymalizacja obrazu B i spektrum dopplerowskiego za pomocą jednego przycisku	TAK	
41	Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 30 map	TAK	
42	Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu	TAK	
43	Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje)z dyskiem SSD o pojemności min. 500 GB	TAK	
44	Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrive lub płyty CD/DVD	TAK	
45	Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku	TAK	
46	Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki	TAK	
47	Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive	TAK	
48	Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps	TAK	
49	Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty)	TAK	
50	Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. x18	TAK	
51	Powiększenie obrazu po zamrożeniu min. x18	TAK	
52	Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie min. 10	TAK	
53	Przełączanie głowic z klawiatury. Możliwość przypisania głowic do poszczególnych presetów	TAK	
54	Podświetlany pulpit sterowniczy w min. 2 kolorach	TAK	
55	Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu	TAK	
56	Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

57	Pełne oprogramowanie do badań: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brzusznych</li> <li>• Naczyniowych</li> <li>• Śródoperacyjnych</li> <li>• Mięśniowo-szkieletowych</li> <li>• Ortopedycznych</li> <li>• Kardiologicznych</li> <li>• Neurologicznych</li> </ul>	<b>TAK</b>	
58	Głowice min. 3 : convex, sektorową i liniową ( do każdej głowicy podać częstotliwości pracy i zakres obrazowania	<b>TAK, podać</b>	
59	Drukarka 1 szt.	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	<b>TAK</b>	
3	Nieodpłatny instruktaż z obsługi urządzenia personelu medycznego (2 osoby)	<b>TAK</b>	
4	Określenie sposobów i dopuszczalnych metod sterylizacji (dezynfekcji) elementów, wyposażenia lub części urządzeń, które tego wymagają	<b>TAK, podać</b>	
5	Paszport techniczny	<b>TAK</b>	

**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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 9

### Aparat RTG przewoźny (przyłóżkowy) – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Częstotliwość generatora min. 100kHz	TAK	
2	Zasilanie 1x230V, 50Hz z gniazda sieciowego ściennego	TAK	
3	Moc generatora min. 30 kW	TAK	
4	Zakres napięcia: 40-125kV	TAK	
5	Nastawa mAs w zakresie: min. 0,2 – 220 mAs	TAK	
6	Maksymalna nastawa mA: min 400 mA	TAK	
7	Minimalny czas ekspozycji ≤ 2 ms.	TAK	
8	Kolorowy panel sterujący min 15"HD	TAK	
9	Pomiar dawki DAP	TAK	
10	Wybór technik : min. 2 i 3 punktowa	TAK	
11	Wyświetlanie informacji o błędach	TAK	
12	Dwustopniowy włącznik ekspozycji	TAK	
13	Ręczna nastawa parametrów ekspozycji	TAK	
14	Programy anatomiczne programowalne w pamięci aparatu min 200	TAK	
15	Max. wymiary ogniska: - małe ≤ 0,6 mm - duże ≤ 1,3 mm	TAK	
16	Szybkość wirowania anody min 3000 obr./min	TAK	
17	Pojemność cieplna anody min 100 kHU	TAK	
18	Szybkość chłodzenia anody min 20kHU/min	TAK	
19	Kolimator obrotowy min. +/- 90°	TAK	
20	Zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem	TAK	
21	Obrót lampy wokół osi X min +/- 180°	TAK	
22	Obrót lampy wokół osi Y min. 100 °	TAK	
23	Maksymalna wysokość ogniska od podłogi min 1950 mm	TAK	
24	Detektor bezprzewodowy	TAK	
25	Pole obrazowe detektora min. 36 x 43cm (+/- 0,5 cm)	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

26	Wielkość piksela max 145 µm	TAK	
27	Głębokość przetwarzania min. 16 bit	TAK	
28	Czas pracy detektora bez konieczności ładowania baterii min. 8 godzin	TAK	
29	Możliwość wymiany baterii bez konieczności wyłączenia detektora	TAK	
30	Waga detektora z baterią do 3,5 kg	TAK	
31	Waga aparatu do 230kg	TAK	
32	Szerokość aparatu: max 635 mm	TAK	
33	Wysokość transportowa aparatu max 1500mm	TAK	
34	Wbudowany ups dla podtrzymania pracy stacji technika	TAK	
35	Wpis aparatu lub zgłoszenie do Rejestru Urządzeń Medycznych	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
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 w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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	
6	Wykonanie testów akceptacyjnych i specjalistycznych	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)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 10

### Pompy objętościowe – 10 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Kolorowy wyświetlacz dotykowy	<b>TAK, podać wymiar</b>	
2	- Wprowadzanie danych przy pomocy klawiatury numerycznej, - Możliwość zmiany parametrów bez przerywania infuzji	<b>TAK</b>	
3	Infuzja w jednostkach: ng, µg, mg, g, µEg, mEg, Eg, mIU, IU, kIU, mIE, IE, kIE, mmol, mol, cal, kcal, J, kJ. Jednostka/kg, lb, in <sup>2</sup> , m <sup>2</sup> / min, h, 24h.	<b>TAK</b>	
4	Blokada danych (Zaprogramowane parametry powinny być chronione hasłem dostępu.)	<b>TAK</b>	
5	Bolus automatyczny i manualny- Możliwość programowania dawki, czasu lub szybkości podaży.	<b>TAK</b>	
6	Automatyczna likwidacja bolusa okluzyjnego	<b>TAK</b>	
7	Min. 12 poziomów ciśnienia okluzji- możliwość zmiany progu w czasie trwania infuzji. Wskaźnik ciśnienia widoczny na wyświetlaczu.	<b>TAK</b>	
8	Rozbudowany system alarmów. Pozwala na regulację głośności i wybór typu dźwięku. Tryb nocny z możliwością ustawienia przyciszonego dźwięku i zmniejszonej jasności wyświetlacza.	<b>TAK</b>	
9	Rejestr zdarzeń. Umożliwia zapisanie pełnej historii infuzji (parametry, czynności operatorskie oraz alarmy wraz z datą i godziną wystąpienia). Zapisana informacja może być przeglądana zarówno w pompie jak i na komputerze PC.	<b>TAK</b>	
10	Biblioteka leków ( z możliwością podzielenia na kategorie i profile pacjenta)	<b>TAK, podać</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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 24h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 11

### Przenośny kapnograf z pulsoksymetrem – 3 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Tryb pełnoekranowy	<b>TAK</b>	
2	System operacyjny	<b>TAK, podać</b>	
3	Ekran dotykowy	<b>TAK</b>	
4	Ekran o przekątnej min. 2,4 cala Wyświetlacz: 4,3 cala Rozdzielczość min. 480x272 Kolorowy ekran, antyrefleksowy.	<b>TAK</b>	
5	Czujnik grawitacyjny	<b>TAK</b>	
8	Urządzenie posiadające funkcję automatycznego obracania ekranu, która umożliwia min. czterokierunkową pracę w pionowym i poziomym ułożeniu.	<b>TAK</b>	
9	System alarmowy pozwala na zarządzanie pracą akumulatora wielokrotnego ładowania min. 4800mAh/3,7V	<b>TAK</b>	
10	Umożliwia monitorowanie pacjenta poprzez nieprzerwaną pracę urządzenia w przypadku braku zasilania prądem zmiennym.	<b>TAK</b>	
11	Przechowywanie danych zapisujące w pamięci min. 500 grup/pacjentów	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

12	Tryb wyświetlania wielu parametrów: - Numer identyfikacyjny (ID) pacjenta: informacje o pacjencie - Obszar parametrów SpO2: bieżące wskazania SpO2 oraz górne i dolne granice alarmów. - Obszar krzywej SpO2: krzywa wyświetlana jest aktualną krzywą wartości SpO2 - Obszar parametrów EtCO2: bieżący poziom CO2 oraz górne i dolne granice alarmów. - Obszar krzywej EtCO2 - Obszar alarmów fizjologicznych: informacje o aktualnych alarmach fizjologicznych - Alarm techniczny i obszar dodatkowych informacji: bieżące alarmy techniczne monity. - Obszar statusu alarmu: symbole alarmów. - Czas wyświetlania: aktualna godzina. - Częstotliwość oddechów RR - Puls PR	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 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	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 12

### Kaniula tętnicza - długa zakładana metodą Seldingera – 200 szt.

Rok produkcji: nie starszy niż 2020

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Zakładana metodą Seldingera	<b>TAK</b>	
2	Kaniulacja naczynia tętniczego pozwalająca na inwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi	<b>TAK</b>	
3	Umożliwienie pobierania krwi tętniczej do badania gazometrycznego bez konieczności każdorazowego nakłuwania tętnicy	<b>TAK</b>	
4	Kaniula o rozmiarze 20G, długość kaniuli do max. 8cm	<b>TAK</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

#### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

### CZĘŚĆ 13

#### Aparat do Hemodializy z wyposażeniem – 6 000 zł.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Przeznaczenie aparatu do wykonywania zabiegów hemodializy i ultrafiltracji	<b>TAK</b>	
2	Wyposażony w min. jedną pompę krwi umożliwiającą realizację dializy jednogłowej	<b>TAK</b>	
3	Pamięć składu koncentratu lub dializatu	<b>TAK</b>	
4	Profilowanie sodu, wodorowęglanu i ultrafiltracji niezależne od pozostałych parametrów	<b>TAK</b>	
5	Regulacja przepływu krwi min 20 (+/- 30) do 600 ml/min	<b>TAK</b>	
6	Regulowany przepływ płynu dializacyjnego w zakresie od 300 do 800 ml/min (max co 50 ml/min)	<b>TAK</b>	
7	Ciągły objętościowy pomiar ultrafiltracji	<b>TAK</b>	
8	Tryb oszczędnościowy min.: brak zużycia koncentratu w trybie oczekiwania na pacjenta	<b>TAK, podać</b>	
9	Programowanie procedur dezynfekcji: termicznej, cytrotermicznej, chemicznej	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

10	Dezynfekcja i czyszczenie ekranu, powierzchni zewnętrznych przy pomocy środków dezynfekcyjnych	<b>TAK, podać</b>	
11	Archiwizacja min 10 wykonanych dezynfekcji aparatu wraz z błędami i odczyt z poziomu programu użytkowego	<b>TAK</b>	
12	Pamięć min 3 ostatnich zabiegów z możliwością analizy wszystkich parametrów zabiegu	<b>TAK</b>	
13	Automatyczna dezynfekcja ssawek koncentratu	<b>TAK</b>	
14	Automatyczna pompa heparyny z możliwością programowania bolusa automatycznie lub ręcznie.	<b>TAK</b>	
15	Możliwość przechodzenia z kapsuły na płynny bikarbonat i odwrotnie w czasie zabiegu	<b>TAK</b>	
16	Możliwość wczesnego wykrywania skrzepów w dializatorze poprzez czujnik ciśnienia krwi przed dializatorem	<b>TAK</b>	
17	Aparat wyposażony w mankiet do pomiaru ciśnienia RR	<b>TAK</b>	
18	Aparat wyposażony ciekłokrystaliczny, kolorowy monitor	<b>TAK</b>	
19	Programowanie automatycznego włączenia wyłączenia aparatu	<b>TAK</b>	
20	Dostęp do poboru próbki płynu dializacyjnego z portu	<b>TAK</b>	
21	Program serwisowy umożliwiający wszelkie kalibracje oraz pełną diagnostykę aparatu	<b>TAK, podać z jakiego poziomu</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

22	Zasilanie elektryczne 230V/50Hz/16A	TAK	
23			
24	Wtyczka 16A 2P+Z 230V	TAK	
<b>Warunki techniczne przyłącza</b>			
1	Zamawiający informuje, że dysponuje przyłączem wodnym o zakresie ciśnień 1,0 – 1,6Bar.		
<b>Warunki gwarancji:</b>			
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 w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 14

### Dozownik tlenu – 50 sztuk

Model: .....

Typ: .....

Rok produkcji: nie starszy niż 2020

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Korpus wykonany: z mosiądzu chromowanego / stal nierdzewna	<b>TAK, podać</b>	
2	Zakres przepływu regulowany w zakresie min. Od 0 do 15L/min	<b>TAK</b>	
3	Wtyk do pkt. poboru w systemie AGA wykonany ze stali nierdzewnej	<b>TAK</b>	
4	Obsługa ciśnienia wejściowego min. 0,5 MPa	<b>TAK</b>	
5	Przyłącze wejściowe pod butelkę nawilżacza 9/16"	<b>TAK</b>	
6	Ciśnienie wlotowe w zakresie 4-6,5 bar	<b>TAK</b>	
7	Dozownik wyposażony w: - kopolkę zewnętrzną, - rurkę rotametryczną ze skalą, - kulkę lub stożek wskazujący.	<b>TAK</b>	
8	Możliwość podłączenia: nawilżacz, pojemnik jednorazowego użytku	<b>TAK</b>	
9	Możliwość sterylizacji butelki nawilżacza w temp. powyżej 120°C	<b>TAK</b>	
10	Temperatura pracy 10-30°C	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim	<b>TAK</b>	

#### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec  
e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 15

### Układy oddechowe do respiratorów – 5000 szt.

Rok produkcji: nie starszy niż 2020

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Rura z PCV o średnicy 19mm i długości 1,5m	<b>TAK</b>	
2	Rura 19mm zakończona mufą typu FLEX o średnicy 22mm i podłączona do pułapki wodnej o dł. 877mm ±86mm ( długość bez mufy 850mm ± 85 mm) – 2szt	<b>TAK</b>	
3	Rura od pułapki wodnej do trójnika Y o dł. 850mm ±85mmF – 2szt.	<b>TAK</b>	
4	Dodatkowa rura 19mm o dł. 550mm ±55mm z dwoma elastycznym mufami 22mmF	<b>TAK</b>	
5	2 pułapki wodne samouszczelniające się przy opróżnianiu	<b>TAK</b>	
6	Trójnik Y zakończony 22mmM/15mmF z dwoma portami zabezpieczonymi zatyczkami przytwierdzonymi do trójnika	<b>TAK</b>	
7	Kolanko 15mmM-22mmM/15mmF z portem luer lock z wkręcanym koreczkiem (dającym stabilne szczelne zabezpieczenie)	<b>TAK</b>	
8	Zatyczka 22mmF zabezpieczająca układ przed wpadaniem ciał obcych, zapewniającą dobrą widoczność dla personelu szpitalnego	<b>TAK</b>	
9	Łącznik prosty 22mmM-22mmM	<b>TAK</b>	
10	Sterylny ( sterylizowany tlenkiem etylu) – potwierdzenie załączonym certyfikatem walidacji procesu sterylizacji producenta	<b>TAK</b>	
11	Rury gładkie w środku	<b>TAK</b>	
12	Złącze Y	<b>TAK</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności EN ISO Spełniające standardy jakościowe: 13485:2003, 93/42/EEC, EN ISO 5367, EN ISO 5356-1, EN ISO 11607-1:2009, EN ISO 11607-2:2009, EN ISO11135-1:2007, EN ISO 23328-1, EN ISO 23328-2, EN ISO 594-1	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 16

### Pulsoksymetr przenośny – 3 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Zasilanie sieciowe 230 VAC 50 Hz	<b>TAK</b>	
2	Zasilanie akumulatorowe pojemność min.2000 mAh	<b>TAK, podać</b>	
3	Zakres pomiaru pulsu w zakresie min 20-300 bp	<b>TAK</b>	
4	Pomiar saturacji w zakresie nie gorszym niż 0 - 100%	<b>TAK</b>	
5	Możliwość wykonywania pomiarów dla dorosłych dzieci i noworodków	<b>TAK</b>	
6	Możliwość stabilnego postawienia urządzenia (np. na dedykowanym stojaku) w kpl.	<b>TAK</b>	
7	Wyświetlana krzywa pletyzmograficzna	<b>TAK</b>	
8	W komplecie etui ochronne	<b>TAK</b>	
9	Możliwość pracy urządzenia w trybach: monitorowania, kontroli oraz zapisu	<b>TAK</b>	
10	Wbudowana pamięć- możliwość przeglądania wyników pomiarów SpO2 oraz częstotliwości pulsu	<b>TAK</b>	
11	Wyświetlacz LCD, kolorowy z możliwością wyboru widoku w pionie lub w poziomie	<b>TAK</b>	
12	Możliwość eksportu danych do komputera za pomocą USB	<b>TAK</b>	
13	Błąd pomiaru saturacji nie większy niż $\pm 2\%$ dla SpO2 od 70% do 100%	<b>TAK</b>	
14	Błąd pomiaru pulsu nie większy niż $\pm 2$ bpm dla częstotliwości pulsu od 30-250 bpm	<b>TAK</b>	
15	Alarmy (dźwiękowe i wizualne)	<b>TAK</b>	
16	Dźwiękowe i wizualne alarmy zbyt wysokiej i zbyt niskiej saturacji oraz zbyt wysokiej i zbyt niskiej częstotliwości pulsu	<b>TAK</b>	
17	Alarm odłączenia czujnika	<b>TAK</b>	
18	Alarm odłączenia pacjenta	<b>TAK</b>	
19	Sygnalizacja pełnej pamięci	<b>TAK</b>	
20	Alarm niskiego poziomu naładowania baterii	<b>TAK</b>	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

21	Waga urządzenia nie większa niż 400 g	TAK	
23	Akumulator lub baterie akumulatorowe w zestawie oraz ładowarka	TAK	
24	Czujnik saturacji dla dorosłych oraz dzieci palcowy oraz uszny	TAK	
25	Alarm pulsu i saturacji	TAK	
26	Czujnik uszny	TAK	
27	Czujnik palcowy	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny minimum 12 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	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec  
e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## Część 17

### Bronchoskop – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Średnica wziernika roboczego max 6,0mm	<b>TAK</b>	
2	Średnica wewnętrzna kanału roboczego min. 2,7 mm	<b>TAK</b>	
3	Długość robocza min. 600mm	<b>TAK</b>	
4	Długość całkowita max 900 mm	<b>TAK</b>	
5	Kąt widzenia min 120°	<b>TAK</b>	
6	System optyczny z ruchomym pierścieniem regulacyjnym dioptrii	<b>TAK</b>	
7	Oznaczenie położenia dioptrii na okularze	<b>TAK</b>	
8	Głębia ostrości 3-50 mm	<b>TAK</b>	
9	Dioptrie: +3 ~ -8 dptr.	<b>TAK</b>	
11	Wygięcia końcówki dystalnej min.: góra/dół 180/130 stopni	<b>TAK</b>	
12	Dźwignia regulacji wyginania kąтового z oznaczeniem kierunku zagięcia na dźwigni (górze/dół)	<b>TAK</b>	
13	Tuba wziernikowa wyposażona u swojej nasady w gumowy kompensator naprężeń	<b>TAK</b>	
14	Wlot kanału biopsyjnego typu LUER	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

15	Bronchofiberoskop przystosowany do wykonywania zabiegów elektrochirurgicznych	TAK	
16	Koniec dystalny endoskopu wyposażony w min 2 światłowody	TAK	
17	Dowolność mycia i dezynfekcji bronchofiberoskopu w środkach chemicznych różnych producentów przeznaczonych do mycia i dezynfekcji endoskopów giętkich	TAK	
18	Możliwość sterylizacji w ETO	TAK	
19	Walizka wyposażona w ruchomy uchwyt do przenoszenia oraz w 2 zamki typu zatrzask, zamykane kluczem	TAK	
20	Certyfikowany medycznie, manometryczny tester szczelności endoskopu z ręczną pompą	TAK	
21	Pełna współpraca z oferowanym źródłem światła	TAK	
22	Moc max. 50 W	TAK	
23	Regulacja natężenia światła	TAK	
24	Żywotność diody min 50000 godz	TAK	
25	Intensywność światła min 42000 Lux	TAK	
26	Temperatura barwowa min. 5000K do 5300K	TAK	
27	Waga max 1,8 kg	TAK	
28	Wymiary max. 120x120x170 mm	TAK	
29	Napięcie zasilania 100-240V	TAK	
30	ZAWÓR ssania min. 2 szt.	TAK	
31	Średnica zewnętrzna wziernika max 6,0 mm	TAK	
32	Zawór ssący i przyłącze ssaka odłączalne, rozbieralne, autoklawowalne, wielokrotnego użytku.	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

33	Kodowe oznaczenie średnicy kanału	TAK	
34	Urządzenie do mycia bronchoskopu	TAK	
35	Monitor obrazujący pole badania	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
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 w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
5	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 18

### Reduktor tlenowy – 4 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Przepływomierz obrotowy 0-25 l/min	<b>TAK</b>	
2	Wskaźnik nastawionego przepływu	<b>TAK</b>	
3	Manometr zabezpieczony gumową osłoną	<b>TAK</b>	
4	Standardowe szybkozłącze AGA do podłączenia respiratora	<b>TAK</b>	
5	Króciec do podłączenia przewodu tlenowego,	<b>TAK</b>	
6	Możliwość mocowania na butli bez użycia narzędzi	<b>TAK</b>	
7	Konstrukcja odporna na czynniki zewnętrzne	<b>TAK</b>	
8	Reduktor spełniający wymogi dla zestawu PSP R-1, R-2	<b>TAK</b>	
9	<b>Dane techniczne:</b> Ciśnienie wejściowe: do 300 bar Ciśnienie wyjściowe: 4,5 bar Gwint wejściowy: G 3/4"	<b>TAK</b>	
10	<b>Przepływ:</b> 0-2-3-4-5-6-9-12-15-25 l/min.	<b>TAK</b>	
11	<b>Wejścia:</b> regulowane (króciec stożkowy), bez regulacji (szybkozłączka AGA)	<b>TAK</b>	
12	Transportowy do butli	<b>TAK</b>	
13	Bez kąpielii wodnej	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

### UWAGA:

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

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



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 19

### Aparat do pomiaru rr na stojakach – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Cyfrowy miernik ciśnienia krwi na stojaku mobilnym	<b>TAK</b>	
2	Technologia pomiaru jakości szpitalnej ograniczająca ryzyko błędu nawet przy słabym tętnie lub ruchu pacjenta	<b>TAK</b>	
3	Opcja łączności za pomocą kabla usb umożliwiającą komunikację z elektroniczną kartą pacjenta/ system HIS w celu ułatwienia prowadzenia dokumentacji	<b>TAK</b>	
4	Kompatybilny z mankietami do pomiaru ciśnienia od pediatrycznego do udowego	<b>TAK</b>	
5	Wyposażony w akumulator litowo jonowy z możliwością szybkiego ładowania o pojemności min. 2000mAh	<b>TAK, podać</b>	
6	Możliwość konfiguracji pod kątem różnych procedur badania	<b>TAK, podać</b>	
7	<b>Urządzenie mobilne lub montowane do ściany z możliwością wypięcia do pracy</b>	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	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 Zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 20

### Czujnik wilgotności powietrza do BTiK (Banku Tkanek i Komórek) z analizą programową i podłączeniem do systemu BMS – 20 szt.

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Pomiar wilgotności powietrza 0-100%	<b>TAK</b>	
2	Pomiar temperatury min. 5 – 40 oC	<b>TAK, podać</b>	
3	Oprogramowanie monitorujące wskazania wilgotności powietrza i temperatury z licencją	<b>TAK, podać</b>	
4	Możliwość wydruku zestawień i raportów	<b>TAK</b>	
5	Montaż czujników	<b>TAK</b>	
6	Instalacja oprogramowania	<b>TAK</b>	
7	Wsparcie techniczne	<b>TAK</b>	
8	System elastyczny z możliwością rozbudowy	<b>TAK</b>	
9	Otwarta magistrala BACnet do komunikacji pomiędzy sterownikami i BMS	<b>TAK</b>	
10	Swoboda konfiguracji urządzeń w zależności od potrzeb	<b>TAK</b>	
11	Czujniki z komunikacją cyfrową - 20 szt.	<b>TAK</b>	
12	Sterownik wyposażony w WebSerwer	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	<b>TAK</b>	
3	Szkolenie z obsługi systemu nieodpłatne	<b>TAK</b>	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 21

### Ssak elektryczny – przenośny – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Możliwość pracy akumulatorowej	<b>TAK</b>	
2	Regulacja siły ssania, elektronicznie kontrolowana wybierana przez naciśnięcie klawisza do – 0,8 bar	<b>TAK</b>	
3	Elektroniczny system wyłączający pompę ssącą w przypadku przekroczenia ustawionej siły ssania- prędkość ssania- powyżej 20l/min	<b>TAK</b>	
4	Zbiornik na wydzielinę wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji w autoklawie – poj. min. 0,9L	<b>TAK</b>	
5	Integralnie wbudowany filtr bakteryjny	<b>TAK</b>	
6	Zasilanie 230V	<b>TAK</b>	
7	Mocowanie ściennie do ambulansu	<b>TAK</b>	
8	Temperatura pracy min. od 18 do 40 oC	<b>TAK</b>	
9	Czas pracy z akumulatora minimalnie: 45min	<b>TAK, podać</b>	
10	Pojemnik wielokrotnego użytku	<b>TAK</b>	
11	Żywotność baterii – 2 lata/ min. 400 cykli ładowania	<b>TAK, podać</b>	
12	Komplet ma zawierać: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ssak,</li> <li>• zbiornik na wydzielinę,</li> <li>• dren do odsysania,</li> <li>• uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie,</li> <li>• kabel zasilający,</li> </ul>	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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 24h.	TAK	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
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)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 22

### System centralnego monitorowania pacjenta – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	System centralnego monitorowania pacjenta zgodny z posiadanymi przez zamawiającego kardiomonitarami firmy DRAGER	<b>TAK</b>	
2	Wyświetlane krzywe dynamiczne parametrów życiowych: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 kanały krzywych EKG</li> <li>• 1 kanał krzywej RESP</li> <li>• 1 kanał krzywej PLETH</li> <li>• 3 kanały krzywej CO2</li> <li>• 4 kanały krzywej AG dla CO2, O2, N2O i AA</li> <li>• 2 krzywe RM</li> <li>• 1 CO2 krzywe (RM)</li> </ul>	<b>TAK</b>	
3	Wyświetlane parametry życiowe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HR, RESP, ST</li> <li>• SpO2 i PR</li> <li>• NBP</li> <li>• IBP</li> <li>• Dwie temperatury i różnice temperatury</li> <li>• etCO2, ftCO2 oraz AWRR CO2</li> <li>• etCO2/ FiCO2, etN2O/FiN2O, etO2/FiO2, etAA/FiAA, AWRR, MAC AG</li> <li>• C.O., T.B</li> <li>• RM, PEEP, PIP, Pplat, Pmean, AwRR, PIF, PEF, Mve, Mvi, Tve, Tvi</li> <li>• CO2 (RM): EtCO2, FiCO2</li> </ul>	<b>TAK</b>	
4	Zapis zdarzeń alarmowych	<b>TAK, podać</b>	
5	Pomiar NIBP	<b>TAK</b>	
6	Pomiar C.O.	<b>TAK</b>	
7	Alarm dźwiękowych i wizualnych	<b>TAK</b>	
8	Zapamiętywanie i przeglądanie krzywych dynamicznych	<b>TAK, podać</b>	
9	Dostęp do danych za pomocą technologii webowej w lokalnej sieci szpitala	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

10	System: Spełniający wymagania norm (IEC/EN) w zakresie kontroli dla urządzenia ITE	TAK	
11	Stacja robocza PC:  System operacyjny: Windows XP 32-bitowy, 7 Pro 32/64-bitowy, 8 Pro 32/64-bitowy	TAK, podać	
12	Klawiatura	TAK	
13	Mysz	TAK	
14	Ekran: Wymiary min. całe:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 (ekran panoramiczny)</li> <li>• 19 (ekran standardowy)</li> <li>• 17 (ekran standardowy)</li> </ul> Minimalne rozdzielczość ( w pikselach)  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1440 x 900</li> <li>• 1280 x 1024</li> <li>• 1280 x 1024</li> </ul>	TAK	
15	Drukarka	TAK	
16	Zasilanie awaryjne	TAK	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
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	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
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	
4	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	
5	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	TAK	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

**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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 23

### Myjka endoskopowa – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Myjnia automatyczna do mycia endoskopów giętkich, jednostanowiskowa	<b>TAK</b>	
2	Możliwość mycia i dezynfekcji endoskopów różnych producentów.	<b>TAK, podać</b>	
3	Możliwość stosowania środków myjących	<b>TAK</b>	
4	Przyłącze EOG przystosowane do mycia endoskopów posiadanych przez zamawiającego (firmy PENTAX).	<b>TAK</b>	
5	Możliwość stosowania środków zarówno wielo- jak i jednorazowego użytku.	<b>TAK</b>	
6	Automatyczny proces mycia i dezynfekcji	<b>TAK</b>	
7	Dezynfekcja w obiegu zamkniętym	<b>TAK</b>	
8	W ramach procesu mycia i dezynfekcji automatyczna realizacja następujących procesów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• faza mycia wstępnego czystą wodą,</li> <li>• faza mycia za pomocą środka enzymatycznego (detergentu),</li> <li>• faza płukania enzymatycznego,</li> <li>• faza środka dezynfekującego,</li> <li>• faza płukania po dezynfekcji,</li> <li>• faza przedmuchiwania/suszenia (przedmuchiwane są wszystkie kanały endoskopu)</li> </ul>	<b>TAK</b>	
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)	<b>TAK</b>	
10	Możliwość zaprogramowania min. 15 indywidualnych programów mycia (F1 – F15)	<b>TAK</b>	
11	Funkcja programowania okresu przydatności dla środka wielorazowego użytku	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

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	
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	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
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	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	TAK	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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	Instrukcja 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 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 24

### Videolaryngoskop do trudnej intubacji – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Kamera	<b>TAK</b>	
2	Kąt widzenia min. 60° +/- 9°	<b>TAK</b>	
3	Wyświetlacz min. 2,5" LCD (rozdzielczość min. 320x240)	<b>TAK</b>	
4	Odchylenie monitora min. 60° przód, 60° tył, 80° w lewo, 150° w prawo	<b>TAK</b>	
5	Podświetlenie ≥140 LUX	<b>TAK</b>	
6	Źródło światła: LED	<b>TAK</b>	
7	Czas pracy na baterii min. 2,5h	<b>TAK</b>	
8	Czas ładowania baterii do 4h	<b>TAK</b>	
9	Wilgotność pracy: 10% do 90%	<b>TAK</b>	
10	W zestawie: Videolaryngoskop z monitorem, ładowarka i kabel zasilający, wielorazowe łyżka rozmiarach 2,3,4 do intubacji dla dorosłych	<b>TAK</b>	
11	Wodoodporny	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym zostanie wykonana nieodpłatnie w ciągu maksymalnie 24h.	<b>TAK</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	<b>TAK</b>	
3	Instruktaż z obsługi urządzenia nieodpłatne	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

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 Zamawiającego dodatkowych kosztów.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 25

### Wózek do transportu pacjentów w pozycji leżącej – bariatryczny – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Konstrukcja wózka oparta na dwóch kolumnach.	<b>TAK</b>	
2	Leże min. dwusegmentowe wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone. Wykonane z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych, wilgoć, odbarwienia .	<b>TAK</b>	
3	Leże na całej długości przeziernie dla promieni RTG o strukturze kompozytu gwarantującej zwiększoną przezierność w stosunku do płyt HPL, w celu uzyskania wyników bez artefaktów i o wysokim stopniu szczegółowości analizy	<b>TAK</b>	
4	Konstrukcja leża ma zapobiegać zsuwaniu się materaca oraz posiadać uchwyty, wykonane jako jeden odlew przeznaczony do mocowania materaca i pasów pacjenta	<b>TAK</b>	
5	Wózek wyposażony w min. 4 tuleje do mocowania wyposażenia dodatkowego: min. dwie tuleje od strony głowy i min. 2 tuleje od strony nóg	<b>TAK</b>	
6	Wózek wyposażony od strony głowy pacjenta w uchwyty do prowadzenia z możliwością składania pod ramę leża, w celu bezpiecznego dostępu do pacjenta	<b>TAK</b>	
7	Wózek wyposażony od strony nóg pacjenta w uchwyt do prowadzenia wykonany ze stali chromowanej	<b>TAK</b>	
8	Wózek wyposażony w półkę pod monitor lub defibrylator montowaną do uchwytu od strony nóg pacjenta; półka posiadająca pas zabezpieczający monitor lub defibrylator przed spadaniem	<b>OPÓJAJA</b>	
9	Wymiary wózka: 1. Długość: 2050 mm (+/- 20 mm) 2. Szerokość wózka: 800 mm (+/- 20 mm) 3. Wymiar leża: 2000 x 700 mm (+/- 20 mm) 4. Prześwit pomiędzy podstawą, a podłożem min. 150 mm, w celu umożliwienia współpracy z podnośnikiem pacjenta	<b>TAK</b>	
10	Barierki boczne składane wzdłuż ramy leża, wspomagane sprężynami gazowymi .	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

11	Boki barierek wyposażone w listwy odbojowe, górna krawędź wykończona estetycznym tworzywem. Barierki boczne nie poszerzające gabarytów wózka, po złożeniu muszą znajdować się poniżej poziomu materaca	<b>TAK</b>	
12	Długość barierek bocznych min. 1200 mm Wysokość barierek bocznych ponad leże min. 310 mm	<b>TAK</b>	
13	Narożniki wózka wyposażone w krążki odbojowe zabezpieczające ściany i wózek przed uszkodzeniami	<b>TAK</b>	
14	Teleskopowy, hydrauliczny mechanizm regulacji wysokości o konstrukcji dwukolumnowej. Kolumny wykonane ze stali nierdzewnej	<b>TAK</b>	
15	Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie od 600 mm do 950 mm (+/- 30 mm), dokonywana dźwigniami nożnymi umiejscowionymi po obu stronach wózka	<b>TAK</b>	
16	Regulacja oparcia pleców uzyskiwana płynnie za pomocą sprężyny gazowej dźwignią umieszczoną od strony głowy pacjenta, wyraźnie oznaczona np. kolorem czerwonym. Zakres regulacji od 0 do 85° (+/- 2°)	<b>TAK</b>	
17	Regulacja przechyłów wzdłużnych Trendelenburga i anty-Trendelenburga uzyskiwana płynnie za pomocą dźwigni nożnych umieszczonych z dwóch stron wózka (osobna dźwignia Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga). Zakres regulacji min. 0 do 14°	<b>TAK</b>	
18	Miejsce na butlę tlenową z pasami zabezpieczającymi oraz miejsce na podręczne rzeczy	<b>TAK</b>	
19	Układ jezdny wózka, wymagający użycia siły do 10 kg podczas przetaczania wózka z pełnym dopuszczalnym obciążeniem. Podstawa jezdna wyposażona w 4 koła o średnicy min. 200 mm, blokowane centralnie.	<b>TAK podać</b>	
20	Dźwignie hamulca centralnego dostępne w czterech narożnikach wózka. Dźwignie wyraźnie oznaczone kolorami informującymi o stanie użycia blokady (np. kolor czerwony koła zablokowane, kolor zielony odblokowane)	<b>TAK</b>	
21	Wózek wyposażony w materac o grubości min. 80 mm. Pokrowiec materaca wykonany z materiału „skaj”, łatwo zmywalny, zabezpieczony przed wnikaniem płynów. Możliwość wyboru koloru pokrowca. Materac mocowany za pomocą pasków (zatrząsków/klamer mocujących)	<b>TAK, podać</b>	
22	Pięte koło ułatwiające manewrowanie wózkiem i precyzyjną jazdę, wyposażone w sprężynę dociskającą koło do podłoża	<b>OP</b> <input type="checkbox"/> <b>JA</b>	
23	Wózek wyposażony w wieszak kroplówki wykonany ze stali nierdzewnej, z regulacją wysokości w zakresie min. 700 – 1200 mm, wyposażony w min. 4 tworzywowe haczyki do zawieszania płynów	<b>OP</b> <input type="checkbox"/> <b>JA</b>	
24	Wózek wyposażony w uchwyt z dwoma haczykami na woreczki urologiczne umieszczony z boku wózka	<b>OP</b> <input type="checkbox"/> <b>JA</b>	
25	Waga wózka bez wyposażenia do 120 kg	<b>TAK</b>	
26	Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 315 kg	<b>TAK podać</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

27	Wyrób medyczny klasy I	TAK	
28	Wózek zgodny z dyrektywą UE 93/42/CEE wraz ze zmianami UE 2007/47/EC	TAK	
29	Możliwość wyboru koloru pokrowca	TAK, podać	
30	Dźwignie oznaczone kolorem	TAK	
31	Miejsce na butlę tlenową w podstawie	TAK	
32	Miejsce na podręczne rzeczy	TAK	
33	Pasy do zamocowania butli	TAK	
35	Prześwit pomiędzy podstawą a podłożem min. 150mm	TAK	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
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	<input type="checkbox"/> erwis 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 w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
	<b><input type="checkbox"/>erwi, <input type="checkbox"/>zkolenia, instrukcje i <input type="checkbox"/>ertyfikaty</b>		
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	Wózek zgodny z Dyrektywą UE 93/42/CEE wraz ze zmianami UE 2007/47/EC	TAK	
6	Wyrób medyczny klasy I	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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 26

### Wózki transportowe do przewozu pacjentów w pozycji leżącej – 20 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Wózek przeznaczony do transportu wewnątrzszpitalnego	<b>TAK</b>	
2	Wymiary leża : 2000x700 mm ( +/- 20 mm)	<b>TAK</b>	
3	Szerokość całkowita wózka z poręczami bocznymi: 800 mm (± 20mm)	<b>TAK</b>	
4	Długość całkowita wózka: 2050 mm (± 20 mm)	<b>TAK</b>	
5	Regulacja wysokości za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie 580 – 880 mm (± 20 mm)	<b>TAK</b>	
6	Oparcie pleców regulowane sprężynami gazowymi z blokadą w zakresie od 0 <sup>0</sup> do 70 <sup>0</sup> ± 3 <sup>0</sup>	<b>TAK</b>	
7	Przechył Trendelenburga: min 0 - 14 <sup>0</sup>	<b>TAK</b>	
8	Przechył anty -Trendelenburga: min 0 - 14 <sup>0</sup>	<b>TAK</b>	
9	Zakres regulacji pleców min 0 – 85 <sup>0</sup>		
10	Regulacja pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	<b>TAK</b>	
11	Wózek wykonany z profili stalowych, lakierowanych proszkowo.	<b>TAK</b>	
12	Podstawa wózka obudowana wypraskami z tworzywa z zastosowaniem nanotechnologii srebra	<b>TAK</b>	
13	Dwusegmentowe leże wypełnione płytą laminatową umożliwiającą wykonanie zdjęć RTG oraz przeprowadzanie reanimacji. Możliwość monitorowania klatki piersiowej pacjenta aparatem RTG z ramieniem C	<b>TAK</b>	
14	Leże z trzema tunelami na kasetę RTG (jeden w oparciu pleców, dwa w segmencie nożnym)	<b>TAK</b>	
15	Wózek zaopatrzony w min. 4 krążki odbojowe	<b>TAK</b>	
16	Materace leża i oparcia pleców o grubości min. 80 mm z możliwością zdejmowania..	<b>TAK</b>	
17	Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego z dodatkami bakterio i grzybobójczymi ograniczającymi rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli. Certyfikaty dołączyć do oferty.	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

18	Koła jezdne o średnicy min. 200 mm z centralną blokadą jazdy i kołem kierunkowym	<b>TAK</b>	
19	Dopuszczalne obciążenie wózka min. 215 kg	<b>TAK</b>	
20	Masa wózka bez wyposażenia do 120 kg		
21	Wyposażenie wózka: - poręcze boczne lakierowane - wieszak kroplówki (4 haczyki chromowane)	<b>TAK</b>	
22	Dokumenty (raporty techniczne, karty charakterystyki itp.) potwierdzające antybakteryjność lakieru i tworzywa(dołączyć do oferty)	<b>TAK</b>	
23	Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne	<b>TAK</b>	
24	Wyrób medyczny klasy I	<b>TAK</b>	
25	Wózek zgodny z dyrektywą UE 93/42/CEE wraz ze zmianami UE 2007/47/EC	<b>TAK</b>	
26	Możliwość wyboru koloru pokrowca	<b>TAK, podać</b>	
27	Dźwignie oznaczone kolorem	<b>TAK</b>	
28	Miejsce na butlę tlenową w podstawie	<b>TAK</b>	
29	Miejsce na podręczne rzeczy	<b>TAK</b>	
30	Pasy do zamocowania butli	<b>TAK</b>	
31	Wysokość barierek bocznych ponad leże min. 310mm	<b>TAK</b>	
32	Długość barierek bocznych max 1200mm	<b>TAK</b>	
33	Prześwit pomiędzy podstawą a podłożem min. 150mm	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
4	Przyjazd serwisu i naprawa po zgłoszeniu awarii (email, sms, tel.) w okresie gwarancyjnym w ciągu 24 h nieodpłatnie.	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	
2	Instrukcja obsługi w j. polskim (wersja papierowa i elektroniczna format pliku pdf)	<b>TAK</b>	
3.	Paszport techniczny	<b>TAK</b>	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem „Tak” podane w rubryce „Wymagania” stanowią wymogi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

**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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 27

### Wózek - stół zabiegowy do Sali Terapii Natychmiastowej- 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Stabilna konstrukcja wózka oparta na dwóch szeroko rozstawionych kolumnach	<b>TAK</b>	
2	Leże max. dwusegmentowe wykonane w formie jednolitego odlewu bez ostrych krawędzi i rogów.	<b>TAK</b>	
3	Odporność na działanie środków chemicznych, wilgoci, odbarwienia.	<b>TAK</b>	
3	Leże na całej długości przeierne dla promieni RTG z materiału który zapewni uzyskania wyników bez artefaktów.	<b>TAK</b>	
4	Leże posiada krawędzie zapobiegające zsuwaniu się materaca oraz zintegrowane min. 2 uchwyty do mocowania materaca i pasów pacjenta	<b>TAK, podać</b>	
5	Wózek wyposażony w min. 6 tulei do mocowania wyposażenia dodatkowego: min. dwie tuleje od strony głowy i min. 4 tuleje od strony nóg	<b>TAK, podać</b>	
6	Wózek wyposażony od strony głowy pacjenta w uchwyty do prowadzenia z możliwością składania pod ramę leża.	<b>TAK</b>	
7	Wózek wyposażony od strony nóg pacjenta w uchwyt do prowadzenia.	<b>TAK</b>	
8	Wymiary wózka: 1. Długość: 2050 mm (+ 150 mm) 2. Szerokość wózka: 800 mm (+/- 150 mm) 3. Wymiar leża: 2000 x 700 mm (+/- 100 mm) 4. Prześwit pomiędzy podstawą, a podłożem min. 150 mm	<b>TAK, podać</b>	
9	Barierki boczne składane wzdłuż ramy leża, wspomagane sprężynami gazowymi, powierzchnia barierki zabezpieczona antykorozyjnie powierzchnią chromowaną	<b>TAK</b>	
10	Boki barierki wyposażone w listwy odbojowe. Barierki boczne nie poszerzają gabarytów wózka. Po złożeniu muszą znajdować się poniżej poziomu materaca	<b>TAK</b>	
11	Długość barierki bocznych min. 1200 mm Wysokość barierki bocznych ponad leże min. 310 mm	<b>TAK, podać</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

12	Narożniki wózka wyposażone w min. 4 krążki odbojowe	<b>TAK, podać</b>	
13	Teleskopowy, hydrauliczny mechanizm regulacji wysokości o konstrukcji dwukolumnowej.	<b>TAK</b>	
14	Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie od 600 mm do 950 mm (+/- 60 mm), dokonywana dźwigniami nożnymi umiejscowionymi po obu stronach wózka	<b>TAK, podać</b>	
15	Regulacja oparcia pleców uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej dźwignią umieszczoną od strony głowy pacjenta. Zakres regulacji od 0 do 85° (+/- 2°)	<b>TAK</b>	
16	Regulacja przechyłów wzdłużnych Trendelenburga i anty-Trendelenburga uzyskiwana płynnie za pomocą dźwigni nożnych umieszczonych z dwóch stron wózka (osobna dźwignia Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga). Zakres regulacji min. 0 do 14°	<b>TAK</b>	
17	Podstawa wózka w całości osłonięta obudową z wyprofilowanym miejscem na butlę tlenową z pasami zabezpieczającymi oraz drugie wyprofilowane miejsce na podręczne rzeczy	<b>TAK</b>	
18	Jazda wózka, wymaga użycia siły poniżej 10 kG podczas przetaczania wózka z pełnym dopuszczalnym obciążeniem. Podstawa jezdna wyposażona w 4 koła o średnicy min. 200 mm, blokowane centralnie.	<b>TAK, podać</b>	
19	Dźwignie hamulca centralnego dostępne w czterech narożnikach wózka.	<b>TAK</b>	
20	Wózek wyposażony w materac o grubości min. 80 mm. Pokrowiec materaca wykonany z materiału łatwo zmywalnego, zabezpieczony przed wnikaniem płynów.	<b>TAK</b>	
21	Pięte koło wyposażone w sprężynę dociskającą.	<b>TAK</b>	
22	Wózek wyposażony w min. 1 wieszak kroplówki, z regulacją wysokości w zakresie min. 700 – 1200 mm, wyposażony w min. 4 tworzywowe haczyki do zawieszania płynów	<b>TAK</b>	
23	Wózek wyposażony w uchwyt z dwoma haczykami na woreczki urologiczne umieszczony z boku wózka	<b>TAK</b>	
24	Waga wózka bez wyposażenia do 120 kg	<b>TAK</b>	
25	Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 315 kg	<b>TAK, podać</b>	
26	Półka pod aparaturę medyczną	<b>TAK</b>	
27	Pas do mocowania pacjenta	<b>TAK</b>	
28	Wózek zgodny z Dyrektywą UE 93/42/CEE, wraz ze zmianami UE 2007/47/EC	<b>TAK</b>	
29	Wyrób medyczny klasy I	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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)



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 28

### Automatyczna myjka do Bronchofiberoskopu – 1 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Mycie i dezynfekcja wszystkich typów zanurzalnych endoskopów giętkich	<b>TAK</b>	
2	1 urządzenie (max 2 urządzenia) jednocześnie, automatycznie otwierana pokrywa komory	<b>TAK</b>	
3	Możliwość jednokrotnego jak i wielokrotnego użycia płynu dezynfekującego – zamknięty system wielokrotny proces, Dowolność stosowania środków dezynfekcyjnych różnych producentów. Środek myjący stosowany jednorazowo.	<b>TAK</b>	
4	Panel LCD (Polski)	<b>TAK</b>	
5	Pojemność zbiornika min. :Dezynfektant: 15L, Woda: 9L, Alkohol: 1L, Detergent: 1L	<b>TAK</b>	
6	System pomp: Pompa testu szczelności, Pompa powietrza, Pompa odpływu, Pompa dezynfektantu, Pompa wodna, Pompa alkoholu, Pompa detergentu	<b>TAK</b>	
7	Filtr wstępny do (0,2 mikrona)	<b>TAK</b>	
8	Temperatura dezynfektantu regulowana min. 20°C - 30°C	<b>TAK</b>	
9	Sposoby mycia: 1. Powierzchnie zewnętrzne: Mycie z wibracjami, Mycie bieżącą wodą 2. Wnętrza kanałów: Przepływ płynów, Powietrze, Alkohol 3. Akcesoria (Zawory: Ssanie, Powietrze, Woda, itp.): Mycie z wibracjami, Przepływ płynów.  Sposoby dezynfekcji: 1. Powierzchnie zewnętrzne: Zanurzenie w środku dezynfekcyjnym 2. Wnętrza kanałów: Wpływający i przepływający środek dezynfekcyjny, Alkohol.	<b>TAK</b>	
10	Wbudowana drukarka	<b>TAK</b>	
11	Wbudowana lampa UV	<b>TAK</b>	
12	Zasilanie AC220 – 240 V, 50/60 Hz	<b>TAK</b>	
13	Zużycie energii: max. 300w (Max 3kw)	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

14	Wymiary: 555mm x 730mm x 980mm (+/- 10 mm)	TAK	
15	Waga: do 86kg	TAK	
16	Ilość standardowych programów roboczych bezpośrednio dostępnych z panelu sterującego min.: 7	TAK	
17	Możliwość podłączenia do wody wodociągowej	TAK	
18	Raportowanie każdego cyklu	TAK	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
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	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 29

### Podnośnik dla pacjenta ułatwiający pielęgnację i przenoszenie – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Podnośnik wykonany ze stali malowanej proszkowo	<b>TAK</b>	
2	Siłownik o maksymalnym udźwigu min. 180 kg	<b>TAK</b>	
3	Rączka sterująca w kształcie litery „U”	<b>TAK</b>	
4	Ogumowane cichobieżne koła w tym 2 z blokada jazdy oraz rozszerzana podstawa	<b>TAK</b>	
5	Podnoszenie i opuszczanie za pomocą przewodowego pilota	<b>TAK</b>	
6	Czteropunktowy wieszak do mocowania kosza transportowego z możliwością regulacji	<b>TAK</b>	
7	Nosidło	<b>TAK</b>	
8	Manualny system obsługi w razie awarii systemu elektronicznego	<b>TAK</b>	
9	Możliwość manewrowania na małej przestrzeni	<b>TAK</b>	
10	<b>Masa całkowita wyrobu max 36,2 kg</b>	<b>TAK</b>	
11	Dopuszczalne obciążenie do 180 kg	<b>TAK</b>	
12	Długość urządzenia max. 118 cm	<b>TAK</b>	
13	Rozstaw podstawy min: 57 - 83 cm	<b>TAK</b>	
14	Wysokość podstawy: 12 cm (+/- 1 cm)	<b>TAK</b>	
15	Wysokość urządzenia z uwzględnieniem minimalnego zasięgu ramienia 139 cm (+/- 1 cm)	<b>TAK</b>	
16	Wysokość urządzenia z uwzględnieniem maksymalnego zasięgu ramienia 200 cm (+/- 1 cm)	<b>TAK</b>	
17	Zakres podnoszenia ramienia min. 11,5 - 164 cm	<b>TAK</b>	
18	Minimalna przestrzeń manewrowa max. 140 x 140 cm	<b>TAK</b>	
19	Podnośnik manualny	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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)





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec  
e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

### CZĘŚĆ 30

#### Łóżko OIOM-owe – 4 szt.

Model: .....  
Typ: .....

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

Producent: .....

#### II. Materace przeciwoleżynowe – 4 szt.

Model: .....  
Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>I.</b>	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych, lakierowanych metodą proszkową, odporna środki dezynfekcyjne	<b>TAK</b>	
2	Konstrukcja łóżka stabilna, posiadająca min. cztery punkty podparcia zintegrowane z leżem oraz sześć punktów podparcia zintegrowanych z podstawą łóżka (Nie dopuszcza się łóżek opartych na systemie kolumnowym)	<b>TAK</b>	
3	Leże łóżka w pełni regulowane, podzielone na min. 4 segmenty, z czego min. 3 są ruchome	<b>TAK</b>	
4	Wszystkie segmenty leża (segment oparcia pleców, segment miednicy, segment uda, segment podudzia) wypełnione płytami HPL - łatwymi do dezynfekcji i utrzymania w czystości, o konstrukcji zapewniającej stały dopływ powietrza do dolnej części materaca. Segment oparcia pleców, uda, podudzia łatwo odejmowane, bez użycia narzędzi	<b>TAK</b>	
6	Segment oparcia pleców oraz podudzia posiadające metalowe ograniczniki zabezpieczające materac przed przemieszczaniem wzdłuż oraz na boki (segment oparcia pleców posiadający min. dwa ograniczniki po bokach, segment podudzia posiadający min. trzy ograniczniki)	<b>TAK</b>	
7	Segment oparcia pleców w pełni przezierny dla promieni RTG	<b>TAK</b>	
8	Segment oparcia pleców umożliwiający wykonywanie zdjęć również w pozycji siedzącej. Segment oparcia pleców wyposażony w prowadnice, umożliwiające wsunięcie tacy na kasetę RTG	<b>TAK</b>	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

9	Taca na kasetę RTG wykonana ze stali nierdzewnej, wyposażona w uchwyt do łatwego instalowania. Taca posiadająca możliwość dostosowywania do wielkości kasety (min. 4 rozmiary). Wymiar tacy min. 430 x 350 mm. Taca wsuwana od strony szczytu głowy pacjenta	TAK	
10	Łóżko wyposażone w cztery ergonomiczne barierki boczne (dwie po każdej stronie), zabezpieczające pacjenta na całej długości leża (nie dopuszcza się barierek „3/4”, dodatkowych wypełnień ani barierek trzyczęściowych)	TAK	
11	Barierki wykonane z tworzywa formowane z jednej części, zaokrąglone (bez łączeń, miejsc klejenia, ostrych krawędzi i rogów) łatwe do dezynfekcji i utrzymania w czystości	TAK	
12	Barierki niezależne od siebie z możliwością opuszczenia / odbezpieczenia dowolnej z nich za pomocą klamki dostępnej jedynie dla personelu medycznego	TAK	
13	System opuszczania barierek bocznych wspomagany sprężynami gazowymi.	TAK	
14	Barierki poruszające się wraz segmentem oparcia pleców.	TAK	
15	Barierki oraz szczyty łóżka posiadają uchwyty.. Uchwyty do wstawiania dostępne również po opuszczeniu barierek	TAK	
16	Wysokość barierek bocznych min. 43 cm. Umożliwienia zastosowania systemów przeciwośluzynowych.	TAK	
17	Konstrukcja barierek bocznych zapewniająca bezpieczeństwo pacjenta i personelu, zgodne z normą EN 60601-2-52	TAK	
18	Możliwość opuszczenia barierek poniżej poziomu materaca .	TAK	
19	Łóżko wyposażone we wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia pleców znajdujące się na barierach bocznych od wewnętrznej i zewnętrznej strony, z zaznaczeniem kąta 30°.	TAK	
20	Łóżko wyposażone we wskaźniki kąta nachylenia pozycji Trendelenburga oraz anti-Trendelenburga znajdujące się na barierach bocznych od strony wewnętrznej i zewnętrznej.	TAK	
21	Sterowanie funkcjami łóżka wbudowane w barierki boczne – od strony wewnętrznej od strony zewnętrznej .	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

22	<p>Panele sterujące od strony wewnętrznej musi posiadać min. sterowanie następującymi funkcjami:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– regulacja segmentu oparcia pleców</li><li>– regulacja segmentu uda</li><li>– regulacja wysokości leża</li><li>– regulacja funkcji autokontur</li></ul> <p>Panele wyposażone wskaźniki świetlne informujące o zablokowanej funkcji.</p> <p>Panele posiadające zaprogramowaną „pozycję wyjściową” oraz wskaźnik świetlny informująca o uzyskaniu kąta 30° podczas regulacji segmentu oparcia pleców.</p> <p>Panele sterujące wyposażony w przycisk oświetlenia nocnego</p>	TAK	
23	<p>Panel sterujący od strony zewnętrznej musi posiadać min. sterowanie następującymi funkcjami:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– regulacja segmentu oparcia pleców</li><li>– regulacja segmentu uda</li><li>– regulacja wysokości leża</li><li>– regulacja funkcji autokontur</li></ul> <p>Panele z możliwością selektywnej blokady funkcji podstawowych, wyposażone w wskaźnik świetlny informujący o zablokowanej funkcji.</p> <p>Panele posiadające zaprogramowane funkcje dostępne za pomocą jednego przycisku min.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– pozycja wyjściowa</li><li>– pozycja kardiologiczna</li><li>– funkcja Trendelenburga</li><li>– funkcja anty-Trendelenburga</li><li>– pozycja reanimacyjna (CPR)</li></ul> <p>Panele wyposażone w wskaźnik świetlny informujące o najniższym położeniu łóżka oraz uzyskaniu kąta 30° podczas regulacji segmentu oparcia pleców (segment oparcia pleców po uzyskaniu kąta 30° zatrzymuje się automatycznie)</p> <p>Panele wyposażone w wskaźnik świetlny sygnalizującą proces ładowania akumulatora</p> <p>Panel sterujący wyposażony w przycisk oświetlenia nocnego</p>	TAK	
24	<p>Funkcja „podwójnej autoregresji” 165 mm (+/-10 mm) zabezpieczająca przed zakleszczeniem pacjenta i niwelująca ryzyko powstawania odleżyn (jednoczesna autoregresja oparcia pleców oraz segmentu uda)</p>	TAK	
25	<p>Zakres elektrycznych regulacji:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) segment oparcia pleców: 0 - 70° (+/- 5°) z funkcją autoregresji</li><li>b) segment uda: 0 - 47° (+/- 2°) z funkcją autoregresji</li><li>c) pozycja Trendelenburga: 0 - 17° (+/- 2°)</li><li>d) pozycja anty-Trendelenburga: 0 - 17° (+/- 2°)</li><li>e) regulacja wysokości leża w zakresie od 425 do 840 mm (+/- 10 mm)</li></ul>	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

26	Segment podudzia regulowany za pomocą sprężyny gazowej w zakresie 0 – 18° (+/- 2°)	TAK	
27	Segment oparcia pleców wyposażony w funkcję szybkiej – manualnej pozycji CPR. Dźwignie zwalniające dostępne z obu stron łóżka,	TAK	
28	Narożniki łóżka wyposażone w duże, stożkowe krążki odbojowe o wysokości min. 10 cm.	TAK	
29	Szczyty łóżka wykonane z tworzywa - odlewane lub formowane z jednej części (bez łączeń, miejsc klejenia, ostrych krawędzi i rogów)	TAK	
30	Szczyty łóżka z możliwością szybkiego demontażu oraz blokowania (np. na czas transportu łóżka). Szczyty łóżek całkowicie przylegające do ramy leża (bez szczelin)	TAK	
31	Możliwość wyboru akcentów kolorystycznych na szczytach oraz barierkach bocznych. Do uzgodnienia z Zamawiającym.	TAK ,podać	
32	Dopuszczalne obciążenie łóżka we wszystkich pozycjach min. 265 kg	TAK	
33	Waga łóżka do 140 kg	TAK	
34	Układ elektryczny wyposażony w akumulator pozwalający na wszystkie regulacje podczas transportu pacjenta oraz w przypadku zaniku zasilania.	TAK	
35	Podstawa łóżka wyposażona w pojedyncze, antystatyczne, tworzywowe koła o średnicy min. 150 mm z systemem centralnej blokady oraz kołem kierunkowym	TAK	
36	Dźwignia hamulca dostępna od strony nóg pacjenta.	TAK	
37	Podstawa łóżka od strony głowy i nóg osłonięta osłoną z tworzywa	TAK	
38	Wymiary:  - długość całkowita łóżka nie większa niż 2220 mm - szerokość całkowita łóżka z uniesionymi barierkami oraz odbojnicami krążkami lub listwami nie większa niż 1010 (+ 40 mm ) - prześwit pomiędzy podstawą, a podłożem min. 170 mm	TAK, podać	
39	Łóżko z możliwością przedłużenia o min. 300 mm. Dopuszczalne obciążenie elementu przedłużenia co najmniej 140 kg	TAK	
40	Po obu stronach leża stalowe, lakierowane proszkowo listwy do mocowania wyposażenia dodatkowego oraz worków urologicznych i drenażowych, wyposażone w przesuwne, tworzywowe haczyki (min. 4 haczyki po każdej stronie łóżka)	TAK	
41	W czterech narożnikach tuleje do mocowania wieszaka kroplówki lub wyposażenia dodatkowego	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

42	- Wieszak kroplówki z regulacją wysokości oraz min. 4 haczykami. - Wysięgnik z uchwytem ręki - Uchwyt na butlę z tlenem zawieszany na szczycie łóżka - Wysuwana spod leża półka na pościel . Półka wysuwana na prowadnicach o pełnym wysuwie	TAK	
43	Łóżko wyposażone w wbudowany system pomiaru masy pacjenta. Dokładności ważenia min. : 0,1kg Zakres ważenia 0 do 265 kg Alarm wyjścia pacjenta z łóżka Dotykowy ekran LCD do zarządzania systemem pomiaru masy z dostępem tylko dla personelu medycznego zabezpieczony przed dostępem osób nieuprawnionych.	TAK	
44	Zgodne z normą 60601-2-52	TAK	
45	Łóżko wyposażone w panel LCD	TAK	
46	Immobilizyzerem	TAK	
47	Tryb czuwania wagi	TAK	
<b>I.</b>	<b>Warunki gwarancji:</b>		
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	
<b>I.</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
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	
4	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	
<b>II.</b>	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Materac przeciwodleżynowy z wbudowanymi prostymi komorami oraz komorami rotacyjnymi	TAK	
2	System transportowy	TAK	
3	Obniżona sekcja pięt.	TAK	
4	Ilość sekcji min 3	TAK, podać	
5	Ilość komór poprzecznych min. 40	TAK, podać	
6	Uchwyty do przemieszczania i transportu	TAK	
7	Materac kładziony bezpośrednio na ramie łóżka	TAK	
8	Przeznaczony do stosowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn do 4 stopnia włącznie	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

9	Dopuszczalna waga pacjenta do 230 kg	TAK, podać	
10	Rozmiar materaca dostosowany do wymiarów łóżka	TAK	
11	Wysokość min. 15 cm	TAK	
12	Zdolność do obniżania ucisku.	TAK, podać	
13	Pokrowiec zewnętrzny, paroprzepuszczalny, wodoszczelny.	TAK	
14	Pompa do materaca. Zmiennociśnieniowa.	TAK	
15	Funkcje min.: tryb siedzący tryb kardiologiczny	TAK , podać	
16	Dźwiękowy alarm niewłaściwego ciśnienia	TAK	
17	Zewnętrzny filtr powietrza	TAK	
18	Zaczep do zawieszenia pompy na łóżku	TAK	
19	Wskaźnik świetlny zadanej wartości ciśnienia	TAK	
20	Dotykowy panel sterujący	TAK	
21	Głośność do 24 dB	TAK , podać	
22	Alarm opuszczenia łóżka przez pacjenta	TAK	
23	Alarm braku zasilania	TAK	
24	Wizualny wskaźnik zadanej wartości ciśnienia	TAK	
<b>II.</b>	<b>Warunki gwarancji:</b>		
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	
<b>II.</b>	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
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	
4	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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 31

### Przenośnik taśmowo-rolkowy do przenoszenia pacjenta – 6 sztuk

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
<b>Parametry techniczne</b>			
1	Przeznaczony do transportu przesuwania/przenoszenia pacjenta z łóżka na łóżko lub ze stołu operacyjnego na łóżko w pozycji leżącej	<b>TAK</b>	
2	Przenośne, łatwe do transportu i przenoszenia	<b>TAK</b>	
3	Odporne na środki dezynfekcyjne	<b>TAK</b>	
4	Wytrzymałość na obciążenie min. 150 kg	<b>TAK</b>	
5	Wymiary szer. 485 mm x długość 1100mm (+/- 50 mm)	<b>TAK</b>	
<b>Warunki gwarancji:</b>			
1	Okres gwarancyjny min. 12 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK</b>	
3	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

#### 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 32

### Stolik- wózek zabiegowy – 20 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane aparatu	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Wymiary: - min. 40-50 x 60 x 80 cm z rączką - na 4 kołach - przejezdny z blokada na min. 2 kółka	<b>TAK</b>	
2	Wyposażony w min. : - tacę na trzech poziomach - szufladę - 2 kuwety - koszyk druciany - stelaż na worek na odpady	<b>TAK, podać</b>	
3	Elementy możliwe do wyjmowania	<b>TAK</b>	
4	Stolik wykonany ze stali nierdzewnej kwasoodpornej	<b>TAK</b>	
5	Możliwość stosowania środków do dezynfekcji	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny min. 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) .	<b>TAK</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

### 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

### CZĘŚĆ 33

#### Wózki metalowe nierdzewne na brudną bieliznę – 30 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Wykonany ze stali nierdzewnej kwasoodpornej	<b>TAK</b>	
2	Wyposażony w klipsy zaciskowe zabezpieczające przed zsunieniem się worka	<b>TAK</b>	
3	Pokrywa ze spowalniczem cichego opadania	<b>TAK</b>	
4	Podnoszenie pokrywy pedałem	<b>TAK</b>	
5	Wyposażony w koła z ochraniaczami (odbojami min. 2)	<b>TAK</b>	
6	Wymiary całkowite min. 435x505x860 mm (+/- 10mm)	<b>TAK</b>	
7	Zabezpieczenie przed zsunieniem się worka , podać	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny producenta minimum 12 miesięcy	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

#### 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

### CZĘŚĆ 34

#### Dozowniki łokciowe na środek dezynfekcyjny – 150 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Pojemność od 0,5Litr	<b>TAK</b>	
2	Materiał obudowy tworzywo ABS	<b>TAK</b>	
3	Kolor : biały /szary	<b>TAK</b>	
4	Przycisk łokciowy	<b>TAK</b>	
5	Wizjer do kontroli poziomu mydła	<b>TAK</b>	
6	Rodzaj montażu: naścienny, przykręcany	<b>TAK</b>	
7	Zbiornik wielokrotnego napełniania, można uzupełniać z kanistra	<b>TAK</b>	
8	Sprężyna: stal hartowana	<b>TAK</b>	
9	Zamek i klucz: tworzywo sztuczne	<b>TAK</b>	
10	Tacka zabezpieczająca przed kapaniem	<b>TAK</b>	
11	Montaż naścienny lub do postawienia na blacie	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności,PZH	<b>TAK</b>	

#### 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

## CZĘŚĆ 35

### Dozowniki łokciowe na mydło – 100 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Pojemność od 0,5Litr	<b>TAK</b>	
2	Materiał obudowy tworzywo ABS	<b>TAK</b>	
3	Kolor : biały /szary	<b>TAK</b>	
4	Wymiary: wysokość: 225 mm, szerokość: 155mm, głębokość:140mm (+/- 20 mm)	<b>TAK</b>	
5	Przycisk łokciowy	<b>TAK</b>	
6	Wizjer do kontroli poziomu mydła	<b>TAK</b>	
7	Rodzaj montażu: naścienny, przykręcany	<b>TAK</b>	
8	Zbiornik wielokrotnego napełniania, można uzupełniać z kanistra	<b>TAK</b>	
9	Sprężyna: stal hartowana	<b>TAK</b>	
10	Zamek i klucz: tworzywo sztuczne	<b>TAK</b>	
11	Tacka zabezpieczająca przed kapaniem	<b>TAK</b>	
12	Montaż naścienny lub do postawienia na blacie	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności, atest PZH	<b>TAK</b>	

### 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)  
tel. Centrala: 32 368 20 00 tel. Sekretariat: 32 368 27 01  
NIP: 644-26-76-726 Regon: 000296495

### CZĘŚĆ 36

#### Podajnik na środek dezynfekcyjny – 70 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Materiał: Plastik ABS (obudowa i pompka)	<b>TAK</b>	
2	Kolor: Biały/ Szary	<b>TAK</b>	
3	Pojemność: do 0,5 litra	<b>TAK</b>	
4	Kontrolka: okienko do poziomu kontroli poziomu płynu w dozowniku, regulacja dozy: trzy zakresy.	<b>TAK</b>	
5	Zamknięcie: kluczyk plastikowy lub możliwość szybkiego demontażu dozownika dzięki systemie zaczepów.	<b>TAK</b>	
6	Tacka zabezpieczająca przed kapaniem w zestawie	<b>TAK</b>	
7	Przycisk: łokciowy	<b>TAK</b>	
8	Montaż: naścienny oraz do podstawy na blacie	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 12 miesięcy	<b>TAK, podać</b>	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
1	Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności	<b>TAK</b>	

#### 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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 37

### Łóżko bariatryczne – 3 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych lakierowanych proszkowo, odporna na korozję	<b>TAK</b>	
2	Konstrukcja łóżka stabilna, posiadająca min. cztery punkty podparcia (Nie dopuszcza się łóżek opartych na dwóch i trzech kolumnach)	<b>TAK</b>	
3	Elementy tworzywowe łóżka wykonane z antybakteryjnego tworzywa sztucznego (co najmniej wypełnienie leża, barierki boczne, szczyty).	<b>TAK</b>	
4	Leże łóżka w pełni regulowane, podzielone na min. 4 segmenty, z czego min. 3 są ruchome	<b>TAK</b>	
5	Segmenty leża wypełnione min. 7 odejmowanymi, tworzywowymi panelami z wyprofilowanymi na całej długości krawędziami zabezpieczającymi materac przed przesuwaniem boki	<b>TAK</b>	
6	Konstrukcja paneli wypełniających ramę leża zapewniająca stały dopływ powietrza do dolnej części materaca; panele zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów).	<b>TAK</b>	
7	Leże posiadające min. dwa dodatkowe ograniczniki przy segmencie oparcia pleców i podudzia zabezpieczające przed przemieszczaniem się materaca.	<b>TAK podać</b>	
8	Funkcja zabezpieczająca przed zakleszczeniem pacjenta i niwelująca ryzyko powstawania odleżyn.	<b>TAK, podać</b>	
9	Łóżko wyposażone w cztery ergonomiczne, barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości leża (nie dopuszcza się dodatkowych wypełnień ani barierek trzyczęściowych)	<b>TAK</b>	
10	Barierki wykonane z tworzywa z jednej części, zaokrąglone (bez łączeń, miejsc klejenia, ostrych krawędzi i rogów)	<b>TAK</b>	
11	Barierki od strony nóg odejmowane (bez użycia narzędzi)	<b>TAK</b>	
12	Barierki niezależne od siebie z możliwością opuszczenia / odbezpieczenia dowolnej z nich.	<b>TAK</b>	
13	Barierki poruszające się wraz segmentem oparcia pleców, chroniące pacjenta również w pozycji siedzącej i fotelowej	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

14	Barierki posiadające uchwyty. Uchwyty do wstawania dostępne również po opuszczeniu barierek	<b>TAK</b>	
15	Konstrukcja barierki zapewniająca bezpieczeństwo pacjenta i personelu, bez stref mogących spowodować uraz lub przypadkowe zakleszczenie, zgodne z normą EN 60601-2-52	<b>TAK</b>	
16	Wysokość barierki bocznych min. 42 cm w celu umożliwienia zastosowania systemów przeciwoleżynowych	<b>TAK</b>	
17	Możliwość opuszczenia barierki poniżej poziomu materaca.	<b>TAK</b>	
18	Barierki wyposażone we wskaźniki kąta nachylenia oparcia pleców, pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga	<b>TAK</b>	
19	Sterowanie funkcjami elektrycznymi łóżka od strony wewnętrznej : - regulacja segmentu oparcia pleców - regulacja segmentu uda - regulacja wysokości leża - jednoczesna regulacja segmentu oparcia pleców oraz segmentu uda)	<b>TAK</b>	
20	Sterowanie funkcjami elektrycznymi łóżka od strony zewnętrznej dla personelu. Przycisk bezpieczeństwa aktywujący funkcje sterowania Regulacje podstawowe: - regulacja segmentu oparcia pleców - regulacja segmentu uda - regulacja wysokości leża - pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga - jednoczesna regulacja segmentu oparcia pleców oraz segmentu uda Regulacje min. : - pozycja kardiologiczna - pozycja egzaminacyjna - ustawienie segmentu oparcia pleców pod kątem 30° - pozycja antyszokowa - pozycja reanimacyjna (CPR)	<b>TAK</b>	
21	Zakres elektrycznych regulacji min.:  a) segment oparcia pleców: 0 - 80° (+/- 5°) b) segment uda: 0 – 40° (+/- 5°) c) pozycja Trendelenburga min. 15° d) pozycja anty-Trendelenburga min. 15° e) regulacja wysokości leża w zakresie od 330 do 870 mm (+/- 50 mm)	<b>TAK</b>	
22	Segment podudzia regulowany za pomocą rastomatu w zakresie 0 – 16° (+/- 2°)	<b>TAK</b>	
23	Łóżko wyposażone w dźwignię dodatkowego, manualnego CPR segmentu oparcia pleców.	<b>TAK</b>	
24	Narożniki łóżka wyposażone w krążki odbojowe zabezpieczające ściany i łóżko przed uszkodzeniami	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

25	W czterech narożnikach tuleje do mocowania wyposażenia dodatkowego znajdujące się od zewnętrznej strony szczytu łóżka.	TAK	
26	Szczyt łóżka od strony głowy niezależny i nieporuszający się z ramą leża, podczas zmian wysokości i kątów nachylenia (Trendelenburg / anty-Trendelenburg)	TAK	
27	Szczyty wykonane jako monolityczny odlew całkowicie przylegające do ramy leża (bez szczelin), w celu wyeliminowania urazów kończyn	TAK	
28	Dopuszczalne obciążenie łóżka min. <b>310 kg</b>	TAK	
29	Układ elektryczny wyposażony w akumulator pozwalający na wszystkie regulacje podczas transportu pacjenta oraz w przypadku zaniku zasilania	TAK	
30	Możliwość wyboru akcentów kolorystycznych na szczytach oraz barierkach bocznych z palety kolorów producenta (min. 5 kolorów do wyboru)	TAK, podać	
31	Wymiary:  a) długość całkowita łóżka do 2180 mm b) szerokość całkowita łóżka z uniesionymi barierkami oraz odbojnicami krążkami lub listwami do 1050 mm c) leże o wymiarach min. 1920 mm x 860 mm	TAK, podać	
32	Podstawa łóżka wyposażona w system centralnej blokady kół z funkcją jazdy na wprost i łatwego manewrowania, koła o średnicy min. 150 mm	TAK	
33	Narożniki podstawy łóżka osłonięte estetycznymi osłonami tworzywowymi, ułatwiającymi dezynfekcję	TAK	
34	Dźwignie hamulca centralnego dostępne z obu stron łóżka od strony nóg pacjenta.	TAK	
35	Alarm dźwiękowy informujący o odblokowanym hamulcu i podłączonym łóżku do sieci (w celu wyeliminowania ryzyka wyrwania przewodu zasilającego z gniazdka)	TAK	
36	Funkcja przedłużenia leża o min. 320 mm	TAK	
37	Wyposażenie dodatkowe łóżka: a) Wieszak kroplówki z regulacją wysokości oraz min. 4 haczykami wykonanymi ze stali nierdzewnej b) Wysuwana spod leża półka na pościel c) Listwa z 4 haczykami na woreczki urologiczne	TAK	
38	Rozmiar materaca dostosowany do ramy łóżka	TAK	
39	Materac przeciwdleżny, kładziony bezpośrednio na ramie łóżka	TAK	
40	Materac z wbudowanymi prostymi komorami oraz komorami rotacyjnymi .	TAK	
41	Konstrukcja materaca zapewniająca minimalizację sił podczas zmiany pozycji leża.	TAK	
42	Materac posiadający wbudowane wzmocnienia w sekcji pośladków, w celu zapewnienia odpowiedniego wsparcia w pozycji siedzącej i poprawy komfortu w pozycji leżącej	TAK	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

43	Materac przeznaczony do stosowania w profilaktyce odleżyn od 3 stopnia włącznie	TAK	
44	Miękki, elastyczny pokrowiec zewnętrzny, paroprzepuszczalny, wodoszczelny	TAK	
45	Pompka regulująca ciśnienie z systemem regulacji który dostosowuje je do zadanego stopnia odleżyn	TAK	
46	Pompa do materaca komorowego przeciwoleżynowego bariatrycznego	TAK	
47	Funkcje min.: tryb siedzący tryb kardiologiczny	TAK	
48	Dźwiękowy alarm niewłaściwego ciśnienia	TAK	
49	Zewnętrzny filtr powietrza	TAK	
50	Zaczep do zawieszenia pompy na łóżku	TAK	
51	Wskaźnik świetlny zadanej wartości ciśnienia	TAK	
52	Dotykowy panel sterujący	TAK	
53	Głośność do 24 dB	TAK, podać	
54	Alarm opuszczenia łóżka przez pacjenta	TAK	
55	Alarm braku zasilania	TAK	
56	Wizualny wskaźnik zadanej wartości ciśnienia	TAK	
57	Łóżko wyposażone w wbudowany system pomiaru masy pacjenta. Dokładności ważenia min. : 0,1kg Zakres ważenia zgodna z obciążeniem dopuszczalny łóżka. Alarm wyjścia pacjenta z łóżka Dotykowy ekran LCD do zarządzania systemem pomiaru masy z dostępem tylko dla personelu medycznego zabezpieczony przed dostępem osób nieuprawnionych.	TAK	
58	Kolor do uzgodnienia z zamawiającym	TAK, podać	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
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 w ciągu 24 h nieodpłatnie.	TAK	
	<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>		
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	





Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

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](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://www.wss5.pl)

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

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

## CZĘŚĆ 38

### Myjka ultradźwiękowa do szkła laboratoryjnego – 2 szt.

Model: .....

Typ: .....

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

Producent: .....

Lp	Parametry wymagane	Parametr wymagany	Wartość oferowana
	<b>Parametry techniczne</b>		
1	Pojemność: 6 - 10 L	<b>TAK</b>	
3	Wymiary zbiornika (dł. x szer. x wys.): 500x140x100 mm tolerancja wykonania (+/- 10 mm)	<b>TAK</b>	
4	Moc ultradźwięków: do 720 W	<b>TAK, podać</b>	
5	Częstotliwość: min. 35Hz	<b>TAK, podać</b>	
6	Regulacja mocy	<b>TAK</b>	
7	Czasomierz	<b>TAK</b>	
8	Zakres regulacji czasu: 1-15 minut lub pracy ciągłej	<b>TAK</b>	
9	Materiał zbiornika: stal nierdzewna	<b>TAK</b>	
10	Materiał obudowy: stal nierdzewna	<b>TAK</b>	
11	System odprowadzenia cieczy z zaworem odpływowy: G1/2	<b>TAK</b>	
12	Regulacja temperatury w zakresie min. 30-60oC	<b>TAK</b>	
13	Zasilanie: 230V	<b>TAK</b>	
14	Sterowanie: cyfrowe	<b>TAK</b>	
15	Mycie szkła laboratoryjnego o skomplikowanych kształtach i niewielkich otworach min. pipet szklanych o pojemności od 1 do 10 ml	<b>TAK</b>	
16	Wyposażenie dodatkowe dla obu urządzeń: wkładka ma szkło dopasowany do myjki	<b>TAK</b>	
17	Wyposażenie dodatkowe dla obu urządzeń: koszyk dopasowany do myjki	<b>TAK</b>	
18	Panel sterowania : cyfrowy z kontrolą czasu i temperatury (temp. w zakresie min. 30-60st.C).	<b>TAK</b>	
	<b>Warunki gwarancji:</b>		
1	Okres gwarancyjny minimum 24 miesiące zapewniony przez autoryzowany serwis producenta.	<b>TAK, podać</b>	
2	Wykonanie przeglądów serwisowych nieodpłatnych w okresie trwania gwarancji w terminach zgodnych z wymaganiami producenta.	<b>TAK</b>	



Plac Medyków 1; 41-200 Sosnowiec

e-mail: [sekretariat@wss5.pl](mailto:sekretariat@wss5.pl) [www.wss5.pl](http://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	
5.	Wycena kosztów naprawy w okresie gwarancji z transportem na uszkodzenia nie objęte gwarancją wykonana zostanie nieodpłatnie maksymalnie w ciągu 48 h.	TAK	
<b>Serwis, szkolenia, instrukcje i certyfikaty</b>			
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	
4	Dostawa, montaż i uruchomienie	TAK	
5	Instruktaż z obsługi 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.

.....

(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)