ZPZ-75/11/23 Załącznik nr 2 do SWZ

**Formularz parametrów technicznych i użytkowych**

**Część nr 1 – Cytowirówka 1 szt.**

**Producent, model, nr katalogowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia - parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe nie powystawowe, rok produkcji: 2022/2023 |  |
|  | Wirówka wolnostojąca |  |
|  | Zasilanie jednofazowe |  |
|  | Zgodność z dyrektywną 93/42/EEC lub Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie wyrobów medycznych 2017/745 |  |
|  | Pojemność 4 x 750ml (pojemniki z krwią, komórkami macierzystymi) |  |
|  | Siła wirowania min. 5200 x g przy wirowaniu pojemników z krwią |  |
|  | Wirowanie w temperaturach od -20°C do +40°C. |  |
|  | Możliwość zaprogramowania i zapamiętywania co najmniej 30 kompletnych programów wirowania które nie ulęgają utraceniu w przypadku braku zasilania. |  |
|  | Sterowanie siłą przyspieszania i hamowania |  |
|  | Nie mniej niż 9 krzywych przyspieszania i 18 krzywych hamowania |  |
|  | Zwalnianie bez krzywej hamowania |  |
|  | Alarm braku wyważenia |  |
|  | Zabezpieczenie pokrywy przed otwarciem w czasie pracy |  |
|  | Lekkie wyjmowane adaptery do różnych systemów pojemników do krwi |  |
|  | System umożliwiający otwarcie podczas braku zasilaniu |  |
|  | Poziom głośności max. 64 dB przy maksymalnej prędkości i zaoferowanym wyposażeniu |  |
|  | Czynnik chłodniczy wolny od CFC/HCFC |  |
|  | Zabezpieczenie pokrywy przed otwarciem w czasie pracy urządzenia |  |
|  | Zabezpieczenie przed przegrzaniem komory i silnika |  |
|  | Panel kontrolny łatwy w obsłudze i dostępie |  |
|  | Minimalna wytrzymałość rotora min. 40 000 cykli |  |
|  | Minimalna wytrzymałość tubusów wirowniczych 50 000 cykli przy wirowaniu z prędkością rzędu 4500 RPM |  |
|  | Wyświetlacz pokazujący najważniejsze parametry wirowania (czas wirowania, prędkość obrotowa, temperatura, wartość przyspieszenia i hamowania), prosta zmiana programów ich ustawienie z funkcją zapamiętywania |  |
|  | Posiada wyjście umożliwiające komputerowe monitorowanie oraz rejestrację parametrów pracy. |  |
|  | Oprogramowanie i wyposażenie do nadzoru wirowań i zbierania danych |  |
|  | Brak konieczności demontażu podzespołów (przez personel przy pomocy narzędzi) znajdujących się wewnątrz komory wirowania, w tym rotora, w przypadku czyszczenia komory w skutek wycieku krwi z wirowanych pojemników. |  |
|  | Pokrywa otwierana do tyłu. |  |
|  | Szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania, obsługi i konserwacji. |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. |  |

*Wykonawca wypełnia niniejszy Formularz poprzez uzupełnienie kolumny pn. „Parametr oferowany przez Wykonawcę” (należy opisać oferowany parametr), zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w kolumnie pn. Parametry wymagane przez Zamawiającego. Opis oferowanego parametru musi być na tyle wyczerpujący, żeby pozwolił Zamawiającemu ocenę oferty pod względem zgodności z parametrami wymaganymi i uznanie, czy oferta spełnia te wymagania, czy podlega odrzuceniu.*

*W przypadku:*

*a) niewypełnienia którejkolwiek z pozycji w tabeli,*

*b) zaoferowania parametrów niezgodnych z wymaganiami Zamawiającego,*

*oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp, jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*

**Część nr 2 –Łaźnia do suchego rozmrażania komórek macierzystych 1 szt.**

**Producent, model, nr katalogowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia - parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe nie powystawowe, rok produkcji: 2022/2023 |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do suchego rozmrażania od 1 do 8 pojemników z osoczem |  |
|  | Czas rozmrażania 4 pojemników z osoczem nie przekraczający 30 minut |  |
|  | System alarmowy monitorujący: 1. temperaturę,
2. czas rozmrażania,
3. informujący o przekroczeniu zadanej temperatury,
4. wycieku z pojemnika z osoczem.
 |  |
|  | System musi informować użytkownika o nieprawidłowościach akustycznie za pomocą dźwięku oraz wizualnie za pomocą stosownego komunikatu |  |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny informujący o wycieku preparatu z pojemnika |  |
|  | Kontrola procesu rozmrażania po przez niezależne czujniki temperatury |  |
|  | Przeźroczysta pokrywa |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem za pomocą dużego graficznego wyświetlacza ciekłokrystalicznego i przycisków funkcyjnych |  |
|  | Menu w języku polskim |  |
|  | Konstrukcja komory rozmrażającej musi umożliwiać łatwą dezynfekcję po przez zaokrąglone rogi oraz materiał odporny na działanie środków dezynfekujących |  |
|  | Medium grzewcze musi być umieszczone w szczelnie zamkniętych termoforach z PCV. Pojemniki z materiałem krwiopochodnym nie mogą mieć bezpośredniego kontaktu z medium grzewczym |  |
|  | Brak konieczności stosowania materiałów jednorazowych |  |
|  | Urządzenie przystosowane do pracy ciągłej |  |
|  | Wbudowana funkcja samo diagnozowania – kody błędów |  |
|  | Temperatura ogrzewania 37°C |  |
|  | Możliwość łatwej zmiany czasu ogrzewania w zależności od potrzeb |  |
|  | Zgodność z dyrektywną 93/42/EEC lub Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie wyrobów medycznych 2017/745 |  |
|  | Szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania, obsługi i konserwacji. |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. |  |

*Wykonawca wypełnia niniejszy Formularz poprzez uzupełnienie kolumny pn. „Parametr oferowany przez Wykonawcę” (należy opisać oferowany parametr), zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w kolumnie pn. Parametry wymagane przez Zamawiającego. Opis oferowanego parametru musi być na tyle wyczerpujący, żeby pozwolił Zamawiającemu ocenę oferty pod względem zgodności z parametrami wymaganymi i uznanie, czy oferta spełnia te wymagania, czy podlega odrzuceniu.*

*W przypadku:*

*a) niewypełnienia którejkolwiek z pozycji w tabeli,*

*b) zaoferowania parametrów niezgodnych z wymaganiami Zamawiającego,*

*oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp, jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*

**Część nr 3 – Wytrząsarka do przechowywania płytek krwi 1 szt.**

**Producent, model, nr katalogowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia - parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe nie powystawowe, rok produkcji: 2022/2023 |  |
|  | Pojemność na 10-15 pojemników standardowych koncentratów krwinek płytkowych (KKP) lub 5-10 koncentratów krwinek płytkowych pobranych droga aferezy |  |
|  | Wyposażenie w roli zapewniające cichą pracę urządzenia ,ciągłe łagodne wytrząsanie zgodnie z wytycznymi |  |
|  | Monitoring pracy kompatybilny z inkubatorem – pełna kompatybilność z inkubatorem |  |
|  | Wyposażenie w wentylator do wymuszonego obiegu powietrza |  |
|  | Pólki wysuwane na czas załadunku /prowadnice/ perforowane z antypoślizgową powłoką  |  |
|  | Możliwość etykietowania - oznaczenia przechowywanej grupy krwi |  |
|  | Możliwość kontroli poprawności mieszania /wytrząsania/ -liczba cykli na minutę, szybkość cyklu, alarm zatrzymania cyklu |  |
|  | Automatyczny system start/stop |  |
|  | Inkubator kompatybilny z wytrząsarką |  |
|  | Pokrycie inkubatora antystatyczną powłoką antybakteryjną |  |
|  | Drzwi przeszklone z magnetyczną uszczelką |  |
|  | Stała temperatura w zakresie +20-24 stopnie Celsjusza, maksymalne wahania temperatury 1 stopień Celsjusza |  |
|  | Szybka korekcja temperatury po otwarciu drzwi |  |
|  | Wielofunkcyjny sterownik z wyświetlaczem elektronicznym prezentującym parametry: 1. temperatura w komorze inkubatora,
2. zapis przebiegu temperatury,
3. rejestr dane dotyczących alarmu /przyczyny/,
4. programator alarmów.
 |  |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny z możliwością programowania parametrów |  |
| 1.
 | Zgodność z dyrektywną 93/42/EEC lub Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie wyrobów medycznych 2017/745 |  |
|  | Szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania, obsługi i konserwacji. |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. |  |

*Wykonawca wypełnia niniejszy Formularz poprzez uzupełnienie kolumny pn. „Parametr oferowany przez Wykonawcę” (należy opisać oferowany parametr), zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w kolumnie pn. Parametry wymagane przez Zamawiającego. Opis oferowanego parametru musi być na tyle wyczerpujący, żeby pozwolił Zamawiającemu ocenę oferty pod względem zgodności z parametrami wymaganymi i uznanie, czy oferta spełnia te wymagania, czy podlega odrzuceniu.*

*W przypadku:*

*a) niewypełnienia którejkolwiek z pozycji w tabeli,*

*b) zaoferowania parametrów niezgodnych z wymaganiami Zamawiającego,*

*oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp, jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*

**Część nr 4 – Termocykler 1 szt.**

**Producent, model, nr katalogowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia - parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
| **Termocykler Real-Time PCR** |
| 1.  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe- wymagany rok produkcji: min. 2022/23 |  |
| 2.  | Jednostka zawierająca podstawę z dotykowym wyświetlaczem (regulacja ustawienia 15o – 22o) lub wyświetlanie parametrów na urządzeniu zewnętrznym.  |  |
| 3. | Blok grzejno-chłodzącm z układami Peltier’a . |  |
| 4.  | Możliwość podłączenia myszy komputerowej, klawiatury, skanera kodów.  |  |
| 5.  | Blok grzejny o pojemności min. 96 próbek umożliwiający prowadzenie reakcji w standardowych niskoprofilowych mikropłytkach lub paskach probówek.  |  |
| 6.  | Zakres temperatury bloku 4 - 100°C. |  |
| 7. | Dokładność ustalenia temperatury nie gorsza niż +/-0,2°C w temp. 90°C.  |  |
| 8. | Równomierność rozkładu temperatury na płycie nie gorsza niż +/-0,3 °C osiągane w czasie 10 sek. dla temp. 90 °C.  |  |
| 9. | Zakres wielkości próbki minimum: 5 – 50 μl. |  |
| 10. | Maksymalna szybkość zmian temperatury, co najmniej 4 °C/s. |  |
| 11. | Posiada gradient termiczny umożliwiający jednoczesną optymalizację warunków reakcji dla co najmniej 12 reagentów  |  |
| 12. | Maksymalna rozpiętość programowalnego zakresu gradientu termicznego, co najmniej 24 °C. |  |
| 13. | Gradient dynamiczny.  |  |
| 14. | Pokrywa z grzaniem do 110 °C w minimalnym zakresie 30 - 110 °C.  |  |
| 15. | Metoda pomiarowa: fluorescencja.  |  |
| 16. | Źródło światła: diody LED.  |  |
| 17. | Zakres spektralny światła emitowanego nie mniejszy niż 450 – 730 nm. |  |
| 18. | Zakres spektralny światła wzbudzającego nie mniejszy niż 300 – 800 nm. |  |
| 19. | Multipleks 5 kanałowy – możliwość oznaczania jednocześnie do 5 genów w jednej próbce.  |  |
| 20. | Każdy kanał pomiarowy musi być wyposażony w indywidualną diodę LED o długości światła optymalnej do barwników przypisanych do każdej z nich. |  |
| 21. | Urządzenie wyposażone w komplet filtrów światła wzbudzającego i emitowanego zainstalowanych dla każdego z 5 kanałów.  |  |
| 22. | Gotowy system do detekcji reakcji z użyciem barwników – min.: Cy 5, Cy 5.5, FAM, HEX, ROX, SYBR lub równoważne. Urządzenie musi być fabrycznie skalibrowane do pracy z tymi barwnikami bez potrzeby przeprowadzanie takiej procedury przez użytkownika.  |  |
| 23. | Możliwość programowania płytki doświadczalnej przed, w trakcie lub po zakończeniu pomiaru. |  |
| 24. | Połączenie do komputera poprzez port USB 2.0.  |  |
| 25. | Oprogramowanie musi zapewniać akwizycję i obróbkę wyników. |  |
| 26. | Tworzenie krzywej kalibracyjnej umożliwiającej oznaczania ilościowe.  |  |
| 27. | Analiza krzywej topnienia.  |  |
| 28. | Analiza względnego stężenia DNA „gene expression” poprzez pomiar ΔCT lub ΔΔCT z wieloma genami referencyjnymi. |  |
| 29. | Możliwość jednoczesnej analizy ekspresji genów dla próbek pochodzących z różnych pomiarów.  |  |
| 30. | Analiza z zaprogramowanym punktem końcowym pomiaru „end-point”.  |  |
| 31. | Analiza alleli (dyskryminacja alleli).  |  |
| 32. | Możliwość eksportu zapisanych wyników analiz do innych aplikacji (Microsoft Excel, Word, PowerPoint lub równoważnych). Możliwość wygenerowania raportu pdf z każdego przeprowadzonego badania. |  |
| 33. | System zawiera funkcje: zabezpieczenie hasłem, szyfrowanie, możliwość podpisu elektronicznego, audyty, nadzór nad użytkownikami i przypisanie im praw do poszczególnych czynności. |  |
| 34. | Oprogramowanie, jako zintegrowane z nim funkcje, musi zawierać możliwość analizy ANOVA oraz za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka oraz umożliwiać analizę genów pod kątem ich stabilności w celu wybrania genu/ów referencyjnych.  |  |
| 35. | Stacja robocza do sterowania i analizy wyników w zestawie.  |  |
| 36. | Zgodność z dyrektywą w sprawie wyrobów do diagnostyki medycznej *in vitro* 98/79/EWG |  |
| 37. | Szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania, obsługi i konserwacji. |  |
| 38. | Gwarancja minimum 24 miesiące. |  |

*Wykonawca wypełnia niniejszy Formularz poprzez uzupełnienie kolumny pn. „Parametr oferowany przez Wykonawcę” (należy opisać oferowany parametr), zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w kolumnie pn. Parametry wymagane przez Zamawiającego. Opis oferowanego parametru musi być na tyle wyczerpujący, żeby pozwolił Zamawiającemu ocenę oferty pod względem zgodności z parametrami wymaganymi i uznanie, czy oferta spełnia te wymagania, czy podlega odrzuceniu.*

*W przypadku:*

*a) niewypełnienia którejkolwiek z pozycji w tabeli,*

*b) zaoferowania parametrów niezgodnych z wymaganiami Zamawiającego,*

*oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp, jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*

**Część nr 5 – Stół zabiegowy (transplantacja szpiku) szt. 1**

**Producent, model, nr katalogowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia - parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
| **Stół zabiegowy (transplantacja szpiku)**  |
| 1.  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe- wymagany rok produkcji: min. 2022/23 |  |
| 2.  | Stół zabiegowy przeznaczony do przeprowadzania badań i drobnych zabiegów |  |
| 3. | Mobilny, łatwy do przemieszczenia w obrębie sali |  |
| 4.  | Koła podwójne 100-150 mm zabudowane w podstawie |  |
| 5.  | Stół sterowany mechaniczno-hydraulicznie lub elektrycznie |  |
| 6.  | Mechanizm blokujący stół w pozycji roboczej |  |
| 7. | Konstrukcja stołu wykonana z profili stalowych nierdzewnych |  |
| 8. | Mechanizm blokujący stół w pozycji roboczej |  |
| 9. | Konstrukcja stołu wykonana z profili stalowych nierdzewnych |  |
| 10. | Kolumna stołu wykonana ze stali nierdzewnej  |  |
| 11. | Blat stołu 4 - 6 segmentowy a w tym:- segment siedziska, z regulacją odchylenia, - segment stały oparcia pleców- segment ruchomy oparcia głowy- segment oparcia nóg |  |
| 12. | Regulacja siedziska realizowana w zakresie min od 0° do 15° |  |
| 13. | Segment oparcia pleców regulowany w zakresie min od 0° do 75° |  |
| 14. | Segment oparcia głowy regulowany w zakresie min od -35 do +30° |  |
| 15. | Segment oparcia nóg regulowany w zakresie +30 /-90 |  |
| 16. | Materace przeciwodleżynowe z pianki poliuretanowej, antybakteryjne, zdejmowane |  |
| 17. | Materace pokryte tapicerowaną tkaniną winylową zmywalną:- o wysokiej odporności na ścieranie,- trudnopalną- dostosowaną do zmywania/dezynfekcji środkami chemicznymi,- odporną na urynę, krew i pot,- barierową przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjną i przeciwgrzybiczą. |  |
| 18. | Regulacja wysokości blatu uzyskiwana przy pomocy pompy hydraulicznej sterowanej pedałem nożnym lub przy użyciu siłownika elektrycznego z pilotem. |  |
| 19. | Zakres regulacji wysokości min od 760 do 1050 mm (+/-50 mm) |  |
| 20. | Regulacja przechyłów wzdłużnych tj. pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyn gazowych z blokadą |  |
| 21. | Zakres regulacji Trendelenburga co najmniej od 0° do 30° |  |
| 22. | Wymiary gabarytowe blatu:- długość całkowita blatu od 2100 mm (+/- 50mm)- całkowita szerokość blatu min. 500 (+/- 50mm) |  |
| 23. | Przezierny dla promieni RTG na całej długości stołu, poza segmentem siedziska |  |
| 24. | Współpraca z ramieniem C |  |
| 25. | Dopuszczalne obciążenie min. 120 kg |  |
| 26. | Szyny boczne 25×10 mm do mocowania wyposażenia dodatkowego |  |
| 27. | Uchwyt do podkładów jednorazowych mocowany do stołu |  |
| 28. | Podpory pod rękę , regulowane 2 szt |  |
| 29. | Podpory boczne 2 szt na kończynę górną |  |
| 30. | Wysięgnik kroplówki |  |
| 31. | Ekran anestezjologiczny |  |
| 32. | Podajnik na kasety RTG |  |
| 33. | Zgodność z dyrektywą 93/42/EEC lub Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie wyrobów medycznych 2017/745 |  |
| 34. | Szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania, obsługi i konserwacji. |  |
| 35. | Gwarancja minimum 24 miesiące. |  |

*Wykonawca wypełnia niniejszy Formularz poprzez uzupełnienie kolumny pn. „Parametr oferowany przez Wykonawcę” (należy opisać oferowany parametr), zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w kolumnie pn. Parametry wymagane przez Zamawiającego. Opis oferowanego parametru musi być na tyle wyczerpujący, żeby pozwolił Zamawiającemu ocenę oferty pod względem zgodności z parametrami wymaganymi i uznanie, czy oferta spełnia te wymagania, czy podlega odrzuceniu.*

*W przypadku:*

*a) niewypełnienia którejkolwiek z pozycji w tabeli,*

*b) zaoferowania parametrów niezgodnych z wymaganiami Zamawiającego,*

*oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp, jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*

**Część nr 6 – Stół zabiegowy (gabinet zabiegowy) 1 szt.**

**Producent, model, nr katalogowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia - parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
| **Stół zabiegowy** |
| 1.  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe- wymagany rok produkcji: min. 2022/23 |  |
| 2.  | Stół zabiegowy przeznaczony do przeprowadzania badań i drobnych zabiegów |  |
| 3. | Mobilny, łatwy do przemieszczenia w obrębie sali |  |
| 4.  | Koła podwójne 150 mm z hamulcem centralnym |  |
| 5.  | Stół sterowany mechaniczno-hydraulicznie |  |
| 6.  | Mechanizm blokujący stół w pozycji roboczej |  |
| 7. | Konstrukcja stołu wykonana z profili stalowych nierdzewnych |  |
| 8. | Kolumna stołu wykonana ze stali nierdzewnej lub trwałego ABS |  |
| 9. | Blat stołu 4 - 6segmentowy a w tym:- segment siedziska, z regulacją odchylenia, - segment stały oparcia pleców- segment ruchomy oparcia głowy- segment oparcia nóg |  |
| 10. | Segment oparcia pleców regulowany w zakresie min od 0° do 75° |  |
| 11. | Segment oparcia głowy regulowany w zakresie min od -35 do +30° |  |
| 12. | Segment oparcia nóg regulowany w zakresie +30 /-90 |  |
| 13. | Materace przeciwodoleżynowe z pianki poliuretanowej, antybakteryjne, zdejmowane |  |
| 14. | Materace pokryte tapicerowany tkaniną winylową zmywalną:- o wysokiej odporności na ścieranie,- trudnopalną- dostosowaną do zmywania/dezynfekcji środkami chemicznymi,- odporną na urynę, krew i pot,- barierową przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjną i przeciwgrzybiczą. |  |
| 15. | Regulacja wysokości blatu uzyskiwana przy pomocy pompy hydraulicznej sterowanej pedałem nożnym. |  |
| 16. | Zakres regulacji wysokości od 760 do 1050 mm (+/-50 mm) |  |
| 17. | Regulacja przechyłów wzdłużnych tj. pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyn gazowych z blokadą |  |
| 18. | Zakres regulacji Trendelenburga co najmniej od 0° do 30° |  |
| 19. | Wymiary gabarytowe blatu- długość całkowita blatu od 2100 mm (+/- 50mm)- całkowita szerokość blatu min. 500 (+/- 50mm) |  |
| 20. | Przezierny dla promieni RTG na całej długości stołu, poza segmentem siedziska |  |
| 21. | Współpraca z ramieniem C |  |
| 22. | Dopuszczalne obciążenie min. 120 kg |  |
| 23. | Szyny boczne 25×10 mm do mocowania wyposażenia dodatkowego |  |
| 24. | Uchwyt do podkładów jednorazowych mocowany do stołu |  |
| 25. | Podpory pod rękę , regulowane 2 szt. |  |
| 26. | Podpory boczne 2 szt. na kończynę górną |  |
| 27.  | Wysięgnik kroplówki  |  |
| 28. | Ekran anestezjologiczny |  |
| 29. | Podajnik na kasety RTG |  |
| 36. | Zgodność dyrektywną 93/42/EEC lub Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie wyrobów medycznych 2017/745 |  |
| 37. | Szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania, obsługi i konserwacji. |  |
| 38. | Gwarancja minimum 24 miesiące. |  |

*Wykonawca wypełnia niniejszy Formularz poprzez uzupełnienie kolumny pn. „Parametr oferowany przez Wykonawcę” (należy opisać oferowany parametr), zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w kolumnie pn. Parametry wymagane przez Zamawiającego. Opis oferowanego parametru musi być na tyle wyczerpujący, żeby pozwolił Zamawiającemu ocenę oferty pod względem zgodności z parametrami wymaganymi i uznanie, czy oferta spełnia te wymagania, czy podlega odrzuceniu.*

*W przypadku:*

*a) niewypełnienia którejkolwiek z pozycji w tabeli,*

*b) zaoferowania parametrów niezgodnych z wymaganiami Zamawiającego,*

*oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp, jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*

**Część nr 7 – Wózek anestezjologiczny 6 szt.**

**Producent, model, nr katalogowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia - parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
| **Wózek anestezjologiczny** |
| 1.  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe- wymagany rok produkcji: min. 2022/23 |  |
| 2.  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali nierdzewnej lub wytłaczanego aluminium. |  |
| 3. | Boki, blat, wykonane z natryskowo formowanego PC/ABS lub stali nierdzewnej. |  |
| 4.  | Konstrukcja pozwalająca na umieszczenie dodatkowego wyposażenia. |  |
| 5.  | Blat z trzema uniesionymi brzegami oraz niskim brzegiem od strony frontu. |  |
| 6.  | Uchwyty do prowadzenia wózka przy blacie. |  |
| 7. | 4 szuflady na prowadnicach rolkowych, z cichym domykiem. |  |
| 8. | 3 szuflady węższe, 1 głębsza na płyny infuzyjne. |  |
| 9. | Jedna szuflada z organizerem na leki. |  |
| 10. | Centralna blokada szuflad. |  |
| 11. | Układ jezdny wyposażony w cztery koła śr. min 125 -150 mm, z min. 2 hamulcami. |  |
| 12. | System łatwego prowadzenia oraz zabezpieczenia przed uderzeniami ( np. odbojniki). |  |
| 13. | Uchwyt na rękawiczki. |  |
| 14. | 2 kosze na odpady umieszczone z boku wózka. |  |
| 15. | Opcjonalnie półka pomocnicza wysuwana spod blatu roboczego wykonana z tworzywa sztucznego typu ABS. |  |
| 16. | Wysokość – 800 – 950 mm. |  |
| 17. | Szerokość - 650mm – 730mm. |  |
| 18. | Głębokość - 450 mm – 530mm. |  |
| 36. | Zgodność z dyrektywną 93/42/EEC lub Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie wyrobów medycznych 2017/745 |  |
| 37. | Gwarancja minimum 24 miesiące. |  |

*Wykonawca wypełnia niniejszy Formularz poprzez uzupełnienie kolumny pn. „Parametr oferowany przez Wykonawcę” (należy opisać oferowany parametr), zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w kolumnie pn. Parametry wymagane przez Zamawiającego. Opis oferowanego parametru musi być na tyle wyczerpujący, żeby pozwolił Zamawiającemu ocenę oferty pod względem zgodności z parametrami wymaganymi i uznanie, czy oferta spełnia te wymagania, czy podlega odrzuceniu.*

*W przypadku:*

*a) niewypełnienia którejkolwiek z pozycji w tabeli,*

*b) zaoferowania parametrów niezgodnych z wymaganiami Zamawiającego,*

*oferta zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 ustawy pzp, jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (odpowiednio: Podmiotu udostępniającego zasoby), zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*