**Załącznik Nr 1a**

**Do Zamawiającego :**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu**

reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia :**

**Dostawa sprzętu medycznego**

**Wykonawca ( jeżeli oferta składania wspólnie – wpisać dane pełnomocnika ) :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres :

Miejscowość : …………. - ……………….. …………………………………………………………….

Ulica : …………………………………………………………………………………………………………..

NIP : …………………………………………………………………………………………………………….

REGON : ……………………………………..……………………………………………………………….

**KARTY TECHNICZNE**

**OFEROWANEGO SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA**

1. **Wirówka kończyn górnych - 1 zestaw**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Pojemność zabiegowa od 25 do 45 litrów |  |
|  | Masaż za pomocą dysz z regulowaną siłą strumienia |  |
|  | Czujnik temperatury wody |  |
|  | Czujnik poziomu wody |  |
|  | System odkamieniania |  |
|  | Ciepły prysznic |  |
|  | Zasilanie 230 V/50 Hz |  |
|  | Elektroniczny wyświetlacz |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu zabiegu |  |
|  | Automatyczne wyłączanie po upływie czasu zabiegu |  |
|  | Wanna napełniana automatycznie |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Wirówka kończyn dolnych - 1 zestaw**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Pojemność zabiegowa od 40 do 120 litrów |  |
|  | Masaż za pomocą dysz z regulowaną siłą strumienia |  |
|  | Czujnik temperatury wody |  |
|  | Czujnik poziomu wody |  |
|  | System odkamieniania |  |
|  | Ciepły prysznic |  |
|  | Zasilanie 230 V/50 Hz |  |
|  | Elektroniczny wyświetlacz |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu zabiegu |  |
|  | Automatyczne wyłączanie po upływie czasu zabiegu |  |
|  | Możliwość zamówienia wanny w kolorystyce wg potrzeb |  |
|  | Wanna napełniana automatycznie |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Stół do drenażu ułożeniowego - 1 zestaw**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Stół powinien posiadać 3 sekcje |  |
|  | Składać się z 5 części |  |
|  | Regulacja wszystkich 3 sekcji i części |  |
|  | Regulacja sekcji lędźwiowej od 75 do 90 stopni |  |
|  | Kółka jezdne |  |
|  | Elektryczny podnośnik |  |
|  | Zagłówek z otworem na twarz i zatyczką |  |
|  | Grubość tapicerki minimum 5 cm |  |
|  | Tapicerka odporna na środki dezynfekujące |  |
|  | Możliwość wyboru koloru tapicerki |  |
|  | Maksymalne obciążenie od 220 kg do 250 kg |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Atlas rehabilitacyjny 4-stanowiskowy - 1 zestaw**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Regulacja oparcia ławek od 0 do 80 stopni |  |
|  | Waga stosów 60 kg maksymalnie 110 kg z możliwością rozbudowy stosu |  |
|  | Selekcja obciążenia co 5 kg |  |
|  | Liczba ćwiczących jednocześnie: 4 osoby |  |
|  | Dopuszczalna masa ćwiczącego od 120 do 160 kg |  |
|  | Szyta tapicerka odporna na środki dezynfekcyjne |  |
|  | Ramy malowane proszkowo |  |
|  | Deklaracja zgodności z Polskimi Normami PN-EN 957-1,-2:1999,p.5 |  |
|  | Regulacja za pomocą magnetycznego selektora obciążenia |  |
|  | Możliwość wykonania od 10 do 15 ćwiczeń. |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Zestaw do telerehabilitacji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia | |  |
|  | Nazwa: ………………………………………………………………………….  Typ, model: ………………………………………………………………….  Producent: ……………………………………………………………………  Rok produkcji: ……………………………………………………………… | | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | System do telerehabilitacji kardiologicznej, w którego skład wchodzą:  - aparat do rejestracji i aparat do transmisji bezprzewodowej zapisu EKG – 6 szt.  - oprogramowanie systemu do telerehabilitacji kardiologicznej wraz z licencją – 1 szt.;  - waga pacjenta – 6 szt.;  - ciśnieniomierz –6 szt. | |  |
| **I.** | **Aparat do rejestracji i transmisji bezprzewodowej zapisu EKG – 6 szt.** | |  |
|  | Nazwa /model/:…………………………………………………  typ aparatu: ……………………………….  Producent: ………………………………………….  kraj pochodzenia aparatu: …………………………………  *podać.* | |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy z 2021r. | |  |
|  | Aparat zapewniający transmisję danych , realizowaną bezprzewodowo poprzez wbudowany moduł GSM/GPRS do oprogramowania systemu do telerehabilitacji kardiologicznej. | |  |
|  | Automatyczna, bezprzewodowa współpraca aparatu z wagą pacjenta i ciśnieniomierzem. | |  |
|  | Synchroniczny zapis EKG z 3 kanałów podczas rehabilitacji kardiologicznej. | |  |
|  | Aparat wyposażony w nierozłączny trzyelektrodowy lub pięcioelektrodowy kabel EKG zakończony klipsami do samoprzylepnych elektrod. | |  |
|  | Zapis EKG do wbudowanej pamięci:  - z 3 odprowadzeń przedsercowych ( V1-V6) lub,  - z 6 odprowadzeń kończynowych ( I, II, III, aVR, aVL, aVF) i 1 dowolnie wybranego odprowadzenia przedsercowego ( V1- V6). | |  |
|  | Automatyczne wysyłanie do systemu telemedycznego badania pracy serca w warunkach codziennej aktywności życiowej w warunkach domowych. | |  |
|  | Wbudowany w aparat moduł komunikacji głosowej GSM umożliwiający połączenie głosowe z pacjentem.  *Opisać.* | |  |
|  | Wbudowany w aparat moduł GPS do określenia lokalizacji pacjenta. | |  |
|  | Zdalna konfiguracja (z poziomu systemu telemedycznego) parametrów m.in.: długość zapisu EKG, czas ćwiczeń, czas odpoczynku, ilość cykli rehabilitacji. | |  |
|  | Automatyczna synchronizacja czasu w aparacie. | |  |
|  | Zakres częstotliwości:  minimum 0,05 – 100 HZ  *Podać.* | |  |
|  | CMMR: nie mniejszy niż 75 dB | |  |
|  | Częstotliwość próbkowania badania EKG:  nie mniejsza niż 250 próbek/ sekundę | |  |
|  | Czułość próbkowania badania EKG:  nie mniejsza niż 10 bitów/próbkę  *Podać.* | |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna.  *Opisać.* | |  |
|  | Możliwość wykonania dodatkowego badania EKG w trakcie ćwiczenia i odpoczynku. | |  |
|  | Możliwość wykonania dodatkowego badania EKG po wykonaniu sesji rehabilitacji kardiologicznej. | |  |
|  | Zasilanie: wbudowany akumulator | |  |
| 1. Akumulator o wytrzymałości minimum 300 cykli ładowania | |  |
| 2. Czas pracy na w pełni naładowanym akumulatorze:  minimum 3 sesje po 30 minut  i gotowość do pracy przez minimum 2 dni  *Podać.* | |  |
| 3. Ładowanie z sieci elektrycznej przez złącze micro USB. | |  |
|  | Wyposażenie do każdego aparatu | |  |
| .1 Ładowarka sieciowa – 1 szt. | |  |
| 2. Etui – 1 szt. | |  |
| 3. Pasek do mocowania na szyi lub do paska spodni pacjenta – 1 szt. | |  |
| **II.** | **Oprogramowanie systemu do telerehabilitacji kardiologicznej** | |  |
|  | Nazwa /model/:…………………………………………………  typ aparatu: ……………………………….  Producent: ………………………………………….  kraj pochodzenia aparatu: …………………………………  *podać.* | |  |
|  | Oprogramowanie systemu telemedycznego do prowadzenia procesu rehabilitacji kardiologicznych m.in. w warunkach domowych z wykorzystaniem telemetrii.  *Opisać.* | |  |
|  | Współpraca z aparatami zaoferowanymi w pkt. 2. | |  |
|  | System dostępny przez przeglądarkę internetową, umożliwiający stały podgląd wyników badan pacjentów z dowolnego komputera połączonego z Internetem. | |  |
|  | System składający się z portalu dla lekarza i portalu dla pacjenta. | |  |
|  | Jednoczesna praca na minimum 2 stanowiskach komputerowych dla personelu medycznego. | |  |
|  | Jednoczesna obsługa minimum 6 mobilnych aparatów. | |  |
|  | Możliwość dalszej rozbudowy w przypadku zwiększenia liczby urządzeń. | |  |
|  | Dostęp lekarza do danych zebranych z bezprzewodowych modułów medycznych m. in.:  - przebiegu EKG,  - wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi ,  - wyników pomiaru masy ciała. | |  |
|  | Bezpieczne przesyłanie danych z i do systemu za pomocą szyfrowanych protokołów.  *Opisać.* | |  |
|  | Przetwarzanie danych osobowych  i medycznych zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych. | |  |
|  | Powiadamianie lekarza sms-em i sygnałem dźwiękowym o badaniu oczekującym na opis. | |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające korzystanie z wielu funkcji: | |  |
| 1 | Zarządzanie rolami i uprawnieniami użytkowników.  *Opisać.* |  |
| 2 | Dodawanie i edytowanie danych pacjentów.  *Opisać.* |  |
| 3 | Dodawanie wyników badań, komentarzy i pomiarów. |  |
| 4 | Możliwość wymiarowania, porównywania i opisywania badania EKG.  *Opisać.* |  |
| 5 | Wizualizacja wyników EKG. |  |
| 6 | Analiza wyników danego pacjenta, w zadanym przedziale czasu, w postaci graficznej i tabelarycznej. |  |
| 7 | Odczyt i pomiar parametrów na wykresie EKG m.in.:  - pomiar RR,  - pomiar długości odcinka QRS,  - pomiar długości odcinka P,  - pomiar długości odcinka T,  - automatyczne wyliczenie osi elektrycznej serca,  - automatyczne wyliczenie długości odcinka QT,  - automatyczne wyznaczenie położenia osi P,  - automatyczne wyznaczenie położenia osi T. |  |
| 8 | Generowanie raportów z ilości wykonywanych badań. |  |
| 9 | Generowanie wydruków w formacie PDF zawierających zbiór badań pacjenta i epikryzę. |  |
| 10 | Eksport pomiarów do formatu SCP. |  |
| 11 | Zdalna zmiana trybu pracy aparatu oraz konfiguracja odprowadzeń. |  |
| 12 | Programowanie aparatów według indywidualnych potrzeb danego pacjenta. |  |
|  | Komunikacja w języku polskim. | |  |
| **III** | **Waga pacjenta – 6 szt.** | |  |
|  | Nazwa /model/:…………………………………………………  typ aparatu: ……………………………….  Producent: ………………………………………….  kraj pochodzenia aparatu: …………………………………  *podać.* | |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. | |  |
|  | Urządzenie służące do pomiaru masy ciała pacjenta [kg]. | |  |
|  | Wyniki pomiaru wysłane bezprzewodowo do aparatu.  *Opisać.* | |  |
|  | Maksymalne obciążenie wagi: minimum 150 kg | |  |
|  | Dokładność pomiaru:  nie gorsza niż 200g  *Podać.* | |  |
|  | Pamięć minimum 30 pomiarów. | |  |
|  | Pomiar BMI. | |  |
|  | Obsługa wagi za pomocą 1 przycisku. | |  |
|  | Wyświetlacz LCD. | |  |
|  | Zasilanie: bateryjne/akumulatorowe | |  |
|  | Minimalna ilość pomiarów na w pełni naładowanych bateriach/akumulatorach:  1900 pomiarów | | . |
| **IV** | **Ciśnieniomierz- 6 szt.** | |  |
|  | Nazwa /model/:…………………………………………………  typ aparatu: ……………………………….  Producent: ………………………………………….  kraj pochodzenia aparatu: …………………………………  *podać.* | |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. | |  |
|  | Urządzenie służące do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i pulsu pacjenta. | |  |
|  | Wyniki pomiaru wysłane bezprzewodowo do aparatu.  *Opisać.* | |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia:  minimum 50 ÷ 250 mmHg.  *Podać.* | |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu:  minimum 30 ÷ 180 uderzeń/minutę  *Podać.* | |  |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego: nie gorsza niż +/- 3 mmHg  *Podać.* | |  |
|  | Dokładność pomiaru pulsu:  nie gorsza niż +/- 5%  *Podać.* | |  |
|  | Masa urządzenia (bez baterii) :  nie większa niż 600g. | |  |
|  | Pamięć urządzenia:  minimum 180 pomiarów | |  |
|  | Wyświetlacz LCD. | |  |
|  | Zasilanie: baterie/akumulatory typu AA lub AAA. | |  |
|  | Minimalna ilość pomiarów na w pełni naładowanych bateriach/akumulatorach:  100 pomiarów | |  |
| **V** | **Wymagania dla całego zestawu** | |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. | |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. | |  |

1. **Fantom do nauki resuscytacji - 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Fantom tors ALCS do RKO, Intubacji, EKG+ Ramię do wkłuć dożylnych |  |
|  | Fatom tors ALCS z interaktywną symulacją arytmii |  |
|  | Zaawansowany symulator umożliwia przeprowadzenie zabiegów ratujących życie |  |
|  | Reanimacja krążeniowo – oddechowa CPR : namacalne i widoczne, anatomiczne punkty orientacyjne, w pełni ruchome połączenia stawowe głowy, szyi i szczęki |  |
|  | Drogi oddechowe: realistyczna anatomia ust, języka, części ustnej gardła, krtani, nagłośni, strun głosowych, tchawicy oraz przełyku. Chrząstka pierścieniowata umożliwia przeprowadzenie manewru Sellicka. Rozdzielone lewe i prawe płuco do osłuchiwania, odsysania, intubacja ustna, nosowa i palcowa. |  |
|  | Defibrylacja : wewnętrzne urządzenie pochłania pełną siłę każdego wstrząsu, defibrylacja ręczna, półautomatyczna i automatyczna, 4 miejsca EKG i 2 miejsca defibrylacji, kompatybilny ze wszystkimi standardowymi markami i typami defibrylatorów i monitorów EKG |  |
|  | Interaktywny symulator EKG  Zewnętrzna jednostka umożliwiająca ćwiczenie defibrylacji bezpośrednio na manekinie. Urządzenie może też generować rytmy EKG, które są wyświetlane na monitorze EKG (monitor EKG nie wchodzi w skład zestawu) do celów diagnostyki i treningu defibrylacji. Interaktywny symulator EKG może wyświetlić ponadto wszystkie arytmie (34 rytmy) w trybie dorosłym lub pediatrycznym |  |
|  | Twarda walizka. |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Zestaw monitorów do izolatki z centralą**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia: TAK/NIE |
| **I.** | **Centrala monitorująca – 1 zestaw** |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | kontrola do 30 pacjentów, |  |
|  | rodzaje alarmu: wizualny i dźwiękowy, |  |
|  | komunikacja dwukierunkowa z wykorzystaniem sieci LAN/WIFI |  |
|  | możliwość komunikacji HL7, |  |
|  | mierzone parametry: EKG, HR, SPO2, NIBP, oddech, temperatura, IBP, CO2, C.O., |  |
| **II.** | **Kardiomonitor – 2 kpl** |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Kardiomonitor o budowie kompaktowej, wyposażony w uchwyt do przenoszenia, przygotowany do łatwego montażu na uchwycie ściennym |  |
|  | Kardiomonitor przystosowany do monitorowania: dorosłych, dzieci oraz noworodków |  |
|  | Kolorowy, dotykowy ekran TFT LCD o przekątnej min. 12,1 cala |  |
|  | Rozdzielczość ekranu 800x600 pikseli |  |
|  | Zasilanie 100-240V, 50/60Hz |  |
|  | Wbudowany akumulator litowo-jonowy o pojemności min. 4400 mAh |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze 4 godziny |  |
|  | Obsługa w języku polskim |  |
|  | Chłodzenie za pomocą wbudowanego wentylatora |  |
|  | Waga maks. 4 kg |  |
|  | Wymiary maks. 330x119x280 mm |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualne |  |
|  | Regulowane poziomy alarmów dla wszystkich mierzonych parametrów |  |
|  | Automatyczna lub manualna regulacja jasności ekranu |  |
|  | Czujnik jasności otoczenia (wbudowany w monitor) umożliwiający automatyczną regulację jasności ekranu |  |
|  | Możliwość wyświetlenia 7 krzywych |  |
|  | Możliwość wyświetlenia mierzony wartości w trybie „dużych cyfr” |  |
|  | Pomiar: EKG, NIBP, SpO2, respiracja, temperatura |  |
|  | Monitorowanie oxyCRG |  |
|  | Wbudowany kalkulator leków |  |
|  | Wbudowana drukarka |  |
|  | Opcja przywołania pielęgniarki |  |
|  | Komunikacja za pomocą USB, LAN |  |
|  | Możliwość podłączenia kardiomonitora do centrali monitorującej umożliwiającej podłączenie do min. 30 monitorów |  |
|  | Możliwość rozbudowy o bezprzewodowy moduł transmisji Wi-Fi |  |
|  | Możliwość rozbudowy o komunikację HL7 |  |
|  | Możliwość rozbudowy monitora o pomiar: IBP ( 4 kanały), CO, CO2, gazów anestetycznych |  |
|  | Trendy graficzne i tabelaryczne, pamięć: min. 1 tydzień |  |
|  | EKG |  |
|  | 5-odprowadzeniowy kabel ekg |  |
|  | 3-odprowadzeniowy kabel ekg (opcjonalnie) |  |
|  | Zakres pomiaru HR: min. 15-450 ud/min |  |
|  | Dokładność pomiarowa 1% lub 1 ud/min, wyższa wartość |  |
|  | Tryb pracy: diagnostyczny, monitorowania, chirurgiczny |  |
|  | Analiza odcinka ST |  |
|  | Wybór kanału do monitorowania odcinka ST |  |
|  | Detekcja arytmii, min. 13 rodzajów arytmii |  |
|  | Prędkość przesuwu 12,5/25/50 mm/s |  |
|  | Wzmocnienie: min. 0,25/0,5/1/2/4 cm/mV oraz automatycznie |  |
|  | Wykrywanie stymulatora serca |  |
|  | Respiracja |  |
|  | Pomiar z impedancji klatki piersiowej |  |
|  | Zakres pomiaru: min. 0-120 oddechów/min |  |
|  | Dokładność pomiarowa +/- 2 oddechy/min |  |
|  | Prędkość: 6,25/12,5/25 mm/s |  |
|  | Wzmocnienie 0,5/1/2 |  |
|  | Wybór obliczanego kanału: R-L, R-F, L-N, F-N |  |
|  | Saturacja |  |
|  | Metoda pomiarowa: Lutech |  |
|  | Zakres pomiarowy: 0-100% |  |
|  | Dokładność pomiarowa: maks. +/-2% w zakresie saturacji 70-100% |  |
|  | Zakres PR: min. 20-250 ud/min |  |
|  | Dokładność PR: maks. +/-2% |  |
|  | NIBP |  |
|  | Oscylometryczna metoda pomiaru |  |
|  | Tryb pracy: manual, auto, ciągły |  |
|  | Pomiar: SYS, DIA, MEAN (Średnie) |  |
|  | Zakres pomiarowy:  - SYS 40-270 mmHg  - DIA 10-210 mmHg  - MEAN 20-230 mmHg; |  |
|  | Dokładność pomiarowa: maks. +/- 5 mmHg |  |
|  | Interwały pomiarowe: min. 1, 2, 3, 4, 5, 10, 15, 30, 60, 90, 120, 180, 240, 480 min |  |
|  | Możliwość wyboru jednostki: mmHg/kPa |  |
|  | Temperatura |  |
|  | Min. 2 kanały pomiarowe: T1, T2 |  |
|  | Prezentacja różnicy zmierzonych temperatur |  |
|  | Zakres pomiary min. 0-50 st. C |  |
|  | Rozdzielczość pomiarowa: 0,1 st. C |  |
|  | Dokładność pomiarowa: maks. +/- 0,3 st. C |  |
|  | Możliwość wyboru jednostki: stopnie F/ stopnie C |  |
|  | Drukarka |  |
|  | Szerokość wydruku: 50 mm |  |
|  | Tryb drukowania: manualny/w przypadku alarmu/predefiniowany |  |
|  | Prędkość przesuwu krzywych: 12,5/25/50 mm/s |  |
|  | Wydruk krzywych i danych pomiarowych |  |
| **III** | **Pozostałe wymagania** |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Kriosauna – 1 zestaw**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia | |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. | |  |
|  | Dostosowanie pomieszczenia, gdzie będzie zamontowane urządzenia do wymagań bezpieczeństwa:  - odpowiednia wentylacja pomieszczenia,  - analizator stężenia tlenu w powietrzu (detektor tlenu) informujący o spadku zawartości tlenu poniżej 19%, | |  |
|  | Wymiary:  Długość: 120 cm do 140 cm  Szerokość: 80 cm do 150 cm  Wysokość całkowita: 220 cm do 250 cm  Wysokość kabiny: 180 cm do 190 cm | |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230 V/ 50 Hz | |  |
|  | Rozruch kriosauny od 3 do 10 min | |  |
|  | Regulowany czas seansu od 1- 3 min | |  |
|  | Maksymalny czas seansu 3 min | |  |
|  | Maksymalny odstęp czasu pomiędzy seansami 1-3 min | |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  | |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  | |