**Załącznik nr 5.2 po modyfikacji z dnia 10.11.2021 r.**

**WYMAGANIA CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**DOTYCZĄCE WYPOSAŻENIA PRZEDZAŁU MEDYCZNEGO W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp. z OPZ** | **Opis wymaganych minimalnych warunków i parametrów techniczno-użytkowych** | **Potwierdzenie spełnienia warunku/ parametru**  **Tak/nie** | **Parametry oferowanego urządzenia**  (np. waga urządzenia 4 kg)  **oraz Uwagi** | **Podać nazwę i nr strony dokumentu potwierdzającego parametry urządzenia**  (np. instrukcja użytkowania str. 42) |
| **1.** | **NOSZE GŁÓWNE**  **producent…………………..………**  **marka……………………………….**  **model……………………………….** | | | |
| 1. Nosze wykonane z materiału odpornego na korozję, stopu aluminium, włókna węglowego, możliwość prowadzenia bokiem przez jedną osobę z dowolnej strony noszy. Posiadają system niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku do pojazdu sanitarnego i rozładunku pozwalając na wprowadzenie zestawu transportowego do pojazdu sanitarnego przez 1 osobę, co minimalizuje ryzyko urazów operatora noszy. Rama noszy wykonana z profili o przekroju dającym podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Komplet pasów zabezpieczających – pasy szelkowe i pasy poprzeczne mocowane bezpośrednio do ramy noszy; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość wprowadzenia noszy na transporter przodem i tyłem do kierunku jazdy. 4xkółka wszystkie obrotowe w zakresie 360 stopni z możliwością blokowania 2 kółek do pozycji stałej, hamulce na 2 kółkach; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Cienki, niesprężynujący materac anatomiczny z tworzywa sztucznego, umożliwiający ustawienie wszystkich pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, odporny na środki dezynfekujące, nieabsorbujący krwi i płynów oraz poduszka anatomiczna | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Składane poręcze boczne; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wysuwane, teleskopowe rączki z przodu i z tyłu noszy do przenoszenia; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga do 23 kg; | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Ładowność min. 150 kg; | TAK/NIE\* | Podać dopuszczalne obciążenie w kg: |  |
| 1. Zgodne z normą PN-EN 1865-1+A1; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata; | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **2.** | **TRANSPORTER NOSZY**  **producent……………………….**  **marka……………….…………….**  **model………………….………….** | | | |
| 1. Transporter wykonany z materiału odpornego na korozję; | TAK/NIE\* | Podać rodzaj materiału: |  |
| 1. Lekka konstrukcja | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. System bezpiecznej obsługi, również przez jedną osobę – niezależne składanie goleni przednich i tylnych przy podtrzymaniu ciężaru całego zestawu jedną parą goleni w czasie wprowadzania i wyprowadzania z ambulansu | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Szybki system składanego i bezpiecznego połączenia z noszami | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Regulacja wysokości na minimum 5 poziomach wysokości; | TAK/NIE\* | Podać ilość poziomów regulacji: |  |
| 1. Transporter wyposażony w 4 koła o średnicy 15-20 cm, umożliwiające prowadzenie noszy różnych rodzajach podłoża, 2 kółek do pozycji stałej, hamulce na 2 kółkach | TAK/NIE\* | Podać średnicę kół w cm: |  |
| 1. Koła obrotowe 360 stopni, hamulce co najmniej na kołach tylnych goleni; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość blokowania kół – jazda na wprost, jazda bokiem lub koła skrętne; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość prowadzenia noszy bokiem przez jedna osobę z dowolnej strony; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość ustawienia pozycji drenażowych – Trendelenburga i Fowlera; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wszystkie powierzchnie przed korozją - czynniki atmosferyczne jak i środki czyszczące i dezynfekcyjne”; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. elementy odblaskowe ułatwiające lokalizacje transportera podczas słabej widoczności | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga zestawu do 45 kg | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Obciążenie dopuszczalne co najmniej 249 kg; | TAK/NIE\* | Podać maksymalne dopuszczalne obciążenie w kg: |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-1+A1; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Mocowanie transportera do lawety zgodne z normą PN-EN 1789: 2021-02. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **3.** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE:**  **producent……………………….**  **marka……………….…………**  **model…………………………** | | | |
| 1. Składane, z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem; z kpl. 3 pasów bezpieczeństwa; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Elastyczne pokrycie z miękkiego tworzywa sztucznego, umożliwiające szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji lub krzesełko kardiologiczne wyposażone w twarde siedzisko i oparcie wykonane z termoplastycznego tworzywa, zamontowane do ramy krzesełka (nie do ramy noszy); | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Min 2 kółka tylne | TAK/NIE\* | Podać ilość kół: |  |
| 1. Rączki przednie z regulacją ich długości oraz ze składanymi lub uchylnymi rączkami tylnymi; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wyposażone w blokadę przypadkowego złożenia w trakcie transportu; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga poniżej 15 kg | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Max. obciążenie do 150 kg | TAK/NIE\* | Podać max obciążenie w kg: |  |
| 1. Zgodne z normą PN-EN 1865-1+A1. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
| **4.** | **DEFIBRYLATOR:**  **producent……………………….**  **marka……………….……………**  **model…………………………….** | | | |
| 1. Defibrylator przenośny z kardiowersją, stymulacją, SpO2, NIBP, EtCO2, pomiarem nieinwazyjnym poziomu karboksyhemoglobiny i methemoglobiny oraz monitorowaniem EKG z 4 i 12 odprowadzeń; | TAK/NIE\* | Podać tryby pracy, zakresy monitorowania oraz ilość odprowadzeń: |  |
| 1. Kolorowy ekran LCD o przekątnej min. 8,4 cala o rozdzielczości min. 640 x 480 (prezentacja wartości liczbowych, komunikatów i fal dynamicznych); | TAK/NIE\* | Podać przekątną i rozdzielczość |  |
| 1. Stopień ochrony min. IP43; | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony: |  |
| 1. Stopień odporności na wstrząsy, upadek zgodny z PN-EN 1789.; | TAK/NIE\* | Podać stopień odporności: |  |
| 1. Czujnik SpO2 z zakresem pomiaru saturacji 50 – 100% (dokładność nie mniejsza niż +/- 2% ) dorosły częstotliwość aktualizacji SpO2 4,8,12 lub 16 sekund, czułość SpO2 normalna, wysoka, zakres częstości tętna SpO2: 30 – 300 uderzeń/min wyposażony w czujniki SpCO2 oraz SpMet, (w zestawie czujnik wielorazowego użytku dla dorosłych na palec odporny na uszkodzenia z elastycznego materiału, długość przewód czujnika min. 2m) | TAK/NIE\* | Podać zakresy pomiaru |  |
| 1. Alarmy dla wszystkich aktywnych czynności życiowych (VF, VT, bezdechu, częstości akcji serca); | TAK/NIE\* | Podać ilość i rodzaj alarmów: |  |
| 1. Minimum tryby pracy: tryb AED, Ręczny, Archiwum, Ustawień, Serwisowy, Demo; | TAK/NIE\* | Podać tryby pracy |  |
| 1. Czujnik do pomiaru Ciśnienia Inwazyjnego: wyświetlacz krzywa IP i cyfry, jednostki mmHg, oznaczenia: P1 lub P2, ART, PA, CVP, ICP, LAP, skala czasowa: auto, 30 minut, 1, 2, 4 lub 8 godzin, czas trwania do 8 godzin, możliwość wyboru wyświetlacza, moduł pomiaru ciśnienia inwazyjnego; | TAK/NIE\* | Podać zakres informacji wyświetlacza |  |
| 1. CO2 z akcesoriami do pomiaru: zakres pomiaru CO2 (10 – 250 mmHg dokładność nie mniejsza niż +/- 3 mmHg, ciśnienie max na mankiecie 300 mmHg ) jednostki mmHg, % kPA, dokładność pomiaru respiracji 0 do 70 oddechów/min, 71 do 99 oddechów/min, czas narastania 190ms, ciśnienie otoczenia kompensowane automatycznie wewnętrznie, wyświetlacz krzywa ciśnienia CO2, ( w zestawie przewód połączeniowy min. 3m, 3 mankiety dla dorosłych rozm. M, L, XL) | TAK/NIE\* | Podać zakresy pomiaru |  |
| 1. Czujnik do pomiaru Ciśnienia Inwazyjnego: wyświetlacz krzywa IP i cyfry, jednostki mmHg, oznaczenia: P1 lub P2, ART, PA, CVP, ICP, LAP, skala czasowa: auto, 30 minut, 1, 2, 4 lub 8 godzin, czas trwania do 8 godzin, możliwość wyboru wyświetlacza, | TAK/NIE\* | Podać zakres czujników pomiaru inwazyjnego |  |
| 1. Uchwyt transportowy | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Defibrylator wraz z uchwytem musi być zgodny z normą PN-EN 1789 w zakresie bezpiecznego mocowania w przedziale medycznym. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wymiary maksymalne: wysokość 317 x szerokość 401 x głębokość 231 mm, | TAK/NIE\* | Podać wymiary: |  |
| 1. Torba z akcesoriami i paskiem na ramię; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Łyżki standardowe (twarde) i kabel z elektrodami QUIK-COMBO do stymulacji/defibrylacji/kardiowersji; |  |  |  |
| 1. Temperatura pracy w przedziale od 0 do 45 °C, | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. pracy w st. C.: |  |
| 1. Być zasilany z akumulatorów litowo-jonowych, wyposażonych w Wskaźniki baterii, który wskazuje stopień naładowania (wystarczający na min. 2,5 godziny pracy ciągłej lub 100 defibrylacji maksymalną energią, bez efektu pamięci), dodatkowo wyposażony w komplet minimum 2 zapasowych akumulatorów, min. 3 lata użycia baterii.; | TAK/NIE\* | Podać czas pracy w godz. lub ilości wyładowań: |  |
| 1. Czas ładowania przy całkowicie rozładowanej baterii maksymalnie 4,5 godziny, | TAK/NIE\* | Podać czas ładowania: |  |
| 1. Być wyposażony w ładowarkę zewnętrzną umożliwiająca ładowanie z sieci 230V i gniazda 12V, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Uchwyt do montażu na płycie w ścianie pojazdu. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „ na żądanie” i asynchronicznym. Częstotliwość stymulacji w zakresie 30 – 180 impulsów/min. Natężenie prądu stymulacji w zakresie 10-200mA, w zestawie kabel wielorazowy do elektrod defibracyjnych i min. 2 kpl. Elektrod jednorazowych dla dorosłych; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. Wbudowana drukarka – możliwość druku ręcznego lub automatycznego. | TAK/NIE\* |  |  |
| **5.** | **SSAK ELEKTRYCZNY AKUMULATOROWY PRZENOŚNY:**  **producent……………………….**  **marka……………….…………..**  **model……………………………** | | | |
| 1. Ssak elektryczny, akumulatorowy przenośny, wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia oraz wąż silikonowy z zaworkiem; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Oznaczenie zgodności CE | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Ssak wraz z płytą ścienną musi być zgodny z normą PN-EN 1789 w zakresie bezpiecznego mocowania w przedziale medycznym; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przepływ minimalny bez obciążenia 25 litrów/min.; | TAK/NIE\* | Podać przepływ minimalny bez obciążenia: |  |
| 1. Temperatura pracy minimum: od 0 do 40 °C.; | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury |  |
| 1. Siła ssania regulowana w zakresie -0,1 bar do -0,8 bar; | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji siły ssania: |  |
| 1. Słój wielorazowego użytku o pojemności min. 1 l, przystosowany do dezynfekcji w płynach, zabezpieczenie przed uszkodzeniem zbiornika; | TAK/NIE\* | Podać pojemność słoja: |  |
| 1. Posiadać możliwość wkładów jednorazowych do słoja wielorazowego z przejściówką; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Filtr zabezpieczający przed zanieczyszczeniem pompy | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wbudowany uchwyt do przenoszenia; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wymiary nie większe niż: 380 x 135 x 350mm; | TAK/NIE\* | Podać wymiary |  |
| 1. Waga nie większa niż 6 kg (z pełnym wyposażeniem); | TAK/NIE\* | Podać wagę urządzenia z wyposażeniem w kg: |  |
| 1. Ładowarkę z mocowaniem na ścianie pojazdu; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wbudowany akumulator i 4-stopniowy wskaźnik poziomu naładowania akumulatora z możliwością zasilania i ładowania z instalacji 12 VDC i 230 VAC; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zgodny z normą EN 60601-1, EN 60601-1-12; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Urządzenie zgodne z normą PN-EN ISO 10079-1:2016-02 z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym  za pomocą mocowania naściennego. Uchwyt naścienny w komplecie; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **6.** | **MATERAC PRÓŻNIOWY PODCIŚNIENIOWY DLA DOROSŁYCH:**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Materac wyposażony w system pasów spinających efektywnie stabilizujących poszkodowanego; | TAK/NIE\* | Podać ilość pasów spinających: |  |
| 1. Wykonany z tworzywa sztucznego, materac ze wzmacnianą dopinaną podłogą zabezpieczająca przed rozszczelnieniem, powleczony z obu stron powłoka PCV, co ułatwia czyszczenie i dezynfekcję, tworzywo odporne na działanie płynów fizjologicznych oraz środków do dezynfekcji powierzchni; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Materac z uchwytami rozmieszczonymi na obwodzie materaca służącymi do przenoszenia (min. 8 uchwytów, preferowane 10); | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów: |  |
| 1. Zawór regulujący ciśnienie | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. W komplecie:  * pompka dwukierunkowa z możliwością nadmuchiwania i odciągania powietrza lub pompka jednokierunkowa służąca do odpompowania powietrza, w sytuacji gdy wypełnienie materaca powietrzem następuje samoistnie poprzez odkręcenie zaworu; * prosty zestaw naprawczy; * torba transportowa na kompletny zestaw z oznaczeniem; | TAK/NIE\* | Podać skład kompletu: |  |
| 1. Przenikalny dla promieni X | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga do 7.5 kg | TAK/NIE\* | Podać wagę |  |
| 1. Masa razem z pompką nie przekracza 15 kg | TAK/NIE\* | Podać wagę z pompką |  |
| 1. Ładowność 150 kg | TAK/NIE\* | Podać ładowność |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-1+A1; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. Minimalna długość materaca 2000 mm; szer. 800mm | TAK/NIE\* | Podać wymiary materaca: |  |
| **7.** | **RESPIRATOR:**  **producent………………….………………**  **marka……………………………………….**  **model……………………………………….** | | | |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 60601-1:2011, PN-EN 60601-1-2:2015, PN-EN 794-3+A2:2010; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Aparat przeznaczony do wentylacji dorosłych i dzieci od wagi 5 kg.; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie respiratora pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu o ciśnieniu min. 2,7 – 6,0 bar. Dopuszcza się zasilanie elektryczne respiratora za pomocą baterii, sterującej jego pracą; | TAK/NIE\* | Podać typ zasilania: |  |
| 1. Zużycie gazu napędowego poniżej 60 ml/cykl oddechowy; | TAK/NIE\* | Podać zużycie gazu napędowego: |  |
| 1. Okres eksploatacji baterii zasilającej pracę respiratora min. 2 lata lub 350 godzin. Okres eksploatacji baterii zasilającej alarmy świetlne i dźwiękowe min. 1 rok.; | TAK/NIE\* | Podać okres eksploatacji baterii: |  |
| 1. Tryb pracy:  * Kontrolowana wentylacja mechaniczna CMV; * Częściowo wspomagana wentylacja SMMV lub SIMV; | TAK/NIE\* | Podać tryby pracy: |  |
| 1. Wentylacja czystym tlenem lub mieszaniną tlenu i powietrza ( tryb wentylacji biernej 100% tlenem – oddech „na żądanie”); | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej (minutowej); | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Częstość oddechów minimum 8-40 /min; | TAK/NIE\* | Podać zakres częstości oddechów: |  |
| 1. Objętość oddechowa min 75-1500 ml lub odpowiadająca objętość minutowa; | TAK/NIE\* | Podać objętość oddechową lub minutową: |  |
| 1. Zastawka ciśnieniowa bezpieczeństwa | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji zastawki: |  |
| 1. Detekcja oddechu spontanicznego; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Alarmy świetlne i dźwiękowe (zasilane bateryjnie, niezależne od baterii sterującej pracą respiratora):  * za wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych; * za niskiego ciśnienia w drogach oddechowych; * sygnalizacja spadku ciśnienia zasilania; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Manometr ciśnienia w drogach oddechowych | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Budowa:  * jednolity moduł aparatu; * odporny na wstrząsy, wibracje, upadki, uszkodzenia mechaniczne; * panel sterowania z pokrętłami sterującymi manometrem osłonięty przez obudowę w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem oraz przypadkowym przestawieniem parametrów; * przewód pacjenta; * przewód zasilający. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przewód zasilający:  * długość min 150 cm; * zakończony wtykiem szybkozłącza typu AGA. | TAK/NIE\* | Podać długość przewodu zasilającego: |  |
| 1. Waga max 4,0 kg; | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. Temperatura pracy min -5 st. C do 50 st. C; | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. pracy: |  |
| 1. Temperatura przechowywania min -20 st. C do 60 st. C; | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. przechowywania: |  |
| 1. Wodoodporność - stopień ochrony IPX 4; | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony: |  |
| 1. Urządzenie zgodne z normą PN-EN 1789: 2021-02; z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym za pomocą mocowania naściennego. Uchwyt naścienny w komplecie; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Respirator w jednym zestawie transportowym z defibrylatorem. Możliwość zamocowania w pojeździe sanitarnym zgodnie z normą PN-EN 1789: 2021-02 oraz zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku lub zawieszenia na ramieniu. Dopuszczalne jest respirator i defibrylator jako odrębne urządzenia; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **7a** | **Dopuszczalny jest równoważny RESPIRATOR TRANSPORTOWY**  **producent………………….………………**  **marka……………………………………….**  **model……………………………………….** | | | |
| 1. Dwa tryby wentylacji: Demand i CMV/Demand; | TAK/NIE\* | Podać tryby wentylacji |  |
| 1. Niezależną płynną regulację częstości i objętości oddechowej, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wentylację manualną z ograniczeniem objętości oddechowej, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Płynną regulację ciśnienia granicznego w układzie pacjenta, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Funkcję PEEP/CPAP, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Terapia tlenowa, zintegrowany przepływomierz lub jako oddzielne urządzenie w zestawie tlenowym, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wbudowany manometr, monitorowanie ciśnienia wdechowego i wydechowego, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa zintegrowany z alarmem dźwiękowym wysokiego ciśnienia, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość pracy w rezonansie magnetycznym, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie i sterowanie wyłącznie pneumatyczne, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. System elektronicznych alarmów dźwiękowych i wizualnych, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Monoblokowa budowa, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Odporny na wstrząsy, wibracje, upadki, uszkodzenia mechaniczne oraz działanie wody, niskich i wysokich temperatur, | TAK/NIE\* | Podać poziom odporności |  |
| 1. Mocowanie na płycie, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zakres przepływu 8 – 39L/min, | TAK/NIE\* | Podać zakres przepływu |  |
| 1. Częstość oddechowa: płynna regulacja w zakresie 8 – 40 odd/min, objętość oddechowa : płynna regulacja w zakresie 70 – 1500 ml | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji |  |
| 1. Oddech manualny zgodnie z nastawioną objętością i częstością oddechową, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zastawka PEEP zintegrowana lub jako oddzielny moduł w układzie oddechowym: zakres regulacji 0 – 20 cmH20, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przepływomierz zintegrowany lub jako oddzielne urządzenie: zakres regulacji 0 – 25l/min, | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji |  |
| 1. Tryb CPAP regulowany: zakres 0 – 20 cm H2O, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Ciśnienie w trybie CPAP: regulowane do maks. 10 – 16 cm H2O przy przepływie 35l/min | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji |  |
| 1. Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej: maksymalnie 60% / 100%, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zakres pomiaru wbudowanego manometru ciśnienia: od – 10 do +80 cm H2O | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru |  |
| 1. Zastawka bezpieczeństwa: regulowana w zakresie 20 – 60 cm H20, | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji |  |
| 1. Temperatura pracy od -10 do + 50 st °C, temperatura przechowywania:- 40 do +60 st °C, | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury pracy i przechowywania |  |
| 1. Klasa odporności zgodna z IP 54 | TAK/NIE\* | Podać klasę odporności |  |
| 1. Zgodność z normą PN-EN 794-3, certyfikaty lotnicze, norma RTCA-DO I60F, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wymiary nie większe niż: 110 x 235 x 165 mm(+-10%), | TAK/NIE\* | Podać wymiary |  |
| 1. Maksymalna waga 4,0 kg, | TAK/NIE\* | Podać maksymalną wagę |  |
| 1. Uchwyt do montażu na płycie w ścianie pojazdu | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 2 lata | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
| **8.** | **PRZENOŚNY ZESTAW TLENOWY do respiratora transportowego**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Zestaw tlenowy umieszczony w jednym zestawie transportowym (obudowa transportowa) z respiratorem i defibrylatorem. Obudowa mocowana w pojeździe sanitarnym zgodnie z normą PN-EN 1789: 2021-02. Możliwość zawieszenia na ramie noszy, przenoszenia w ręku lub na ramieniu | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konfiguracja zestawu:  * torba transportowa (dopuszczalna jest wspólna obudowa - zestaw transportowy  z miejscem na respirator oraz defibrylator); * butla tlenowa aluminiowa z głowicą DIN; * reduktor tlenowy typu AGA; * adapter umożliwiający ładowanie butli z systemu PIN-INDEX; * 5 szt. filtrów przeciwbakteryjnych; * maski twarzowe silikonowe nr 5 i 3. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Torba transportowa :   - z materiału z pokryciem poliuretanowym i z impregnacją fluorowęglową (np. typu CORDURA), umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach:  - chowane szelki do transportu na plecach;  - kieszenie i uchwyty do mocowania akcesoriów dodatkowych;  - niezależny, wyjmowany organizer na zestaw intubacyjny | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Butla tlenowa 2 szt.:   - aluminiowa o pojemności 2,0-2,7 dm3;  - możliwość napełniania min 400 l O2.;  - możliwość napełniania do 200 atm.;  - głowica DIN; | TAK/NIE\* | Podać pojemność, objętość i maks. ciśnienie butli: |  |
| 1. Adapter PIN-INDEX/DIN do napełniania butli w systemie PIN-INDEX. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Reduktor tlenowy:   -typu AGA ze złączem umożliwiającym podłączenie do źródła zasilania o stałym ciśnieniu tlenu znajdujących się w pojeździe;  - konstrukcja umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy  - z przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min;  - z gniazdem typu AGA O2;  - możliwość pracy przy min 200 atm.;  - ciśnienie zredukowane 3,5- 4 bar;  - manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem. | TAK/NIE\* | Podać parametry reduktora |  |
| 1. Filtry przeciwbakteryjne 5 szt.:  * konstrukcja mechaniczna; * z wymiennikiem ciepła i wilgoci; * dla HIV, hepatitis C, TBC; SARS * opór przepływu przy 30 l/min poniżej 1,5 cm słupa H2O; * skuteczność dla wirusów powyżej 99,99%. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
|  | 1. Dopuszczalny jest zestaw tlenowy jako odrębne urządzenie umieszczone w torbie | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. Maski twarzowe silikonowe nr 5 i 3 | TAK/NIE\* |  |  |
| **9.** | **PRZENOŚNE URZĄDZENIE DO ODSYSANIA (SSAK RĘCZNY):**  **producent………………….………………**  **marka………………………………………..**  **model…………………………………………** | | | |
| 1. Ręczny, mechaniczny, wielokrotnego użytku; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Min. siła ssania 350mmHg; | TAK/NIE\* | Podać siłe ssania |  |
| 1. Wydajność ssaka – min 15 l/min | TAK/NIE\* | Podać min. wydajność ssaka |  |
| 1. Pojemnik na treść wyposażony w mikronowy filtr, zabezpieczający przed ewentualnymi zakażeniami grypą, HIV/AIDS, TB, Hepatitis i SARS; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
|  | 1. Giętki cewnik działający również przy załamaniu | TAK/NIE\* |  |  |
| **10.** | **WORKI SAMOROZPRĘŻALNE:**  **producent………………….………………**  **marka.……………….……………………**  **model…………………….………………** | | | |
| 1. Worek samorozprężalny dla dorosłych umożliwiający wentylację bierną i czynną 100% tlenem (złączka); | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Wielorazowy, możliwość sterylizacji worka (chemiczna). | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Worek wyposażony w złączkę do zaworu bezpieczeństwa, wkład ze zintegrowanym zaworem zbiornika do resuscytatora oraz ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa automatycznie ograniczający nadmierny przepływ gazu do dróg oddechowych pacjenta (redukcja ryzyka wentylacji żołądka) przy zbyt intensywnym sprężaniu worka przez ratownika, narzucający tempo bezpiecznej wentylacji oraz posiadający wbudowany system wizualnego i akustycznego ostrzegania w przypadku prowadzenia niewłaściwej wentylacji. Dopuszczalne jest rozwiązanie równoważne w zakresie funkcji opisanych w zdaniu poprzednim; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Rezerwuar tlenu min. 1600 ml rezerwuar (zwiększa stężenie tlenu do ok 85%); | TAK/NIE\* | Podać objętość rezerwuaru tlenu: |  |
| 1. Przewód tlenowy, nie załamujący się, długości min 2 m. | TAK/NIE\* | Podać długość przewodu: |  |
| 1. Maska do resuscytatora z silikonowym mankietem, rozmiar: 3 – 1 szt., rozmiar 5 – 5 szt.; przeźroczysta, której konstrukcja umożliwia swobodny obrót o 360 stopni względem osi łącznika; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Filtr przeciwbakteryjny mechaniczny – 5 szt. (filtry bakteryjne dla dorosłych dla HIV, hepatitis C, TBC bez wymiennika ciepła i wilgoci – min. 5 sztuk,  konstrukcja mechaniczna; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Objętość worka samorozprężalnego - 1500 ml; | TAK/NIE\* | Podać objętość worka: |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
| **11.** | **NOSZE PODBIERAJĄCE:**  **producent………………….………………**  **marka……………………………………….**  **model…………………………………………** | | | |
| Nosze podbierające:   1. Nosze przeznaczone ewakuacji i transportu osób z podejrzeniem urazów kręgosłupa, miednicy i urazów wielonarządowych; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwości zastosowania:  * podebranie, podniesienie i przełożenie poszkodowanego na nosze główne lub deskę ortopedyczną przez min. 2 osoby; * przenoszenie przez min 2 osoby. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Muszą być wykonane z lekkich stopów lub tworzywa sztucznego i posiadać maksymalną wagę 11 kg. | TAK/NIE\* | Podać zakres regulacji noszy: |  |
| 1. Muszą być wykonane z materiału umożliwiającego łatwe czyszczenie i dezynfekcję; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Muszą być odporne na korozję – czynniki atmosferyczne jak i środki czyszczące i dezynfekcyjne. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Muszą posiadać maksymalny udźwig co najmniej 150 kg. | TAK/NIE\* | Podać maksymalny udźwig |  |
| 1. Muszą posiadać regulowaną długość umożliwiającą dopasowanie długości do wzrostu pacjenta; | TAK/NIE\* | Podać ilość szt. pasów: |  |
| 1. Minimalne wymiary noszy wys/szer/głęb (mm): rozłożone 1650 x 400 x 60 | TAK/NIE\* | Podać wymiary noszy: |  |
| 1. Muszą posiadać możliwość złożenia noszy do transportu w pojeździe i zamocowania ich | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Muszą posiadać zamki spinające dwie części podbieraków umieszczone po zewnętrznej stronie ramy noszy | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zgodne z normą PN-EN 1865-1+A1 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
| **12.** | **NOSZE MIĘKKIE TYPU PŁACHTOWEGO**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Konstrukcja:   - nosze typu płachtowego, wykonane ze stabilnej i wytrzymałej mechanicznie miękkiej tkaniny, pokrytej polichlorkiem winylu o wysokich parametrach wytrzymałościowych na rozciąganie i rozrywanie; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Tkanina wzmacniana na brzegach taśmą | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Odpornego na płyny fizjologiczne i innego rodzaju ciecze | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Być łatwa w czyszczeniu, dezynfekcji i myciu, | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Minimalna długość 1850 mm | TAK/NIE\* | Podać długość |  |
| 1. Posiadać maksymalną szerokość minimum 740 mm (z uchwytami do przenoszenia min 6 uchwytów wykonanych z taśmy, ze specjalnymi wzmocnieniami i gumowymi rączkami | TAK/NIE\* | Podać szerokość i ilość uchwytów |  |
| 1. W pełni zabezpieczać bezpieczeństwo przenoszonego pacjenta | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Nośność noszy min. 150 kg; | TAK/NIE\* | Podać min nośność |  |
| 1. Przepuszczalne dla promieni X | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Posiadać torbę transportową | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Posiadać maksymalna wagę 5 kg | TAK/NIE\* | Podać wagę |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN 1865-1+A1 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **13.** | **ZESTAW UNIERUCHAMIAJĄCY DO ZŁAMAŃ**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Zestaw szyn metalowych typu KRAMERA do usztywniania złamań kończyn | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Szyny w rozmiarach i ilościach:  * 1500x150 mm – 1 szt., * 1500x120 mm – 1 szt., * 1200x120 mm – 1 szt., * 1000x100 mm – 1 szt., * 900x100 mm – 1 szt., * 900x80 mm – 1 szt., * 800x80 mm – 1 szt., * 800x100 mm – 1 szt., * 700x80mm – 1 szt., * 600x80 mm – 2 szt., * 500x80 mm – 1 szt., * 260x50 mm – 1 szt., * 250x40 mm – 1 szt.   Lub  – 1500x120 mm – 2 szt.  – 1200x200 mm – 1 szt.  – 1000x100 mm – 1 szt.  – 900x120 mm – 2 szt.  – 800x120 mm – 1szt.  – 800x100 mm – 1szt.  – 700x70 mm – 2szt.  – 600x70 mm – 2szt.  – 250x50 mm – 2 szt. | TAK/NIE\* | Podać skład zestawu |  |
| 1. Szyny w miękkim powleczeniu, możliwość ich mycia i dezynfekcji; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Torba do przenoszenia szyn wyposażona w uchwyty do transportu w ręku lub na ramieniu. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **15.** | **URZĄDZENIE DO EWAKUACJI (KAMIZELKA – KRÓTKIE UNIERUCHOMIENIE KRĘGOSŁUPA).**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. przeznaczona do ewakuacji i transportu pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. b) umożliwia unieruchomienie głowy, szyi, tułowia oraz kręgosłupa na całej jego długości | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. pozwala na zastosowanie w trudnodostępnych miejscach | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. zapewnia swobodny dostęp do klatki piersiowej | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. konstrukcja zawierająca m. in. listwy wzmacniające, wbudowane pasy, min 3 uchwyty transportowe | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów transportowych: |  |
| 1. posiada regulowane pasy umożliwiające zastosowanie- kodowane kolorami pasy spinające tułów i obręcz barkową i pasy biodrowe | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. umożliwia szybkie i łatwe czyszczenie i dezynfekcję; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. jest wielokrotnego użytku; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. jest przenikliwa dla promieni X | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. posiadać maksymalną wagę 4 kg | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg: |  |
| 1. posiadać maksymalne obciążenie min. 150kg | TAK/NIE\* | Podać maksymalne obciążenie |  |
|  | 1. posiadać oznaczenie zgodności CE | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. posiadać pokrowiec transportowy | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. zachowany dostęp do klatki piersiowej przy założonej kamizelce | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. gwarancja min. 2 lata | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji |  |
| **16.** | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH Z UNIERUCHOMIENIEM GŁOWY I PASAMI.**  **producent……………………………………………..…. marka…………………………………….……………….. model………………………………………………………** | | | |
| 1. Deska ratownicza do ewakuacji i transportu pacjentów z podejrzeniem urazów kręgosłupa, miednicy i wielonarządowych 2. Możliwości zastosowania:  * przenoszenie przez min 2 osoby * ewakuacja z pojazdów i wąskich przestrzeni * ewakuacja w pozycji pionowej * transport w noszach – koszu ratowniczym * transport na noszach w środkach ewakuacji medycznej | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Konstrukcja:  * materiał – gładkie tworzywo sztuczne, wypełnione pianką, odporne na smary, nie wchłaniająca płynów, łatwa * w utrzymaniu czystości; * minimum 10 uchwytów (otworów) do przenoszenia, rozmieszczonych na obwodzie deski, zdystansowanych od podłoża; * ścięty koniec od strony nóg * wbudowane trzpienie – min 5 po każdej stronie deski do mocowania pasów zabezpieczających; * przystosowana do montażu unieruchomienia i stabilizacji głowy | TAK/NIE\* | Podać ilość uchwytów |  |
| 1. Konfiguracja:  * deska ortopedyczna; * stabilizator klockowy głowy; * system pasów zabezpieczających. | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Przenikalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga max 8 kg | TAK/NIE\* | Podać wagę w kg |  |
| 1. wymiary:  * długość w zakresie 1830 - 1980 mm; * szerokość w zakresie 400 mm – 500 mm;   nośność min 150 kg | TAK/NIE\* | Podać wymiary w cm oraz nośność w kg: |  |
| 1. pasy zabezpieczające do deski ortopedycznej:  * konstrukcja pasa – dwuczęściowa; * możliwość regulacji długości; * zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza; * mocowanie pasa do deski za pomocą metalowych, obrotowych karabińczyków; * kodowanie pasów kolorami; * minimum 4 szt. pasów w zestawie; | TAK/NIE\* | Podać ilość pasów w zestawie |  |
| 1. Kolor ciemnozielony, ciemnoszary lub ciemnoniebieski. Kolor unieruchomienia głowy w tonacji ciemnej, zbliżony do deski ortopedycznej; | TAK/NIE\* | Podać kolor |  |
| 1. system unieruchomienia głowy w konfiguracji:  * podkładka pod głowę z paskami mocującymi do mocowania w otworach montażowych deski ortopedycznej; * min. 4 uchwyty do pasków mocujących, po każdej stronie podkładki pod głowę; * 2 demontowalne klocki do stabilizacji bocznej głowy z otworami usznymi; | TAK/NIE\* |  |  |
| m) Zgodny z normą PN-EN 1865-1+A1; | TAK/NIE\* |  |  |
| n) Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **17.** | **APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA KRWI**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Ciśnieniomierz mechaniczny, ręczny, precyzyjny, lekki, trwały i prosty w obsłudze, przeznaczony do częstych pomiarów ciśnienia tętniczego metodą nieinwazyjną; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zakres pomiaru: 0-300 mmHg | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru: |  |
| 1. Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski – załączyć autoryzację producenta oraz wykaz punktów serwisowych | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zgodny z normą IEC 6034-7-721:2007 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Rękaw lub rękawy w rozmiarze ok. 10 cm x 66 cm(+-10%) | TAK/NIE\* | Podać rozmiar rękawu |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. Etui i stetoskop w zestawie | TAK/NIE\* |  |  |
| **18.** | **TERMOMETR**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Zakres pomiaru temperatury ciała od 28 st. C do 42 st. C. | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru: |  |
| 1. Bezdotykowy pomiar temperatury ciała | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Elektroniczny z wyświetlaczem ciekłokrystalicznym LCD | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilany za pomocą baterii dostępnych ogólnej sprzedaży | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Możliwość pomiaru w temp. otoczenia od 16 st. C do 40 st. C | TAK/NIE\* | Podać zakres temp. pracy: |  |
| 1. Możliwość przechowywania w temp. od -20 st. C do 50 st. C | TAK/NIE\* | Podać zakres temperatury przechowywania: |  |
| 1. Dokładność pomiaru temperatury ciała do 0,2 st. C | TAK/NIE\* | Podać dokładność pomiaru: |  |
| 1. Zgodny z normą PN-EN ISO 80601-2-56:2017-10; | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **19.** | **URZĄDZENIE DO OZNACZANIA GLUKOZY WE KRWI – GLUKOMETR**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Urządzenie do oznaczenia poziomu glukozy we krwi przy pomocy testu paskowego | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Próbka krwi 0,6-2 µl | TAK/NIE\* | Podać wielkość próbki |  |
| 1. Zakres pomiaru: 10 mg/dl-600 mg/dl /0,6-33,3mmol/l/ | TAK/NIE\* | Podać zakres pomiaru |  |
| 1. Czas pomiaru 5-8 sek. | TAK/NIE\* | Podać czas pomiaru |  |
| 1. posiadać funkcję automatycznego wyłączania urządzenia po max. 2 minutach bezczynności | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Ekran LCD oraz obsługa za pomocą przycisków | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Pamięć minimum 250 pomiarów | TAK/NIE\* | Podać zakres pamięci |  |
| 1. Automatyczne wyłączanie po określonym czasie od ostatnio wykonanej czynności | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Waga do 100 g z baterią | TAK/NIE\* | Podać wagę |  |
| 1. W zestawie zawierać glukometr, nakłuwacz, min. 100 szt. pasków, min. 100 szt. lancetów, opakowanie transportowe | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
| **20.** | **LATARKA DIAGNOSTYCZNA LED**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Obudowa aluminiowa z klipsem pokrytą specjalnym lakierem odpornym na sterylizację | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Źródło światła - dioda LED | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zasilanie bateryjne typu AAA | TAK/NIE\* | Podać typ zasilania |  |
| 1. W zestawie komplet baterii | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK/NIE\* | Podać okres gwarancji: |  |
|  | 1. Oznaczenie zgodności CE | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. Posiadać metalowy klips, umożliwiający przyczepienie do kieszeni | TAK/NIE\* |  |  |
|  | 1. Posiadać funkcję włączania/wyłączania realizowana poprzez umieszczony na obudowie przycisk | TAK/NIE\* |  |  |
| **27.** | **LATARKA CZOŁOWA**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | | | |
| 1. Możliwość zmiany barwy światła; | TAK/NIE\* | Podać barwy światła: |  |
| 1. Zasilanie baterie AAA; | TAK/NIE\* | Podać typ baterii: |  |
| 1. Stopień ochrony minimum IPX4; | TAK/NIE\* | Podać stopień ochrony: |  |
| 1. Minimalny strumień światła 300 lumenów. | TAK/NIE\* | Podać moc światła w lumenach: |  |
| **29.** | **GOOGLE OCHRONNE**  **producent……………………………………………..….**  **marka…………………………………….………………..**  **model………………………………………………………** | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Zgodność z normą EN 166:2002-04 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Muszą posiadać deklarację zgodności z na zgodność z wymaganiami rozporządzenia UE 2016/425 | TAK/NIE\* |  |  |
| 1. Oznakowanie znakiem CE | TAK/NIE\* |  |  |

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

…………………….., dnia…………… ……………………………

podpis osoby upoważnionej