**CZĘŚĆ I – Zakup aparatury medycznej do wieży laparoskopowej.**

**Zadanie Nr 1 Pozycja Nr 1**

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

**POMPA LAPAROSKOPOWA- 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji nie starszy 2023 | **TAK**  |  |  |
|  | Pompa ssąco-płucząca do zabiegów laparoskopowych | **TAK** |  |  |
|  | Niezależne uruchamianie toru ssania i płukania | **TAK** |  |  |
|  | Ssanie realizowane poprzez pompę podciśnienia | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne ujemne ciśnienie ssania -60kPa | **TAK** |  |  |
|  | Samo-testowanie przy uruchomieniu | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne ciśnienie w torze płukania 450mmHg | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalny przepływ w torze płukania 3L/min. | **TAK** |  |  |
|  | Dreny jedno i wielorazowe wyposażone w technologie RFID | **TAK** |  |  |
|  | Czytnik RFID (rozpoznawanie drenów za pomocą fal radiowych) zamontowany przy rolce w torze napływu | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość stosowanie drenów jedno i wielorazowych | **TAK** |  |  |
|  | Uchwyt / mocowanie kompatybilne z wieżą artroskopową  | **TAK** |  |  |
|  | Waga urządzenia < 4 kg  | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary urządzenia: szer. 210mm x wys. 148mm x gł. 260mm ± 20 mm  | **TAK** |  |  |
|  | Klasa szczelności IP 41 | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalna głośność urządzenia < 80dB | **TAK** |  |  |
|  | Dreny jednorazowe- 20 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Dren wielorazowy – 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 1**

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

**INSUFLATOR LAPAROSKOPOWY - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1**
 | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
| 1. **2**
 | Sterowanie za pomocą dotykowego kolorowego wyświetlacza | **TAK** |  |  |
| 1. **3**
 | Możliwość podłączenia dwutlenku węgla z instalacji centralnej na bloku oraz z butli, | **TAK** |  |  |
| 1. **4**
 | Wbudowane dwa programy tematyczne: przepływ do 40 L/min.przepływ do 50 L/min. | **TAK** |  |  |
| 1. **5**
 | Zakres regulacji ciśnienia 0-30 mmHg co 1 mmHg, | **TAK** |  |  |
| 1. **6**
 | Informacja wizualna i dźwiękowa informująca o zatkaniu układu przepływu gazu, | **TAK** |  |  |
| 1. **7**
 | Możliwość zaprogramowania parametrów startowych dla każdego z trybów, | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość ustawienia początkowej insuflacji w trybie igła Veresa. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podgrzewania dwutlenku węgla | **TAK** |  |  |
|  | Wskaźnik numeryczny wartości bieżącej ciśnienia gazuinsuflacji po stronie pacjenta. | **TAK** |  |  |
|  | Wskaźnik numeryczny wartości bieżącej przepływu gazu. | **TAK** |  |  |
|  | Wskaźnik zadanej wartości ciśnienia gazu po stronie pacjenta i przepływu gazu, | **TAK** |  |  |
|  | Współpraca z konsolą Synergy HD3, Synergy UHD4  | **TAK** |  |  |
|  | Informacja graficzna o ciśnieniu CO2 pięciostopniowa:- < 15 bar,- 15-30 bar,- 30-40 bar,- 40-50 bar,- > 50 bar, | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość stosowania drenów jedno i wielorazowych, zarówno z podgrzewaniem jak i bez podgrzewania, | **TAK** |  |  |
|  | Dreny jednorazowe wyposażone w filtr. | **TAK** |  |  |
|  | Dreny jednorazowe – 10 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Dren wielorazowy – 2 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 1**

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

**POMPA HISTEROSKOPOWA- 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Pompa do zabiegów histeroskopowych  | **TAK** |  |  |
|  | Przepływ 0-500ml/min.  | **TAK**  |  |  |
|  | Zakres ciśnienia: 10-200mmHg; | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie: 100/240 VAC, 50-60 Hz | **TAK**  |  |  |
|  | Certyfikaty :EN 60601-1/ IEC 60601-1, klasyfikacja wyrobu medycznego. 93/42/EEC | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary (szerokość x wysokość x głębokość) : 304 x 145 x 345 mm  | **TAK**  |  |  |
|  | Pamięć ostatnich ustawień | **TAK** |  |  |
|  | Duży i czytelny wyświetlacz | **TAK**  |  |  |
|  | kompatybilna z drenami jedno- i wielorazowego użytku. | **TAK** |  |  |
|  | Dren jednorazowy- 20 szt. | **TAK**  |  |  |
|  | Dren wielorazowy – 2 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK**  |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 2**

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

**ZESTAW NARZĘDZI -RESEKTOSKOP - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Ilość** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 |  | **TAK** |  |  |
|  | Element roboczy pasywny mini-resektoskopubipolarnego 17,5Ch/ 18,5Ch z systemem „quick-lock“ | **1** | **TAK**  |  |  |
|  | Płaszcz wewnętrzny rotacyjny 17,5 Ch do mini-resektoskopu | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Płaszcz zewnętrzny rotacyjny 18,5 Ch do mini-Resektoskopu | **1** | **TAK**  |  |  |
|  | Obturator optyczny ;17,5 Ch; 1 kanał roboczy 5Ch | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Elektroda bipolarna półpętla tnąca; 17,5 Ch | **1** | **TAK**  |  |  |
|  | Kabel bipolarny kompatybilny z diatermią EMED | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Optyka HD typu Hopkins do histeroskopu; ø 2,9 mm;30°, dł. robocza: 302 mm | **1** | **TAK**  |  |  |
|  | Kosz/pojemnik do przechowywania i sterylizacji | **1** | **TAK**  |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE |  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. |  | **TAK**  |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  |  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 1**

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

**NARZĘDZIA LAPAROSKOPOWE**

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **ilość** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 20223 |  | **TAK** |  |  |
|  | Światłowód, osłona wzmocniona, nieprzeźroczysta, średnica 4,8–5,0 mm, długość min. 250 cm  | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Optyka laparoskopowa typu HOPKINS, średnica 10 mm, długość 31–32 cm, kąt patrzenia 30°, autoklawowalna, wyposażona w min.: oznakowanie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci cyfrowej lub graficznej umieszczone obok przyłącza światłowodu, oznakowanie kodem QR lub DATA MATRIX z zakodowanym numerem katalogowym i numerem seryjnym optyki  | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Igła Veress’a, do wytworzenia odmy otrzewnowej, ze sprężystą tępą kaniulą wewnętrzną, z przyłączem LUER-Lock, autoklawowalna, średnica 2,1 mm, długość 15–17 cm  | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Trokar laparoskopowy, rozmiar 11 mm, długość robocza 10-11 cm, złożony z min.: gładkiej ściętej kaniuli z przyłączem i kranikiem do podłączenia insuflacji, zaworu z klapą otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej dźwigni, gwoździa piramidalnego  | **2** | **TAK** |  |  |
|  | Trokar laparoskopowy, rozmiar 6 mm, długość robocza 10-11 cm, złożony z min.: gładkiej ściętej kaniuli z przyłączem i kranikiem do podłączenia insuflacji, zaworu z klapą otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej dźwigni, gwoździa piramidalnego  | **2** | **TAK** |  |  |
|  | Redukcja 11 / 5 mm, nasadka na trokar  | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze laparoskopowe, monopolarne, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, bez zapinki, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze preparacyjno-chwytające, typu KELLY, długie, obie bransze ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Nożyczki laparoskopowe, monopolarne, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, bez zapinki, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: ostrza zakrzywione, ząbkowane, oba ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia; | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze laparoskopowe, monopolarne, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, z zapinką, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze chwytające, z atraumatycznym ząbkowaniem, okienkowe, jedna bransza ruchoma,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia; | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze laparoskopowe, monopolarne, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, z zapinką, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze preparacyjno-chwytające, typu „aligator”, obie bransze ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia; | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze laparoskopowe, bipolarne, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: plastikowy z przyłączem HF, bez zapinki, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze preparacyjno-chwytające, typu KELLY, obie bransze ruchome,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia; | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze laparoskopowe, rozmiar 10 mm, długość robocza 36-37 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: metalowy, z zapinką, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze chwytające, typu szpony, zęby 2x3, jedna bransza ruchoma,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia; | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Rurka ssąco-płucząca, o antyodblaskowej powierzchni, z bocznymi otworami, z zaworem dwudrożnym, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm  | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Pojemnik plastikowy do sterylizacji i przechowywania optyk, perforowany, wym. zew. 445 x 90 x 45 mm (±5 mm) | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Pojemnik plastikowy do sterylizacji i przechowywania narzędzi laparoskopowych, perforowany, z przeźroczystą pokrywą, wym. zew. 585 x 255 x 145 mm (±5 mm) | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Imadło laparoskopowe, rozmiar 5 mm, długość robocza 33–34 cm:- uchwyt: prosty, przycisk zwolnienia zapinki z prawej strony, z możliwością odblokowania zapinki na stałe,- bransze: zakrzywione w lewo, z wkładką z węglika wolframu– 1 szt. | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Kleszcze laparoskopowe, rozmiar 10 mm, długość robocza 36-37 cm, obrotowe 360°, rozbieralne na 3 części: - uchwyt: metalowy, z zapinką, z pokrętłem do obracania wkładu roboczego,- wkład roboczy: bransze chwytające, atraumatyczne, okienkowe, obie bransze ruchoma,- tubus: izolowany z przyłączem do przepłukiwania podczas mycia; | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Elektroda haczykowa, monopolarna, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm, tubus izolowany  | **2** | **TAK** |  |  |
|  | Redukcja 11 / 5 mm, nasadka na trokar  | **2** | **TAK** |  |  |
|  | Redukcja 13 / 5 mm, 13,5 / 5 mm, nasadka na trokar  | **2** | **TAK** |  |  |
|  | Redukcja 13 / 10 mm, nasadka na trokar . | **2** | **TAK** |  |  |
|  | Nasadka uszczelniająca, mała, opakowanie 10 szt. | **1 op** | **TAK** |  |  |
|  | Klipsownica, średnica 10 mm, długość robocza 36-37 cm, do zastosowania z klipsami Ethicon (średnio-duże) | **1**  | **TAK** |  |  |
|  | Rurka ssąco-płucząca, do punkcji, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm, do zastosowania z uchwytem | **2 szt.**  | **TAK** |  |  |
|  | Elektroda koagulacyjno-preparacyjna, z kanałem ssącym, monopolarna, rozmiar 5 mm, długość robocza 36–37 cm | **1 szt.**  | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi oraz instrukcja sterylizacji i dezynfekcji w języku polskim. |  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE |  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. |  | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  |  | **TAK** |  |  |

**CZĘŚĆ II - Zakup aparatury medycznej do zabiegów i do diagnostyki.**

**Zadanie Nr 5 Pozycja Nr 1**

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

**MORCELATOR**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt po wystawowy, sprawny, nienoszący śladów użytkowania. Produkcja nie starsza niż 2022 rok . | **TAK** |  |  |
| **Konsola sterująca ( sterownik)**  |
|  | Tryb pracy: praca przerywana,  | **TAK** |  |  |
|  | Podłączenie do sieci: 100 - 240 V 10% / 50/60 Hz, | **TAK** |  |  |
|  | Bezpieczniki: 2 x 2,5 AT | **TAK** |  |  |
|  | Waga: 2,7 kg ± 0,5 kg  | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary : 350 x 110 x 235 mm ± 20 mm | **TAK** |  |  |
| **Napęd silnikowy + kabel**  |
|  | Tryb pracy: praca przerywana z ogranicznikiem elektrycznym, | **TAK** |  |  |
|  | Czas pracy / czas przerwy:Maks. 30s / min.10s,  | **TAK** |  |  |
|  | Prędkość jałowa: 130 obr/ min | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary: 178 x 42 mm, | **TAK** |  |  |
|  | Średnica: 34 mm, | **TAK** |  |  |
|  | Waga: 0,55 kg ± 0,10 kg | **TAK** |  |  |
| **Akcesoria**  |
|  | Przekładnia | **TAK** |  |  |
|  | Dwie tuby tnące ø 15mm ( jedna z zakończeniem ząbkowanym, druga z zakończeniem falowanym) | **TAK** |  |  |
|  | Trokar 3-częściowy ø 15mm, dł. 105 mm, ostro zakończony, | **TAK** |  |  |
|  | Komplet uszczelek (10 szt.) | **TAK** |  |  |
|  | Kabel zasilający | **TAK** |  |  |
|  | Narzędzie laparoskopowe typu Tenaculum; śr. 10mm, długość: 420 mm, 2 bransze ruchome ( narzędzie jednoczęściowe) | **TAK** |  |  |
|  | Kontener sterylizacyjny typu biobarier, wymiary: 580 x 280 x 130 mm z koszem i matą silikonową typu „jeż“ | **TAK** |  |  |
|  | Jednorazowy worek do morcelacji z bocznymi ramionami. Przeznaczony do użytku z10 mm, 12 mm lub większym trokarem; pojemność: 3200 ml -- 5 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 6 Pozycja Nr 1**

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

**REJESTRATOR HOLTEROWSKI EKG - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji nie starszy 2023 | **TAK**  |  |  |
|  | Kompatybilny z posiadanym oprogramowaniem CardioScan | **TAK** |  |  |
|  | Rejestracja 3 kanałów EKG | **TAK** |  |  |
|  | 7 odprowadzeniowy ekranowany kabel pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Podgląd w czasie rzeczywistym na ekranie komputera rejestrowanego sygnału EKG pozwalający na kontrolę jakości sygnału i podłączenia elektrod  | **TAK** |  |  |
|  | Zapis badania do wewnętrznej (stałej) pamięci rejestratora | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość sformatowania rejestratora (za pomocą komputera) przed badaniem z podaniem m. In.: czasu i daty rozpoczęcia rejestracji, imienia, nazwiska, daty urodzenia, płci, nr id pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna kalibracja, regulacja wzmocnienia oraz automatyczne wykrywanie impulsów stymulatora | **TAK** |  |  |
|  | Diodowa sygnalizacja pracy | **TAK** |  |  |
|  | Przycisk znacznika zdarzeń pacjenta (EVENT) | **TAK** |  |  |
|  | Szybka transmisja danych z/do PC przez kabel HDMI-USB | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary :87 mm × 55mm × 22mm ± 10 mm | **TAK** |  |  |
|  | Waga z baterią nie więcej niż 100 g | **TAK** |  |  |
|  | Próbkowanie sygnału EKG: 4096 próbek/s | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie: 1 bateria alkaliczna AAA lub akumulator AAA | **TAK** |  |  |
|  | Czas ciągłej rejestracji: do 7 dni | **TAK** |  |  |
|  |  Wbudowane gniazda: HDMI, micro Jack | **TAK** |  |  |
|  | CMRR >60db | **TAK** |  |  |
|  | Zakres częstotliwości sygnału: 0,05Hz-60Hz (+0,4db, -3,0db) | **TAK** |  |  |
|  |  Poziom szumu sygnału: ≤15μvp-p  | **TAK** |  |  |
|  | Impedancja wejściowa: ≥2MΩ |  |  |  |
|  | Futerał i smycz. | **TAK** |  |  |
|  | 7 odprowadzeniowy kabel pacjenta- 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 6 Pozycja Nr 2**

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

**REJESTRATOR HOLTEROWSKI ABPM -1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie starsze niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie kompatybilne z posiadanym programem AccuWIn | **TAK** |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą oscylometryczną | **TAK** |  |  |
| 1. **1**
 | Programowanie min. 3 okresów pomiarowych z poziomu dedykowanego oprogramowania | **TAK** |  |  |
|  | Programowanie częstości pomiarów dla każdego okresu z poziomu dedykowanego oprogramowania: 5/10/15/20/30/45/60/90/120min | **TAK** |  |  |
|  | Aparat wyposażony w gniazdo microUSB do komunikacji z komputerem | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wykonania do 250 pomiarów | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiarów ciśnienia: - skurczowego 40÷260mmHg- rozkurczowego 25÷200mmHg | **TAK** |  |  |
|  | Dokładność: ±2% lub ± 3mmHg (w zależności, która wartość jest większa) | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiaru tętna: 40÷200bpm | **TAK** |  |  |
|  | 2 rozmiary wielorazowych mankietów w zestawie z rejestratorem – 2 komplety  | **TAK** |  |  |
|  | Mankiety wyposażone w elastyczne rękawy zapobiegające zsuwaniu się z ramienia pacjenta  | **TAK** |  |  |
|  | Rejestrator wyposażony w przyciski do:- ręcznego wykonania pomiaru poza zaprogramowanym harmonogramem- zmiany okresu monitorowania dzień/noc- zapisania zdarzenia lub rozpoczęcia sekwencji pomiarów dla sprawdzenia reakcji pacjenta na podaną dawkę leku | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowany wyświetlacz LCD z możliwością prezentacji wykonanego pomiaru ciśnienia, tętna, ikon dzień/noc, symbolu baterii przy niskim stanie naładowania baterii/akumulatora | **TAK**  |  |  |
|  | Prezentacja wartości napięcia źródła zasilania rejestratora przy jego uruchomieniu | **TAK** |  |  |
|  | Waga rejestratora: 284g (wraz z bateriami) | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary rejestratora: 120mm×70mm×30mm | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie rejestratora: 2 baterie AA | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zastosowania akumulatorów | **TAK** |  |  |
|  | Dopuszczenia i certyfikaty zgodnie z obowiązującymi przepisami | **TAK** |  |  |
|  | Walidacja rejestratora przez: - ESH (Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego), - BHS (Brytyjskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego), - AAMI (Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Aparatury Medycznej)  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 7 Pozycja Nr 1**

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

**PRZYSTAWKA DO SONDY ENDOKAWITARNEJ – 3 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Kompatybilna z aparatem VIVID T9 i zsondą E8CS-RS | **TAK** |  |  |
|  | Jednokątowa, wielokrotnego użytku,z uchwytem ze stali nierdzewnej | **TAK** |  |  |
|  | Przystawka kompatybilna z automatycznym działem biopsyjnym do wykonywania biopsji prostatyz Zadania 3 Pozycji 2 | **TAK** |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 7 Pozycja Nr 2**

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

**AUTOMATYCZNE DZIAŁO DO BIOPSJI - 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie kompatybilne z przystawką z Zadania 3 Pozycji 2. | **TAK** |  |  |
|  | Urządzeniem wielorazowego użytku przeznaczonym dopobierania wysokiej jakości próbek histopatologicznych. | **TAK** |  |  |
|  | Działo jest przeznaczone do pozyskiwania wycinków z tkanekmiękkich wątroby, nerek, gruczołu krokowego, piersi i innych chorobowo zmienionych tkanek miękkich | **TAK** |  |  |
|  | Dwa łatwo zwalniane spusty z przodu i tyłu działa zwiększające stabilność działa | **TAK** |  |  |
|  | Zapadka zabezpieczająca przed przypadkowym zwolnieniem spustu | **TAK** |  |  |
|  | Łatwe do odzyskania próbki, bez konieczności wyjmowania igły z działa | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość sterylizacji za pomocą tradycyjnych metod (134°/ 4-18minut) | **TAK** |  |  |
|  | Skok igły 25mm | **TAK** |  |  |
|  | Wielkość próbki 19mm | **TAK** |  |  |
|  | Współprac z igły o średnicach od 20G do14G i długościach od 10 do 30Cm | **TAK** |  |  |
|  | Kolor uchwytu igły uzależniony od jej grubości | **TAK** |  |  |
|  | Igły z echogeniczną końcówka widoczna pod kontrolą USG | **TAK** |  |  |
|  | Igła z znacznikami centymetrów ułatwiające precyzyjne określenie głębokości wkłucia | **TAK** |  |  |
|  | Igły do biopsji 18G x25 m – 50 szt.  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 8 Pozycja Nr 1**

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

**WAGA LEKARSKA PRZENOŚNA**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt fabrycznie nowy nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowany wyświetlacz | **TAK** |  |  |
|  | Klasa dokładności: III | **TAK** |  |  |
|  | Nośność do 200 kg | **TAK** |  |  |
|  | Dokładność: 200 g | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary 350 x 345 x 45 mm ±20 mm | **TAK** |  |  |
|  | Waga < 3 kg.  | **TAK** |  |  |
|  | Zasilana bateryjnie i z zasilacza | **TAK** |  |  |
|  | W zestawie baterie oraz torba do transportu  | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim.  | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr8 Pozycja Nr 2**

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

**APARAT KTG -1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Ruchomy kolorowy ekran LCD 7" | **TAK** |  |  |
|  | Technologia: Doppler pulsacyjny PW + system DSP | **TAK** |  |  |
|  | Analiza badania STV | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość: 1 MHz, głowica wielokryształowa wysokiej czułości | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiarowy FHR: 50~210 BPM , dokładność: ±2 BPM | **TAK** |  |  |
|  | TOCO Zakres pomiarowy: 0-100% , dokładność: < 10 % | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczne wykrywanie ruchów płodu + marker dla pacjentki | **TAK** |  |  |
|  | Funkcje alarmów niskiego i wysokiego tętna, końca papieru itp | **TAK** |  |  |
|  | Drukarka termiczna wbudowana 110 mm | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie: AC 100V—240V 50/60 Hz i wbudowany akumulator | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podłączenia dodatkowej sondy do monitorowania bliźniąt | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowana analiza badania  | **TAK** |  |  |
|  | Polskie menu | **TAK** |  |  |
|  | W skład urządzenia wchodzi:Kardiotokograf.Głowica Cardio.Głowica TOCO.Pasy mocujące głowice.Ręczny znacznik dla pacjentki.Zasilanie akumulatorowe Instrukcja w języku polskim.2 zwijki papieru 110 mm.Przewód zasilający.Dedykowany stolik z uchwytem na głowice( 2 półkowy) z 4 kołami (2 z blokadą) | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim.  | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego.  | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 8 Pozycja Nr 3**

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

**NARZĘDZIA CHIRURGICZNE- 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Ilość** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Wszystkie dostarczone narzędzia nowe i nieużywane, rok produkcji 2023 |  | **TAK** |  |  |
|  | Wykonane ze stali nierdzewnej ( spełniającej wymogi norm krajowych i europejskich), ocechowane ( nr katalogowym, nazwą producenta ) |  | **TAK** |  |  |
|  | Wykonanie przed producenta wszystkich produktów w najwyższym standardzie technologicznym, potwierdzonych zgodnością z aneksem II dyrektywy 93/42 EEC, mówiącym o zapewnieniu odpowiedniej jakości procesów projektowania, wykonania i dystrybucji narzędzi chirurgicznych według norm ISO 9001 oraz ISO 13485 – dołączyć certyfikaty Producenta narzędzi oraz niezależnych jednostek notyfikujących ( dotyczy certyfikatu ISO ) |  | **TAK** |  |  |
|  | Oświadczenia producenta dotyczącego wykonania pasywacji wraz z opisem procesu, wymagane również oświadczenie producenta dotyczące spełnienia odporności na korozję zgodnie z normą DIN\_EN\_ISO 13402 – dołączyć do oferty |  | **TAK** |  |  |
|  | Parametry oferowanych narzędzi potwierdzone oryginalnym katalogiem lub jego kopią (strony prezentujące wyrób). Certyfikaty i parametry przedstawione w formie oryginału lub kopii. Grupy narzędzi* haki operacyjne, retraktory, podważki, pincety, kleszczyki, klemy, sztance, imadła bez twardej wkładki – min. 42 – 47 HRC
* nożyczki bez twardej wkładki , dłuta – min. 50 – 57 HRC
* nożyczki z twardą wkładką / twarda wkładka – min. 42 – 47 HRC / min. 60 – 64 HRC
* kleszczyki opatrunkowe oraz opinania serwet pola operacyjnego, akcesoria stosowane na sali OP, instrumenty ginekologiczne ( np. wzierniki , skrobaczki ), instrumenty ortopedyczne i kardiochirurgiczne – min. 42-48 oraz 52-58 HRC
 |  | **TAK** |  |  |
|  | Serwis gwarancyjny oraz pogwarancyjny w formie kompleksowej naprawy instrumentów wraz z wymianą twardych wkładek, ponownego złocenia uchwytów oraz niezbędnych części i pełną obróbką powierzchni – potwierdzić dokumentami firmowymi. Serwis powinien posiadać minimum park maszynowy w postaci : szlifierka, urządzenie do matowienia, linie do pasywacji, urządzenie galwaniczne do złocenia, mikroskop stereoskopowy, piec hartowniczo-próżniowy. Serwis certyfikowany normami : ISO9001 2011 i ISO EN 13485, podać dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski – poświadczyć certyfikatem Producenta |  | **TAK** |  |  |
|  | Narzędzia oznaczone kodem Data matrix czyli matrycowym dwuwymiarowym  kodem kreskowy (kod kreskowy 2D), składający się z czarnych i białych pól (modułów) zamieszczonych w granicach tzw. wzoru wyszukiwania. Oznakowanie takie pozwala na pełną identyfikację narzędzi w zestawie i możliwość skanowania każdego instrumentu znajdującego się w zestawie. Kod Data Matrix zawiera zakodowaną informację o unikalnym numerze narzędzia. Kod może być wykorzystany do synchronizacji z systemami informatycznymi i organizacją pracy w obrębie np. Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni ( skład zestawów narzędzi chirurgicznych , obieg w obrębie BO/CS , planowanie regeneracji i wymiany narzędzi w zestawach ). Dopuszczalne nie oznakowanie na narzędziach na których wymiary konstrukcyjne narzędzia nie dają pełnej czytelności kodu. |  | **TAK** |  |  |
|  | Wszystkie oferowane narzędzia posiadają możliwość:* mycia ( ultradźwięki, środki myjące i neutralizacja dopuszczone przez PZH)
* dezynfekcja (temperaturowa i chemiczna) środkami dopuszczonymi przez PZH
* sterylizacja: parowa w autoklawach w temperaturze 134 stopnie Celcjusza , niskotemperaturowa dla materiałów wrażliwych oraz nadtlenek wodoru i plazma – dołączyć do oferty oświadczenie Producenta narzędzi
 |  | **TAK** |  |  |
|  | Kleszczyki CHAPUT, długość 150mm, 2/3 ząbki  | **3** | **TAK** |  |  |
|  | Wziernik pochwowy typ BREISKY Model wiedeński 100x30 mm długość 300 mm | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Wziernik pochwowy typ BREISKY model wiedeński wymiary 130x35 mm długość 320 mm | **1** | **TAK** |  |  |
|  | Zacisk histerektomijny typ Wertheim zakrzywiony długość 255 mm | **2** | **TAK** |  |  |
|  | Zacisk histerektomijny typ WERHEIM zakrzywiony końcówka robocza 1x2 żabki złącze śrubowe długość 235 mm  | **2** | **TAK**  |  |  |

**Zadanie Nr 8 Pozycja Nr 4**

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

**TABLICA DO BADANIA WZROKU DLA DZIECI 1 szt.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt fabrycznie nowy nie starszy niż 2023 | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość zbadania wzroku u małych dzieci, które nie znają jeszcze alfabetu. | **TAK** |  |  |
|  | Wymiar 31,0 x 45,5 cm ± 3 cm. | **TAK** |  |  |
|  | Wyraźne i dające się łatwo rozpoznać piktogramy przedstawiające znane dziecku obiekty **– zwierzęta i przedmioty**, co zastępuje litery alfabetu | **TAK** |  |  |