**Załącznik nr 2a do SIWZ**

**Pakiet nr 1 Unit okulistyczny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Fotel unitu z elektryczną regulacją wysokości, elektrycznie odchylany w całości do kąta min. 35˚, z dwoma regulowanymi podłokietnikami oraz składanym podnóżkiem. Zakres ruchu góra/dół min. 150mm | Tak, podać |  |
|  | Przesuwny blat przeznaczony na 2 urządzenia diagnostyczne z wbudowanymi min. 3 gniazdami 230V, o wymiarach 440x900 mm +/-10% | Tak, podać |  |
|  | Bariera zabezpieczająca pacjenta przed zgnieceniem o blat przy ruchu fotela w górę | Tak, podać |  |
|  | Szuflada na kasetę okulistyczną | Tak, podać |  |
|  | Maszt aluminiowy z lampą diodową LED | Tak, podać |  |
|  | Ramię do zamocowania foroptera | Tak, podać |  |
|  | Dotykowy panel sterujący wbudowany w korpus unitu z minimum następującymi przyciskami:- góra/dół fotel- opuszczanie fotela w sposób ciągły do dołu- góra/dół blat- włącznik aparatów znajdujących się na blacie- włącznik rzutnika- włącznik oświetlenia „do bliży” lampa na kolumnie- zwolnienie elektro-blokady  | Tak, podać |  |
|  | Czasowy układ elektroniczny wyłączający automatycznie lampę szczelinową po określonym czasie | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie 230V, 50Hz | Tak, podać |  |
|  | Fotel pokryty materiałem o powierzchni łatwej do utrzymania w czystości i odpornej na środki dezynfekcyjne, możliwość wyboru koloru przed dostawą | Tak, podać |  |
|  | Wymiary podać | Tak, podać |  |
|  | Wysokość blatu od podłogi: 880-980 mm+/-10% | Tak, podać |  |
|  | Wysokość fotela od podłogi: 550-700 mm+/-10% | Tak, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 2. Oftalmoskop – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Oftalmoskop bezpośredni | TAK |  |
|  | Zakres regulacji min. od +29,0D do -30,0D | TAK, podać |  |
|  | Min. 6 przesłon:- duży otwór- średni otwór- mały otwór- szczelina- jaskrowa- fiksacyjna | TAK, podać |  |
|  | Filtry min.: Red Free i Clear które można łączyć z każdą przesłoną | TAK, podać |  |
|  | Oświetlenie halogenowe | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: akumulatorowe, w komplecie ładowarka | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 3. Foropter automatyczny– 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Foropter w pełni automatyczny | TAK |  |
|  | Moc sferyczna min.: -29.00 do +26.75 D | TAK, podać |  |
|  | Moc cylindryczna min.: 0.00 do +/- 8.75D | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiar osi od 0 do 180 stopni (skoki: 1/5/15 stopni) | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru PD: od 48 do 80 mm (dal) od 50 do 74 mm (bliż) | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru pryzmy: od 0 do 20 (skoki: 0.1/0.5/2.0) | TAK, podać |  |
|  | Akcesoria pomocnicze: okluder, filtr czerwono-zielony, filtry polaryzacyjne, Maddox,  | TAK, podać |  |
|  | Retinoskopia: +1.5D (67cm), +2.0D (50cm) | TAK, podać |  |
|  | Pole widzenia: 40 stopni (VD=12mm) 39 stopni (VD=14mm) | TAK, podać |  |
|  | Poziomowanie: +/- 2.5 stopni | TAK, podać |  |
|  | sterowanie wszystkimi funkcjami foroptera z panelu sterującego | TAK, podać |  |
|  | Wymiary | podać |  |
|  | Waga | podać |  |
|  | Zasilanie, podać | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zamontowania na ramieniu unitu okulistycznego – w komplecie niezbędne mocowanie | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 4 Rzutnik testów – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

**Parametry wymagane**

**TABELA 1:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | rzutnik sterowany pilotem | TAK |  |
|  | źródło światła - żarówka halogenowa | TAK, podać |  |
|  | Min 31 testów: cyfry, litery, obrazki dla dzieci, Snellen E, Landolt, czerwono-zielony, binokularny, Worth, Schober, steroskopowe, na astygmatyzm | TAK, podać |  |
|  | dostępne maski: linia pozioma, pionowa, pojedynczy znak | TAK, podać |  |
|  | bezpośredni dostęp z pilota do każdego optotypu | TAK, podać |  |
|  | w komplecie ekran | TAK, podać |  |
|  | Odległość projekcji min 3m | TAK, podać |  |
|  | współpraca z foropterem automatycznym | TAK, podać |  |
|  | Wymiary | podać |  |
|  | Waga | podać |  |
| 11  | zasilanie | podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 5 Tester widzenia – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Badanie ostrości widzenia jedno i obu ocznego | TAK, podać |  |
|  | płynna regulacja kąta patrzenia pacjenta, | TAK / NIEZgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 |  |
|  | regulacja wysokości elektryczna | TAK / NIEZgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 |  |
|  | liczne predefiniowane programy badań z możliwością tworzenia własnych, | TAK, podać |  |
|  | badanie widzenia zmierzchowego | TAK, podać |  |
|  | badanie wrażliwości na olśnienie | TAK, podać |  |
|  | badanie peryferyjnego pola widzenia | TAK, podać |  |
|  | Możliwość badania pacjentów noszących okulary progresywne | TAK, podać |  |
|  | Badanie amplitudy akomodacji | TAK, podać |  |
|  | Badanie widzenia barwnego | TAK, podać |  |
|  | Badanie stereopsji | TAK, podać |  |
|  | Badanie zezów | TAK, podać |  |
|  | obsługa z panelu sterowania z kolorowym wyświetlaczem dotykowym lub z komputera PC | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |
|  | Waga | podać |  |
|  | zasilanie | podać |  |
|  | możliwość wydruku wyników badań, a także zapisu do formatu PDF jak i transferu do programu zarządzania danymi | TAK, podać |  |
|  | w zestawie Komputer sterujący lub panel sterowania z kolorowym wyświetlaczem | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 ………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 6 Kaseta okulistyczna z oprawkami próbnymi– 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Kaseta okulistyczna min 260szkieł | TAK, podać |  |
|  | Zakres szkieł sferycznych: min. 39 par dla szkieł wklęsłych (-) oraz wypukłych (+) w zakresach: • 0.25D do 6.00D w krokach co 0.25• 6.50D do 10.00D w krokach co 0.50• 11.00D do 14.00D w krokach co 1.00• 16.00D do 20.00D w krokach co 2.00 | TAK, podać |  |
|  | Zakres szkieł cylindrycznych: min. 20 par dla szkieł wklęsłych (-) i wypukłych (+) w zakresach: • 0.25D do 4.00D w krokach co 0.25• 4.50D do 6.00D w krokach co 0.50 | TAK, podać |  |
|  | Zakres szkieł pryzmatycznych: Min.12 szkieł: 0.5D(2szt.) i o d 1.0D do 10.0D krok 1.0 | TAK, podać |  |
|  | Akcesoria min. 10 szkieł: Maddox, krzyż wygrawerowany na szkle, Pin hole (2), okluder, szczelina, czerwony filtr, zielony filtr, cylinder skrzyżowany, szkło o wartości 0D | TAK, podać |  |
|  | Wszystkie szkła w metalowych oprawach, nie ograniczających pola widzenia, cylindry wyraźnie zaznaczone kolorem oraz szlifem na szkle, dodatkowo oś cylindra ustawiona jest w osi uchwytu szkła, co ułatwia pracę w ciemnym pomieszczeniu. | TAK, podać |  |
|  | Oprawki okularowe próbne dla dorosłych* Pełna regulacja podstawy nosa
* Regulacja długości zauszników
* Regulacja rozstawu źrenic
* Obrót cylindra
* Możliwość jednoczesnego zainstalowania min. 4 szkieł próbnych
 | TAK, podać |  |
|  | Oprawki okularowe próbne dla dzieci, lekkie* Możliwość jednoczesnego zainstalowania min. 3 szkieł próbnych
* Regulacja PD w zakresie 54mm - 58mm
 | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 7 Rejestratory holterowskie EKG i ciśnienia do istniejącego systemu – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
| I | **Rejestrator holterowski EKG – 1 kpl.** |  |  |
|  | Rejestrator do zapisów: 12 kanałowych oraz 3 kanałowych | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne wykrywanie podłączanego kabla i trybu pracy 3 lub 12 kanałowego. Współpraca z kablem 10 odprowadzeniowym dla zapisów 12 kanałowych oraz z kablem 5 odprowadzeniowym dla zapisów 3 kanałowych.  | TAK, podać |  |
|  | Zapis na karcie pamięci typu SD, możliwość wymiany kart pamięci. | TAK, podać |  |
|  | Czas rejestracji minimum 14 dni w trybie 3 i 12kanałowym | TAK, podać |  |
|  | Wysoka jakość sygnału EKG:- przetwornik A/C: 24 bit,- archiwizacja sygnału EKG z wybraną częstotliwością minimum 250 próbek/kanał z możliwością ustawienia w rejestratorze do 1000 próbek/kanał.- kable pacjenta ekranowane | TAK, podać |  |
|  | Wykrywanie pozycji i aktywności dobowej pacjenta: rejestrator wyposażony w czujnik – aktywność pacjenta prezentowana pod krzywymi EKG w oprogramowaniu analizującym | TAK, podać |  |
|  | Dokładna detekcja stymulatorów serca, częstotliwość próbkowania minimum 30000Hz/kanał | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie z jednej baterii lub akumulatora, możliwość jej wymiany w czasie badania z kontynuacją rozpoczętego zapisu.  | TAK, podać |  |
|  | Odporność rejestratora na zniszczenie pod wpływem przypadkowej kąpieli pacjenta – klasa wodoszczelności IPX6.  | TAK, podać |  |
|  | Rejestrator wyposażony w wyświetlacz graficzny, nawigacja przy pomocy klawiszy nawigacyjnych | TAK, podać |  |
|  | Podgląd zapisu EKG przed rozpoczęciem i w czasie badania na wyświetlaczu rejestratora 3 kanałów EKG jednocześnie, wizualne potwierdzenie prawidłowego podłączenia elektrod i sygnalizacja złego kontaktu elektrod. | TAK, podać |  |
|  | Opcja komunikacji Bluetooth rejestratora z komputerem, możliwość podglądu zapisu EKG. | TAK, podać |  |
|  | Programowanie parametrów rejestratora przed rozpoczęciem zapisu przy pomocy klawiszy funkcyjnych i wyświetlacza. | TAK, podać |  |
|  | Klawisz markera zdarzeń pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Kompaktowe wymiary rejestratora  | TAK, podać |  |
|  | Niewielka waga rejestratora: bez kabla z baterią poniżej 80g | TAK, podać |  |
|  | Szybki transfer danych do komputera z karty pamięci: przez kabel USB lub czytnik kart pamięci  | TAK, podać |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkowym skasowaniem nie odczytanego zapisu  | TAK, podać |  |
|  | Identyfikacja badań przed rozpoczęciem zapisu: możliwość wprowadzenia numeru identyfikacyjnego za pomocą klawiatury funkcyjnej i wyświetlacza lub numeru identyfikacyjnego i nazwiska za pomocą oprogramowania PC.  | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie minimum:- Pokrowiec na rejestrator w pełni ochraniający urządzenie przed uszkodzeniem z możliwością mocowania na pasie biodrowym lub naramiennym. - kabel dla zapisów 12 kanałowych - kabel dla zapisów 3 kanałowych. | TAK, podać |  |
|  | Współpraca z oprogramowaniem do analizy zapisów holterowskich EKG EcgLab firmy Biomedical Instruments CO., Ltd. | TAK, podać |  |
| II | **Rejestrator ciśnieniowy z oprogramowaniem do analizy holtera ciśnieniowego – 1 kpl.** | TAK, podać |  |
| II.1 | **Oprogramowanie do analizy holtera ciśnieniowego** | TAK, podać |  |
| 22 | Funkcja konfiguracji rejestratora przed startem badania | TAK, podać |  |
| 23 | Możliwość zablokowania przycisku pacjenta na rejestratorze | TAK, podać |  |
| 24 | Możliwość określenia maksymalnego ciśnienia w mankiecie | TAK, podać |  |
| 25 | Prezentacja danych w formie trendów, histogramów, wykresów kołowych | TAK, podać |  |
| 26 | Możliwość określenia granic alarmowych niezależnie dla okresu snu i aktywności dziennej  | TAK, podać |  |
| 27 | Tabelaryczna prezentacja wyników pomiarów i oznaczenia aktywności ruchowej pacjenta dla każdego pomiaru | TAK, podać |  |
| 28 | Analiza syndromu białego fartucha | TAK, podać |  |
| 29 | Interpretacja podsumowująca, analiza DIP, histogramy, wykresy kołowe, średnie godzinowe, korelacje, indeks gładkości  | TAK, podać |  |
| 30 | Możliwość porównania 2 badań tego samego pacjenta  | TAK, podać |  |
| 31 | Możliwość edycji raportu oraz możliwość wyboru sekcji raportu do wydruku | TAK, podać |  |
| 32 | Automatyczna analiza oparta na standardach AHA/JNC7, ESH lub zdefiniowanych przez użytkownika | TAK, podać |  |
| 33 | Analiza uwzględniająca zmienność ciśnienia, indeks gładkości, indeks miażdżycowy, poranny wzrost ciśnienia | TAK, podać |  |
| II.2 | **Rejestrator ciśnieniowy** | TAK, podać |  |
|  | Obsługa za pomocą jednego przycisku. | TAK, podać |  |
|  | Pomiar metodą oscylometryczną z postępującą deflacją.  | TAK, podać |  |
|  | Zakres ciśnienia.:- skurczowego min.: 40÷255 mmHg- rozkurczowego min.: 20÷195 mmHg- pulsu min.: 40-200 bpm | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ustawienia maksymalnego ciśnienia w mankiecie w zakresie ~120-280mmHg +/- 10 mmHG | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz LCD umożliwiający wyświetlanie wyników pomiaru | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia min.: ± 3 mmHg, dokładność pulsu: ± 3 bpm | TAK, podać |  |
|  | Na wyposażeniu minimum Mankiet pomiarowy dla dorosłych o rozmiarze: 25 ÷ 35 cm (±1 cm). | TAK, podać |  |
|  | 2 okresy pomiarowe i 3 okresy specjalne | TAK, podać |  |
|  | Interwały pomiarowe min.: 5, 10, 15, 20, 30, 45, 60, 90, 120 minut. | TAK, podać |  |
|  | Czujnik ruchów pacjenta pozwalający na rejestrację jego aktywności | TAK, podać |  |
|  | Klawisz markera zdarzeń pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Pamięć typu flash do min. 250 badań.  | TAK, podać |  |
|  | Ustawianie parametrów i transfer danych poprzez kabel USB. | TAK, podać |  |
|  | Waga urządzenia nie większa niż 220 g (wraz z bateriami).  | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie | podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 8 Defibrylator – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Tryb pracy: półautomatyczny | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj impulsu: dwufazowy odcięty | TAK, podać |  |
|  | Możliwość użycia dla dorosłych i dzieci | TAK, podać |  |
|  | Wyposażony min. w elektrody dla dorosłych i dzieci | TAK, podać |  |
|  | Okres przydatności do użycia elektrod min. 3 lata | TAK, podać |  |
|  | Energia impulsu zgodna z wytycznymi AHA 2010 | TAK, podać |  |
|  | Sekwencja wyładowań dla dorosłych: 150J – 150J – 200JDopuszczono sekwencja wyładowań dla dorosłych wynosi 150-150-150JZgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | TAK, podać |  |
|  | Sekwencja wyładowań dla dzieci: 50J – 50J – 50J | TAK, podać |  |
|  | Czas analizy EKG max. 10s | TAK, podać |  |
|  | Czas ładowania do 150J max. 10 s | TAK, podać |  |
|  | Szerokość pasma EKG 2–25 Hz | TAK, podać |  |
|  | Wymiary | TAK, podać |  |
|  | Kompensacja impedancji ciała pacjenta w zakresie min. 25 – 100 ohm | TAK, podać |  |
|  | Waga (wraz z baterią): max 2,5 kg | TAK, podać |  |
|  | Detekcja ruchu pacjenta | TAK /NIE zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 |  |
|  | Detekcja kardiostymulatorów | TAK, podać |  |
|  | Komunikaty głosowe w języku polskim | TAK, podać |  |
|  | Zapis sygnału EKG/alarmów/zapis głosu na kartach SD/ CF min. 60 zdarzeńDopuszczono urządzenie którego wewnętrzna pamięć przechowywania danych dla 5 osobnych operacji trwa do 3 godzin każdaDopuszczono defibrylator z zapisem danych i głosu do 100 godz.Zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | TAK, podać |  |
|  | Transfer danych z defibrylatora do PC poprzez kabel USB lub bezprzewodoweDopuszczono defibrylator z transferem danych za pomocą kart danych CF Zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyposażenia w oprogramowanie PC do archiwizacji danych z przeprowadzonych defibrylacji | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie za pomocą baterii LiMnO2 o żywotności min. 5 lat | TAK, podać |  |
|  | Ilość wyładowań min. 200 | TAK, podać |  |
|  | Plan auto-testów: co tydzień, co miesiąc oraz przy każdym uruchomieniu | TAK, podać |  |
|  | Zakres kontroli automatycznej: akumulator, wewnętrzna elektronika, oprogramowanie | TAK, podać |  |
|  | Sztywne opakowanie/walizka z uchwytem do przechowania i przenoszenia defibrylatora | TAK /NIE zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 |  |
|  | Walizka wyposażona w przezierne plastikowe okno do kontroli stanu defibrylatora bez potrzeby wyjmowania  | TAK /NIE zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 |  |
|  | defibrylator wyposażony w ekran min. 4,7 cala ze wskazaniem minimum: częstotliwość uderzeń serca, ilość defibrylacji, liczba rozpoznanych migotań komór, czas trwania reanimacji, data, godzina, zasób energii, krzywa EKGzgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 9. System do badań EKG wysiłkowych z bieżnią i ergometrem – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
| Pakiet 9.1 | **System do badań EKG wysiłkowych z bieżnią** |  |  |
| I | **Oprogramowanie do prób wysiłkowych** | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie wchodzące w skład kardiologicznej platformy do obsługi systemu holtera EKG, RR, spirometrii, spoczynkowego EKG, próby wysiłkowej i ergospirometrii pracującej na wspólnej bazie pacjentów (zainstalowanej lokalnie na komputerze) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wpisania m.in. imienia, nazwiska, płci, daty urodzenia, rasy pacjenta  | TAK, podać |  |
|  | Automatyczny backup bazy danych na różnych nośnikach tj. CD, DVD, dyski zewnętrzne HDD | TAK, podać |  |
|  | 12-kanałowy ciągły zapis z pełną kontrolą parametrów badania | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlanie nazwy protokołu, fazy próby, czasu trwania badania i poszczególnych faz | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlanie procentowego wykonania limitów tętna z wartością docelową  | TAK, podać |  |
|  | Podgląd zapisu EKG wraz z wyświetleniem pomiarów odcinków ST w układzie: 1 x 6 , 2 x 6 oraz 1 x 12-kanałowym | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o podciśnieniowy system aplikacji elektrod | TAK, podać |  |
|  | W zestawie klasyczny przenośny aparat EKG (jako przekaźnik sygnału EKG w próbie wysiłkowej) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania wydruków spoczynkowego EKG na papierze termicznym o szerokości: 58mm | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlanie bieżącej częstotliwości rytmu serca, obciążenia, wartości ST i arytmii | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zmiany układu okien i interfejsu użytkownika | TAK, podać |  |
|  | Ustawienie metody pomiaru odcinka ST przed rozpoczęciem próby  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyłączenia z podglądu niektórych kanałów EKG w przypadku artefaktów | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ręcznej zmiany punktów pomiarowych punktu J oraz J+ podczas próby wysiłkowej | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne wykrywanie arytmii i ich analiza | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zatrzymania i retrospektywnego podglądu zapisu EKG w czasie trwania badania | TAK, podać |  |
|  | Pomiary ręczne odcinków na wstędze EKG podczas trwania próby | TAK, podać |  |
|  | Moduł pomiaru QT do analizy tzw. "syndromu długiego QT" i ryzyka nagłej śmierci | TAK, podać |  |
|  | Analiza ryzyka choroby wieńcowej i śmierci pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Wyliczenie maksymalnego obciążenia dla poszczególnego pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Wyliczenie maksymalnego HR z uwzględnieniem metody dla dorosłych i dzieci | TAK, podać |  |
|  | Wykrywanie nieprawidłowego procesu odpoczywania po próbie przy wykorzystaniu indeksu ST/HR | TAK, podać |  |
|  | Wykres map ST w postaci poziomego i pionowego rzutu serca | TAK, podać |  |
|  | Możliwość dodania znaczników i komentarzy na zapisie EKG podczas próby wysiłkowej | TAK, podać |  |
|  | Porównanie odcinków ST dla fazy spoczynkowej i podczas wysiłku | TAK, podać |  |
|  | Porównanie załamków QRS w fazie spoczynkowej i podczas wysiłku | TAK, podać |  |
|  | Alarmy przekroczenia tętna oraz obniżenia i uniesienia odcinka ST | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia cykloergometru i bieżni z automatycznym pomiarem ciśnienia | TAK, podać |  |
|  | Współpraca z bieżniami i ergometrami rożnych producentów | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlanie wartości obrotów pedałów na minutę RPM dla badania z cykloergometrem | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zmiany prędkości i nachylenia bieżni oraz obciążenia cykloergometru podczas próby | TAK, podać |  |
|  | Możliwość edycji i tworzenia nowych protokołów | TAK, podać |  |
|  | Tworzenie profili dla grup pacjentów np. dzieci, sportowców, osób po zawale | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zmiany protokołu na RAMP podczas próby | TAK, podać |  |
|  | Możliwość tworzenia opisu badania podczas trwania fazy odpoczynku z podglądem EKG | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wydruku wstęgi EKG w trakcie przeprowadzania próby | TAK, podać |  |
|  | Możliwość automatycznego wydruku wstęgi EKG po zakończeniu każdej fazy badania | TAK, podać |  |
|  | Wydruk raportu w poziomie w celu dłuższych wydruków wstęg EKG | TAK, podać |  |
|  | Konfigurowanie raportu końcowego | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonania pomiarów cyrklem i analizy odcinka QT w oprogramowaniu do komputerowego EKG. | TAK, podać |  |
|  | **Moduł pacjenta EKG** | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy z możliwością jednoczesnego wyświetlenia 12 odprowadzeń EKG  | TAK, podać |  |
|  | Aplikacja do podglądu, zapisu i archiwizacji badań na tablecie iPad  | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz min. 2,8” i rozdzielczości min. 240 x 320 pikseli | TAK, podać |  |
|  | Kompaktowe wymiary aparatu ,  | TAK, podać |  |
|  | Waga | TAK, podać |  |
|  | Wymagane prędkości przesuwu (mm/s): 5; 10; 12.5, 25, 50 | TAK, podać |  |
|  | Wymagane czułości (mm/mV): 2.5; 5; 10; 20 | TAK, podać |  |
|  | Układy wyświetlania zapisów EKG: 2x6+1R; 4x3+1R; 1x12+0R | TAK, podać |  |
|  | Dwa kable pacjenta: dla odprowadzeń przedsercowych oraz dla odprowadzeń kończynowych | TAK, podać |  |
|  | Filtry sieciowe (Hz): 50; 60 | TAK, podać |  |
|  | Filtry izolinii (Hz): 0,05; 0,25; 0.6 | TAK, podać |  |
|  | Filtry mięśniowe (Hz): 20; 25; 35; 90 | TAK, podać |  |
|  | Długość badania: 10s; 12s; 15s; 20s | TAK, podać |  |
|  | Stopień odporności min. IPx2 | TAK, podać |  |
|  | Akumulator litowo- jonowy, pojemność min. 3200 mAh pozwalający na pracę do 9 godz.  | TAK, podać |  |
|  | Wewnętrzna pamięć: min. 30 badań EKG | TAK, podać |  |
|  | Przetwornik A/C 24 bity | TAK, podać |  |
|  | Wartość próbkowania 1600 Hz | TAK, podać |  |
|  | Możliwość dołączenia aparatu do komputerowego EKG z modułem długiego QT, modułem ST z wykresami kołowymi, modułem porównawczym zapisów EKG oraz wektokardiografią | TAK, podać |  |
|  | Możliwość dołączenia aparatu do modułu do oceny ryzyka nagłej śmierci sercowej wraz ze spełnieniem zgodności z Kryteriami Seattle, z narzędziami do wizualizacji graficznej kryteriów oraz z automatyczną analizą ryzyka | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykorzystania aparatu jako bezprzewodowy moduł do prób wysiłkowych | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do platformy medycznej (wspólna baza danych w jednej aplikacji komputerowej, bez dodatkowych programów integrujących), w której zbierane są dane medyczne z modułów komputerowego EKG, holtera EKG, holtera ABPM, próby wysiłkowej, komputerowej spirometrii oraz ergospirometrii. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość integracji z systemami informatycznymi szpitali i przychodni | TAK, podać |  |
|  | Na wyposażeniu stojące stanowisko komputerowe, z przystosowaniem do rozbudowy o ergospirometrię, z wysięgnikiem np.: na kabel pacjenta, kable od automatycznego pomiaru ciśnienia | TAK, podać |  |
|  | **Bieżnia** | TAK, podać |  |
|  | Sterowanie prędkością bieżni z krokiem 0,1km/h | TAK, podać |  |
|  | Automatyczny pomiar ciśnienia krwi | TAK, podać |  |
|  | Zakres prędkości 0-20 km/h | TAK, podać |  |
|  | Zakres nachylenia 0-25% z krokiem 0,5% | TAK, podać |  |
|  | Ruchomy pas o wymiarach 50 x 150 cm, grubość 2,7mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary bieżni | Podać |  |
|  | Waga bieżni  | podać |  |
|  | Start bieżni od prędkości równej zero | TAK, podać |  |
|  | Wytrzymałe i wygodne poręcze, również po bokach, mocowane na poziomie pasa ruchomego w dwóch punktach po przeciwległych stronach dłuższego boku bieżni | TAK, podać |  |
|  | Ciężar pacjenta do 200 kg | TAK, podać |  |
|  | Dwa przyciski STOP awaryjnego zatrzymywania (po obu stronach poręczy) | TAK, podać |  |
|  | Odległość ruchomego pasa bieżni od podłoża 17 cm | TAK, podać |  |
|  | Cicha praca | TAK, podać |  |
|  | Amortyzacja drgań i wstrząsów | TAK, podać |  |
|  | Możliwość połączenia z systemami kontroli wysiłku przez interfejs RS-232 | TAK, podać |  |
|  | Możliwość połączenia z systemami kontroli wysiłku przez interfejs port szeregowy RS-232 (prędkość transmisji 4800 bps) | TAK, podać |  |
|  | **Stacja robocza (minimalne wymagania):** | **TAK, podać** |  |
|  | 1. Microsoft Windows 10 Pro 64 bit2. Pamięć RAM 8GB3. Procesor Intel i54. HDD 500GB5. 8x Port USB 2.06. Monitor 24" 1920x10807. Drukarka laserowa | TAK, podać |  |
| Pakiet 9.2 | **Cykloergometr** | TAK, podać |  |
|  | Dowolna regulacja siedziska dla pacjenta o wzroście 120 – 210 cm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta min.160kg | TAK, podać |  |
|  | Regulacja pochylenia kierownicy kąt 360o | TAK, podać |  |
|  | Stabilna podstawa cykloergometru | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie 90 – 230V | TAK, podać |  |
|  | Kontrolowane mikroprocesorem hamowanie przy pomocy prądów indukcyjnych | TAK, podać |  |
|  | Niezależne od prędkości obciążenie od 6 do 999Watt | TAK, podać |  |
|  | Dokładność obciążenia zgodnie z DIN VDE 0750-238 | TAK, podać |  |
|  | Zakres prędkości 30-130 rpm | TAK, podać |  |
|  | Programy badań wysiłkowych min.:10 protokołów zdefiniowanych przez użytkownika5 stałych protokołów (t.j. WHO, Hollmann)Zmiana ręczna obciążenia | TAK, podać |  |
|  | Panel kontrolny z wyświetlaczem LCD | TAK, podać |  |
|  | Dodatkowy wyświetlacz LED dla pacjenta z pokazaniem rpm i informacją czy należy zwiększyć lub zmniejszyć obroty | TAK, podać |  |
|  | Interfejsy komunikacyjne min. : RS232 i USB | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 10 Aparat EKG z wózkiem – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Aparat 12-kanałowy (możliwość jednoczesnej akwizycji 12 kanałów: Einthovena (I , II , III), Goldbergera (aVR, aVL, aVF), Wilsona (V1, V2, V3, V4, V5, V6))  | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku, kontakcie każdej elektrody ze skórą, ciągły pomiar częstości akcji serca z prezentacją na wyświetlaczu)Dopuszczono aparat aparat z Kolorowym ekranem graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku, kontakcie każdej elektrody ze skórą, ciągły pomiar częstości akcji serca z prezentacją na wyświetlaczu)Zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | TAK, podać |  |
|  | Wymiar ekranu min. 5,7”, ekran dotykowy o rozdzielczości 640x480, 118x89mm | TAK, podać |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK, podać |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK, podać |  |
|  | Waga | TAK, podać |  |
|  | Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna, przyciski na ekranie dotykowym | TAK, podać |  |
|  | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK, podać |  |
|  | Sygnalizacja naładowania akumulatora | TAK, podać |  |
|  | Wydajność akumulatora (bezobsługowego) min. 120 min. | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania do 40 000 Hz | TAK, podać |  |
|  | Pasmo Przenoszenia min. 0,05-170 Hz | TAK, podać |  |
|  | Szerokość papieru 210 mm, możliwość stosowania rolki i składanki (papier termiczny) | TAK, podać |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie automatycznym: 3x4, 3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 6x2, 6x2+1, 6x2+2, 12 | TAK, podać |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie manualnym po 3, 4, 6, 12 | TAK, podać |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50Dopuszczono aparat z prędkością przesuwu 5, 12.5, 25, 50, 100 mm/s, zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | TAK, podać |  |
|  | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20 | TAK, podać |  |
|  | Rejestracja w trybie automatycznym (od 10 do 80 s.): czas rzeczywisty, czas synchroDopuszczono aparat z rejestracją w trybie automatycznym 10 czas rzeczywisty, czas synchron zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | TAK, podać |  |
|  | Zapis wsteczny z możliwością wyboru przez użytkownika czasu opóźnienia -1, -2, -3, -4, -5, -7, -10 sekund | TAK, podać |  |
|  | Detekcja kardiostymulatorów | TAK, podać |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | TAK, podać |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych (50, 60 Hz), filtr zakłóceń mięśniowych (25, 35 Hz), filtr izolinii Hz (0,05 (3,2s), 0,11 (1,5s), 0,25 (0,6s), 0,50 (0,3s), 1,50 (0,1s), splines) | TAK, podać |  |
|  | Filtr automatyczny dostosowujący wartości innych filtrów (autoadaptacyjny) | TAK, podać |  |
|  | Sygnał dźwiękowy tętna | TAK, podać |  |
|  | Baza danych min. 400 zapisów EKG w pamięci aparatu (z możliwością przeglądania na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości) | TAK, podać |  |
|  | Profil automatyczny i manualny (możliwość zaprogramowania nieograniczonej ilości profili) | TAK, podać |  |
|  | Profil long (długi zapis EKG), automatyczny zapis do pamięci aparatu do 10 minut z 1 lub 2 odprowadzeń bez jednoczesnego wydruku, wynik wraz z wykresem częstości i z histogramem (np. do wykrywania arytmii) | TAK, podać |  |
|  | Porty komunikacyjne min. : RS232, USB. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu z możliwością zmiany ilości odprowadzeń | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta, danych lekarza, nazwy jednostki | TAK, podać |  |
|  | W zestawie: papier rolka 210mm -10szt., składanka A4, elektrody piersiowe podciśnieniowe, elektrody kończynowe klipsowe, żel, kabel EKG, wózek jezdny z wysięgnikiem. | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 11 Diatermia elektrochirurgiczna (dermatologia) – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | PARAMETRY OGÓLNE  |  |
|  | Odporność aparatu na impuls defibrylacji | TAK/podać |  |
|  | TRYBY PRACY:- cięcie czyste- cięcie koagulujące (z hemostazą), - koagulacja miękką, - koagulacja forsowna - koagulacja bipolarna. | TAK/podać |  |
|  | Aktywacja zarówno włącznikiem nożnym jak i przyciskami na uchwycie. | TAK/podać |  |
|  | Zmiany trybu pracy przyciskami na uchwycie lub na panelu sterującym. | TAK/podać |  |
|  | maksymalna moc cięcia czystego: min. 80W | TAK/podać |  |
|  | klasa bezpieczeństwa: I/CF | TAK/podać |  |
|  | zasilanie: 230V50Hz | TAK/podać |  |
|  | Wymiary | podać |  |
|  | Waga  | podać |  |
|  | Wyposażenie minimum:- Wózek/stojak mobilny pod aparat- Włącznik nożny- Kabel zasilający- Elektroda bierna z kablem | TAK/podać |  |
|  | Wyposażenie dermatologiczne minimum:- nóż prosty szpatułka krótki – 1 szt.- nóż prosty ostry lancet krótki – 1 szt.- nóż wygięty szpatułka – 1 szt.- igła prosta, krótka, średnica 0,7 mm – 1 szt. Dopuszczono 0,5 mm oraz 0,6 mm , zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019- igła wygięta 0,7mm – 1 szt. Dopuszczono 0,5 mm oraz 0,6 mm zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019- igła prosta 0,7mm izolowana – 1 szt. Dopuszczono 0,5 mm oraz 0,6 mm zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019- kulka prosta, krótka, średnica 2mm – 1 szt.- kulka prosta, krótka, średnica 4mm – 1 szt.- pętla zwykła, krótka, średnica 5mm – 1 szt.- pętla zwykła, krótka, średnica 10mm – 1 szt. |  TAK/podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 12 Dermatoskop – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Precyzyjna optyka o wysokiej rozdzielczości z achromatyczną soczewką. | TAK, podać |  |
|  | Optyka 30 mm | TAK, podać |  |
|  | 3 grupy diod: -spolaryzowane do oglądania w kontakcie i bez kontaktu ze skórą- niespolaryzowane ( do immersji)- PigmentBoots | TAK, podać |  |
|  | Min. 24 diody LED - 18 białych diod (12 światło spolaryzowane, 6 niespolaryzowane) + 6 pomarańczowych, światło spolaryzowane | TAK, podać |  |
|  | Wysuwany pierścień dystansujący z płytką ze skalą 10 mm | TAK, podać |  |
|  | 10-krotne powiększenie | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zmiany trybu pracy przez naciśnięcie przycisku | TAK, podać |  |
|  | Ładowanie możliwe przez port USB | TAK, podać |  |
|  | bateria litowa wielokrotnego ładowania | TAK, podać |  |
|  | Czas pracy w trybie ciągłym: min. 2 godziny | TAK, podać |  |
|  | 4-stopniowy wskaźnik stanu naładowania baterii | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne wyłączanie w przypadku nieużywania urządzenia  | TAK, podać |  |
|  | Magnetyczne łączenie dermatoskopu ze smartfonem lub tabletem za pomocą odpowiedniego adapteru | TAK, podać |  |
|  | dostępność jednorazowych nakładek ochronnych  | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie minimum:- dermatoskop - wysuwany pierścień dystansujący- ładowarka / kabel USB- olejek dermatoskopowy- jednorazowe nakładki – 10 szt.- etui ochronne | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 13 Lampa zabiegowa bezcieniowa – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Czasza składająca się z min. 1 modułu świetlnego LED. | Tak, podać |  |
|  | Ilość diod w module max. 7 szt. | Tak, podać |  |
|  | Oświetlenie w którym wszystkie diody są tego samego koloru, emitujące światło białe o jednakowej temperaturze barwowej. | Tak |  |
|  | Lampa na statywie z podstawą jezdną na 4 kółkach, w tym min. dwa kółka z blokadą.Dopuszczono lampa na statywie z podstawą jezdną na 5 kółkach, w tym min. dwa kółka z blokadą, zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | Tak, podać |  |
|  | Natężenie światła (z odległości 0.5 m) min. 50.000 lux | Tak, podać |  |
|  | Czasza lampy zamocowana na ramieniu typu „gęsia szyja” | Tak |  |
|  | Włącznik lampy zlokalizowany na podstawie ramienia typu „gęsia szyja” lub na czaszy | Tak |  |
|  | Odtworzenie barwy światła słonecznego Ra >= 93 | Tak, podać |  |
|  | Indeks oddawania barw R9 >= 90 | Tak, podać |  |
|  | Stała temperatura barwowa 4400 KDopuszczono stałą temperaturę barwową na poziomie 4500 k, zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | Tak, podać |  |
|  | Stała średnica pola światła min. 18 cm (z odległości 0.5 m) | Tak, podać |  |
|  | Wgłębność oświetlenia (L1+L2) min. 66 cm | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie – 230 V (+/-) 10%, 50 Hz | Tak, podać |  |
|  | Żywotność źródła światła min. 50 000h | Tak, podać |  |
|  | Pobór mocy źródła światła max. ~~7W~~ , 15 W zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja umożliwiająca czyszczenie i dezynfekcję powszechnie stosowanymi środkami | Tak, podać |  |
|  | Stopień ochrony czaszy min. IP 20 | Tak, podać |  |
|  | Całkowita waga lampy nie większa niż 9 kg | Tak, podać |  |
|  | Wymiary czaszy  |  podać |  |
|  | Zamknięta szczelna obudowa czasz lampy z gładkimi konturami bez elementów śrubowych, wykonana z wysoko utwardzanego tworzywa sztucznego. | Tak, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| C | Warunki gwarancji |  |  |
|  | Okres udzielonej gwarancji min. 24 miesiące | TAK, podać |  |
| D |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji 6 lat – podać łączną cenę brutto | Podać |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 8 lat od daty dostawy  | TAK |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy),  | TAK, podać |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego. | TAK, podać |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | TAK, podać |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 14 Spirometr – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | Ekran kolorowy dotykowy LCD | TAK, podać |  |
|  | Zintegrowana drukarka na papier 112mm | TAK, podać |  |
|  | Pełna spirometria wdechowa i wydechowa | TAK, podać |  |
|  | 49 parametrów spirometrycznych | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna interpretacja wg ATS, BTS, Enright | TAK, podać |  |
|  | Korekcja BTPS – automatyczne pomiary warunków otoczenia | TAK, podać |  |
|  | Testy bronchoprowokacyjne PRE/POST | TAK, podać |  |
|  | Zgodność ze standardami ATS/ERS 2005, EN 13826 i normami bezpieczeństwa EN60601-1 | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany akumulator | TAK, podać |  |
|  | Wymiary ekranu min. 115 × 85(mm) | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość ekranu (punkty) min. 640 × 480 RGB (kolor) | TAK, podać |  |
|  | Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna; ekranowe przyciski dotykowe | TAK, podać |  |
|  | Interfejs min. RS232, USB | TAK, podać |  |
|  | Wymiary  | TAK, podać |  |
|  | Waga | TAK, podać |  |
|  | Szerokość papieru rolka min.112mm  | TAK, podać |  |
|  | Typ drukarki: termiczna | TAK, podać |  |
|  | 18. Spirometria natężona :FVC, Best FVC, FEV0.75, FEV1, Best FEV1, FEV3, FEV6, PEF, FEV0.75/FVC, FEV1/FVC, FEV3/FVC, FEV6/FVC, FEV0.75/SVC, FEV1/SVC, FEV3/SVC, FEV6/SVC, PIF, FIVC, FIV1, MEF75, MEF50, MEF25, FEF75, FEF50, FEF25, MMEF, FET25, FET50, MIF75, MIF50, MIF25, PEFT, FIF50, FEF50/FIF50, FEF50/ SVC, FEV0.75/ FEV6, FEV1/ FEV6, FIV1/FIVC, VEXT, Wiek płuc | TAK, podać |  |
|  | Spirometria swobodna – SVC, ERV, IRV, TV, IC, IVC | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna wentylacja dowolna MVV – MVV, MVVf, MRf | TAK, podać |  |
|  | Wartości wzorcowe :ECCS/ERS 1993, ECCS 1983, NHANES III, Knudson 1983, Knudson 1976, Roca 1986, CRAPO 1981, ITS Perreira – Brazylia, LAM, Gore – Australia, Zapletal 1977 | TAK, podać |  |
|  | Pamięć zapisów: min. 250 | TAK, podać |  |
|  | Profile użytkownika – nieograniczona ilość | TAK, podać |  |
|  | Zachęta dla dzieci (min. 2 rodzaje animacji) | TAK, podać |  |
|  | Zakres przepływu (litry/s) 16 l/s (wdech / wydech). Dokładność (50 ml/s do 16 l/s) ± 5 % lub 50 ml/s | TAK, podać |  |
|  | Zakres objętości (litry) 0,025 do 8 litrów. Dokładność (0,025 do 8 l) ± 3 % lub 50 ml | TAK, podać |  |
|  | Opór przepływu < 79 Pa / l/s | TAK, podać |  |
|  | Czujnik temperatury + 10°C do + 40°C Dokładność ± 3 % dla 25°C | TAK, podać |  |
|  | Czujnik ciśnienia barometrycznego 700 – 1200 hPa dokładność ± 2 % | TAK, podać |  |
|  | Czujnik wilgotności względnej 0 do 100 % wilgotności. Dokładność ± 4 % dla 25°C, 30 do 80 % wilgotności | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie sieciowe 115 V / 230 V, 50 – 60 Hz, 40 VA | TAK, podać |  |
|  | Pojemność akumulatora min. 3 godziny | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość ADC: 12 bitów | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania: 1000 Hz | TAK, podać |  |
|  | Normy bezpieczeństwa: IEC 601 -1, IEC 601 -1 -2, IEC 601 -1 -4, ISO 14971 | TAK, podać |  |
|  | Normy spirometrii: EN 13826, standardy ATS/ERS 2005 | TAK, podać |  |
|  | Klasa ochronności (elektryczna) : II zgodnie z IEC 536 | TAK, podać |  |
|  | Element wchodzący w kontakt z pacjentem: BF zgodnie z IEC 601 -1 | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie komputerowe do importu badań spirometrycznych pracujące na wspólnej bazie pacjentów zainstalowanej lokalnie na komputerze i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkowa, komputerowe EKG i komputerowa spirometria. | TAK, podać |  |
|  | Pompa kalibracyjna | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 15 Autoklaw – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | **Sterylizator parowy nastołowy** | TAK |  |
|  | Zasilany parą z wbudowanej, elektrycznej wytwornicy pary  | Tak, podać  |  |
|  | Nieprzelotowy, 1 drzwiowy. | Tak, podać |  |
|  | Pojemność komory nie mniej niż 20 litrów  | Tak, podać |  |
|  | Głębokość komory nie mniej niż 40 cm | Tak, podać  |  |
|  | Pojemność komory min 5 szt. tac narzędziowych o jednakowych wymiarach pozwalających na maksymalne wykorzystanie pojemności komory.Zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | Tak, podać  |  |
|  | Komora o przekroju prostopadłościennym. | Tak, podać  |  |
|  | Drzwi zamykające komorę – przesuwane.Dopuszczono zamykanie ręczne z ryglowaniem w dwóch punktach, niezawodne i bezobsługoweZgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | Tak, podać |  |
|  | Ergonomiczny panel sterowania z wyświetlaczem ciekłokrystalicznym parametrów programu sterylizacji, sterownik mikroprocesorowy.Dopuszczono wielokolorowy wyświetlacz LCD z językiem polskimZgodnie z odpowiedziami z dnia 20.03.2019 | Tak, podać |  |
|  | Wyświetlanie aktualnego etapu procesu – kontrola poprawności procesu w trakcie jego trwania. | Tak, podać |  |
|  | Podgrzewanie elektryczne (wytwornica elektryczna pary na wodę destylowaną). | Tak, podać |  |
|  | Zbiornik na wodę destylowaną | Tak, opisać |  |
|  | Zbiornik ciśnieniowy wykonany ze stali nierdzewnej kwasoodpornej. | Tak, opisać |  |
|  | Obudowa sterylizatora wykonana ze stali nierdzewnej. | Tak, opisać |  |
|  | Programy automatyczne – testujące: | Tak, podać |  |
|  | - test Bowie-Dicka, | Tak, podać |  |
|  | - test szczelności ( automatyczny), | Tak, podać  |  |
|  | Programy sterylizacji dla temperatur: | Tak, podać  |  |
|  | - 121°C, | Tak, podać  |  |
|  | - 134°C, | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie elektryczne 230 VAC 50 Hz. | Tak |  |
|  | Rejestracja parametrów procesu sterylizacji  | Tak, opisać |  |
|  | Drukarka parametrów procesu. | Tak, opisać |  |
|  | Komunikaty wyświetlane w języku polskim. | Tak, podać  |  |
|  | Zgodność z dyrektywą dotyczącą urządzeń ciśnieniowych 97/23/EC dla zbiornika sterylizatora. Potwierdzona certyfikatem EC. | Tak, podać  |  |
|  | **Wyposażenie:** |   |  |
|  | Taca narzędziowa siatkowa, wykonana ze stali kwasoodpornej, wymiary dostosowane do wymiarów komory oferowanego sterylizatora- min.3 szt. | Tak, podać |  |
|  | Uchwyt do bezpiecznego wyjmowania/wkładania tac do komory. Wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak, podać  |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Dokumentacja niezbędna do zgłoszenia urządzenia do Urzędu Dozoru Technicznego – asysta przy odbiorze sprzętu przez UDT | TAK z dostawą |  |

 **Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 16. Videokolposkop z wyposażeniem – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
|  | **Videokolposkop** - urządzenie wolno-stojące na podstawie samojezdnej z hamulcami na min. 2 kołach | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość obrazu min. FULL HD 1920x1080 | TAK, podać |  |
|  | Ogniskowanie – funkcja autofocus lub regulacja manualna | TAK, podać |  |
|  | Płynna regulacja powiększenia (zoom) | TAK, podać |  |
|  | Cyfrowy filtr negatywny i bezczerwienny | TAK, podać |  |
|  | Stopklatka – pamięć 1 klatki obrazu | TAK, podać |  |
|  | Wejścia video – min.: 1xHDMI, 1x video komponent | TAK, podać |  |
|  | Wyjścia video – min. 2xHDMI | TAK, podać |  |
|  | Powiększenie min 4-30x | TAK, podać |  |
|  | Pole widzenia min. 5-150 mm | TAK, podać |  |
|  | Oświetlacz LED, światło białe zimne, luminancja min. 50 cd | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj pracy - ciągła | TAK, podać |  |
|  | **OPROGRAMOWANIE – licencja na 1 stanowisko** | TAK, podać |  |
|  | Pakiet oprogramowania komputerowego przeznaczony do:- wspomagania pracy videokolposkopu,- wspomagania procesu diagnozy wykonanych badań,- tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, | TAK, podać |  |
|  | Dostarczone oprogramowanie musi umożliwiać rejestrowanie zdjęć z dostarczonego videokolposkopu, Następnie ich przetwarzanie, rejestrację i kwantyfikację ułatwiające interpretację informacji medycznej poprzez wbudowany zestaw narzędzi analizy obrazu, których funkcje to minimum: powiększanie, filtrowanie, wykonywanie obliczeń i pomiarów, kwantyfikacja i kwalifikacja obszarów obrazu. Dodatkowo oprogramowanie musi umożliwiać tworzenie elektronicznej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. | TAK, podać |  |
|  | Dostarczone oprogramowanie musi umożliwiać przegląd i analizy na stacji roboczej wyników z dostarczonego videokolposkopu | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie zainstalowane na stacji roboczej powinno umożliwiać otrzymywanie , wysyłanie, przetwarzanie oraz archiwizację wyników badań. | TAK, podać |  |
|  | **Podstawowe funkcjonalności oprogramowania:** | TAK, podać |  |
|  | Wspomaganie w monitorowaniu, diagnozowaniu i podejmowaniu decyzji w oparciu o dane zarejestrowane, przechwycone lub zaimportowane z urządzeń diagnostycznych. | TAK, podać |  |
|  | Dokumentacja badań medycznych – kartoteka pacjentów. | TAK, podać |  |
|  | Dostęp do historii choroby, diagnoz, rozpoznań (kody ICD 10 i ICD 9) | TAK, podać |  |
|  | Profesjonalne formularze badań specjalistycznych ułatwiające proces stawiania diagnozy poprzez uzupełnienie kolejno rekomendowanych lub wymaganych informacji. Formularze muszą mieć możliwość definiowania gotowych opisów, które znacznie przyspieszą ich wypełnianie i zminimalizują prawdopodobieństwo popełnienia błędów językowych. W szczególności powinno zawierać dedykowany formularz do przeprowadzania badań endoskopowych. | TAK, podać |  |
|  | Wydruk zaleceń, skierowań, recept, historii choroby. | TAK, podać |  |
|  | Archiwizacja, przeglądanie i analiza zdjęć, sekwencji wideo z urządzeń medycznych w szczególności urządzeń medycznych dostarczonych przez Wykonawcę. | TAK, podać |  |
|  | Rejestracja obrazów i wideo z sygnałów analogowych (WIDEO) i cyfrowych (IEEE1394, USB, HDMI). Przechwytywanie obrazów i plików pdf z udostępnionego katalogu. | TAK, podać |  |
|  | Zaawansowane narzędzia do przetwarzania obrazu diagnostycznego, ułatwiające jego analizę i interpretację - powiększanie, filtrowanie (filtr czerwony, zielony, niebieski), wykonywanie obliczeń i pomiarów, szacowanie odległości, pola powierzchni, obwodu, średnicy, cyrkularności obiektów na obrazie, kwantyfikacja i kwalifikacja obszarów obrazu wg określonych kryteriów. | TAK, podać |  |
|  | Nagrywanie na nośnikach CD/DVD, Pendrive, wybranych obrazów, sekwencji wideo i opisów badań z wybranej wizyty. | TAK, podać |  |
|  | Udostępnianie pacjentom wyników z wizyty na CD/DVD, Pendrive.  | TAK, podać |  |
|  | Raport z wizyty w wersji elektronicznej i papierowej – wydruk zestawienia zdjęć z opisami. | TAK, podać |  |
|  | Aktualna baza kodów ICD-9 oraz ICD-10. | TAK, podać |  |
|  | Automatycznie aktualizowana baza leków. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość generowania zestawień wykonanych badań. | TAK, podać |  |
|  | Bezpieczeństwo danych dzięki możliwości archiwizacji. Archiwizacja danych na: CD/DVD, dyskach twardych, serwerach plików. | TAK, podać |  |
|  | Wydruk raportu zawierający wybrane dane medyczne (obrazy i klatki) z opisem oraz danymi pacjenta. | TAK, podać |  |
|  | Poufność danych dzięki systemowi uprawnień użytkowników oraz szyfrowaniu plików multimedialnych. | TAK, podać |  |
|  | Praca w architekturze klient-serwer w oparciu o relacyjną bazę danych. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość obsługi formatu DICOM (możliwość importu i eksportu). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość obsługi modułu SMS/e-mail umożliwiającego zarówno automatyczne przypominanie o terminach wizyt jak również bezpośredni kontakt z wybranym pacjentem. | TAK, podać |  |
|  | Obsługa w języku polskim i angielskim. | TAK, podać |  |
|  | Praca w środowisku MS Windows 7, 8.1, lub 10. Aplikacja serwerowa także Windows Server 2008 i 2012. | TAK, podać |  |
|  | Budowa modułowa – dająca możliwość konfiguracji i rozbudowy w terminie późniejszym. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość identyfikacji głowicy endoskopu przy pomocy kodów kreskowych w formularzu endoskopia. | TAK, podać |  |
|  | **Kartoteka pacjenta i lista wizyt musi zawierać:** | TAK, podać |  |
|  | Wprowadzanie, edycja i przeglądanie danych osobowych. | TAK, podać |  |
|  | Informacja o datach wizyt, wykonanych badaniach, zapisanych zdjęciach i filmach.  | TAK, podać |  |
|  | Przeszukiwanie bazy danych wg kryteriów: data, nazwisko, PESEL, numer karty pacjenta, słów zawartych w diagnozie. | TAK, podać |  |
|  | **Opis wizyty musi zawierać:** | TAK, podać |  |
|  | Badania – szczegółowe formularze badań, diagnozy, historia choroby, kody ICD 10 i ICD 9. | TAK, podać |  |
|  | Zalecenia, skierowania – edycja i wydruk. | TAK, podać |  |
|  | Recepty – wystawianie, wydruk, baza leków. | TAK, podać |  |
|  | **Moduł rejestracji i analizy obrazów i wideo musi zawierać**: | TAK, podać |  |
|  | Zapis i odczyt obrazów w różnych formatach (TIFF, JPEG, BMP, PNG, GIF). | TAK, podać |  |
|  | Rejestracja obrazów z sygnałów analogowych i cyfrowych (IEEE1394, USB, HDMI). | TAK, podać |  |
|  | Podstawowe przetwarzanie obrazu (jasność, kontrast, wstawianie opisów, znaczników, elementów graf.). | TAK, podać |  |
|  | Filtrowanie obrazu (filtr czerwony, zielony, niebieski). | TAK, podać |  |
|  | Zaawansowane przetwarzania obrazu wykonywanie obliczeń i pomiarów, szacowanie odległości, pola powierzchni, obwodu, średnicy, cyrkularności obiektów na obrazie, kwantyfikacja i kwalifikacja obszarów obrazu. | TAK, podać |  |
|  | Zapis filmu cyfrowego na dysku twardym komputera, a następnie jego edycja (wybrane klatki). | TAK, podać |  |
|  | Współpraca z urządzeniami obrazującymi. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zapisywania i wysyłania zdjęć w formacie DICOM 3. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość przechwytywania i przeglądania zdjęć w formacie DICOM 3. | TAK, podać |  |
|  | Obsługa skanera zdjęć (skanowanie i zapis zdjęć w programie). | TAK, podać |  |
|  | **Kkomputer typu ALL in One**, - pamięć RAM min. 4GB- przekątna ekranu min. 21,5”- rozdzielczość ekranu min 1920x1080 (FullHD)- dysk twardy min 1000GB- nagrywarka DVD +/-RWW komplecie: klawiatura, mysz, zasilacz | TAK, podać |  |
|  | **Drukarka laserowa kolorowa** A4, ogólnie dostępna na rynkuSzybkość druku min 27 str. /min. | TAK, podać |  |
|  | Przycisk nożny USB | TAK, podać |  |
|  | karta wideo | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo

**Pakiet nr 17. Zestawy do krioterapii – 2 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………………………….……………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |
| **Pakiet 17.1 Zestaw do krioterapii ginekologiczny – 1 kpl.** |  |
|  | Aparat zasilany ciekłym azotem do kriodestrukcji tkanek | TAK |  |
|  | Pojemność zbiornika na ciekły azot – min.500 ml | TAK, podać |  |
|  | Statyczny czas przechowywania ciekłego azotu min. 20 godz. | TAK, podać |  |
|  | Aparat nie wymagający podstawki | TAK, podać |  |
|  | system odgrzewania końcówki zabiegowej z pomiarem temperatury | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie aparatu:- końcówki zabiegowe -2 szt.,- końcówki do spray- 1 szt.- podstawy na końcówki - 2 szt.Końcówki do wyboru przed dostawą z oferowanego asortymentu | TAK, podać |  |
|  | zbiornik na ciekły azot 10L | TAK, podać |  |
|  | głowica do napełniana aparatu | TAK, podać |  |
| **Pakiet 17.2 Zestaw do krioterapii dermatologiczny – 1 kpl.** |  |
|  | Aparat zasilany ciekłym azotem do kriodestrukcji tkanek | TAK |  |
|  | Pojemność zbiornika na ciekły azot – min.500 ml | TAK, podać |  |
|  | Statyczny czas przechowywania ciekłego azotu min. 20 godz. | TAK, podać |  |
|  | Aparat nie wymagający podstawki | TAK |  |
|  | Wyposażenie aparatu:- końcówka spray – 5 szt.- końcówka igłowa – 1 szt.- płytka z ogranicznikami pola mrożeniaKońcówki do wyboru przed dostawą z oferowanego asortymentu | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

 lub posiadających pełnomocnictwo