***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

**Załącznik Nr 1 do SWZ – Formularz cenowy**

**Pakiet Nr 1 – aparat RTG mobilny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | **Stawka VAT** | **Wartość netto w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1. | Aparat RTG mobilny | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | | |  |  |

**W przypadku zastosowania różnych stawek VAT należy dołączyć formularz z rozbiciem cen na poszczególne stawki VAT.**

**ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH**

**CYFROWEGO APARATU RTG DO ZDJĘĆ PRZYŁÓŻKOWYCH**

Producent: ……………………….

Model: …………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | WYMAGANE PARAMETRY I FUNKCJE **(wartości minimalne wymagane)** | **PARAMETR**  **WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| **I** | **informacje ogólne** |  |  |  |
| 1 | Typ/model, wytwórca | podać |  | Bez punktacji |
| 2 | Aparat fabrycznie nowy – rok produkcji min. 2020  Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych, demonstracyjnych, itp. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| **II** | **charakterystyka** |  |  |  |
| 1 | Napięcie zasilania: 230V 50 Hz +/- 10% | TAK |  | Bez punktacji |
| 2 | Moc generatora min. 30kW | TAK, podać |  | ≥ 32 [kW] – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt. |
| 3 | Napięcie generatora min. 40kV | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 4 | Częstotliwość generatora min. 30kHz | TAK, podać |  | ≥ 60 [kHz] – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt. |
| 5 | Zakres regulacji iloczynu prądu i czasu ekspozycji min. 0,4-300 mAs | TAK, podać |  | ≥ 320 mAs – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 6 | Minimalny czas ekspozycji min. 1 ms | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 7 | Możliwość wykonania ekspozycji poprzez  akumulatorowe zasilanie generatora. | TAK |  | Bez punktacji |
| 8 | Programy anatomiczne min. 70 | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 9 | Zakres wysokości ogniska od podłogi min. 70- 200cm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 10 | Szerokość aparatu max.60 cm | TAK, podać |  | ≤ 56 cm – 5 pkt  większe wartości – 0 pkt |
| 11 | Zakres obrotu kolimatora min. 90 o | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 12 | Oświetlenie pola ekspozycji typu LED | TAK |  | Bez punktacji |
| 13 | Zakres obrotu lampy rtg wokół osi poziomej min. 180 o | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 14 | Rotacja ramienia wokół osi pionowej min. 250 o | TAK, podać |  | ≥ 260 [o] – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt. |
| 15 | Lampa dwuogniskowa z wirującą anodą | TAK |  | Bez punktacji |
| 16 | Wielkość dużego ogniska max. 1,2mm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 17 | Wielkość małego ogniska max. 0.6 mm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 18 | Pojemność cieplna anody min. 250 kHU | TAK, podać |  | ≥ 300 [kHU] – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt. |
| 19 | Pojemność cieplna kołpaka min. 900 kHU | TAK, podać |  | ≥ 1000 [kHU] – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt. |
| 20 | Prędkość obrotów anody 3000 obr/min | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 21 | Maksymalny zasięg ramienia – odległość ognisko - kolumna aparatu min 120 cm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 22 | Rodzaj ramienia mocującego lampę: teleskopowy/przegubowy | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 23 | Wysokość aparatu złożonego do transportu max.150 cm | TAK, podać |  | ≤ 130 cm – 5 pkt.  większe wartości -0 pkt. |
| 24 | Aparat wyposażony we własny zespół napędowy zasilany  z akumulatorów, umożliwiający zmotoryzowane przemieszczanie się urządzenia | TAK |  | Bez punktacji |
| 25 | Max. prędkość jazdy (w przód/tył) min. 1.4m/s | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 26 | Możliwość pokonywania wzniesień min. 5 ˚ | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 27 | System zabezpieczeń przed najazdem na przeszkodę | TAK |  | Bez punktacji |
| 28 | Sterowanie przesuwu przód/tył od strony lampy rtg/kolimatora | TAK |  | Bez punktacji |
| 29 | System zdalnego bezprzewodowego sterowania ekspozycją | TAK |  | Bez punktacji |
| 30 | Detektor mobilny bezprzewodowy | TAK |  | Bez punktacji |
| 31 | Typ i budowa płaskiego detektora cyfrowego CsI/a-Si | TAK |  | Bez punktacji |
| 32 | Rozmiar detektora min. 35x42 cm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 33 | Wielkość piksela max. 150 µm | TAK, podać |  | ≤ 125 µm – 5 pkt.  większe wartości – 0 pkt |
| 34 | Rozdzielczość min. 3.3lp/mm | TAK, podać |  | ≥ 4,0 lp/mm – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 35 | Wytrzymałość detektora na całej powierzchni min. 250 kg | TAK, podać |  | ≥ 300 kg – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 36 | Wytrzymałość detektora punktowa min. 80 kg | TAK, podać |  | ≥ 100 kg – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 37 | DQE przy 0,0 pl/mm min. 70 % | TAK, podać |  | ≥ 74 % – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 38 | Liczba bitów przetwarzania min. 14 bitów | TAK, podać |  | ≥ 16 bitów – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 39 | Wewnętrzna pamięć panelu min 50 obrazów | TAK, podać |  | ≥ 90 obrazów – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 40 | Waga panelu max. 4 kg | TAK, podać |  | ≤ 2,5 kg – 5 pkt.  większe wartości – 0 pkt |
| 41 | Klasa wodoodporności min. IPX 3 | TAK, podać |  | ≥ IPX6 – 5 pkt.  IPX3 – 0 pkt |
| 42 | Detektor wyposażony w min. 2 baterie | TAK |  | Bez punktacji |
| 43 | Automatyczne ładowanie detektora i baterii w aparacie | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 44 | Wskaźnik naładowania baterii detektora w detektorze | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 45 | Obsługa systemu obrazowego z monitora konsoli zintegrowanego z aparatem | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 46 | Monitor menu oraz do przeglądania obrazów typu LCD min. 10” | Tak, podać |  | ≥ 19” – 5 pkt.  mniejsze wartości – 0 pkt |
| 47 | Czas od akwizycji do pojawienia się obrazu referencyjnego na monitorze aparatu max. 5 sek. | TAK, podać |  | ≤ 3 sek. – 5 pkt.  większe wartości – 0 pkt |
| 48 | Wybór parametrów obróbki obrazu | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 49 | Liczba obrazów zapamiętywana na dysku twardym (w pełnej matrycy) min. 3000 | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 50 | Regulacja okna obrazu | TAK |  | Bez punktacji |
| 51 | Zoom min. 2 razy, automatyczna redukcja szumów, automatyczna regulacja kontrastów | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 52 | Automatyczna redukcja szumów | TAK |  | Bez punktacji |
| 53 | Automatyczna regulacja kontrastów | TAK |  | Bez punktacji |
| 54 | Zarządzanie bazą pacjentów i badań | TAK |  | Bez punktacji |
| 55 | Oprogramowanie do eliminacji promieniowania rozproszonego (wirtualna kratka przeciwrozproszeniowa) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| 56 | Współpraca ze standardem DICOM, obsługą protokołów: worklist manager(WLM),storage, MPPS,DICOM storage commitment: - możliwość samodzielnej zmiany przez zamawiającego konfiguracji sieciowej i listy serwerów pacs - automatyczne wybieranie badań na podstawie procedury serwera listy roboczej i możliwość samodzielnej edycji przez użytkownika | TAK |  | Bez punktacji |
| 57 | Interfejs sieciowy przewodowy lub bezprzewodowy | TAK, podać |  | Przewodowy – 0 pkt.  Bezprzewodowy – 5 pkt. |
| 58 | Waga aparatu max. 480kg | TAK, podać |  | ≤ 450 kg – 5 pkt.  większe wartości – 0 pkt |
| 59 | Miernik dawki DAP zintegrowany z kolimatorem | TAK |  | Bez punktacji |
| 60 | Filtr transparentny do badań pediatrycznych min. 1mmAl +0,1mmCu | TAK |  | Bez punktacji |
| 61 | Dodatkowa osłona detektora z uchwytem i kratką przeciwrozproszeniową | Tak, podać |  | Bez punktacji |
| **III** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** |  |  |  |
| 1 | Wykonanie w cenie oferty testów akceptacyjnych i specjalistycznych | TAK |  | Bez punktacji |
| 2 | Wszystkie czynności związane z odbiorem aparatu RTG przez Sanepid po stronie wykonawcy, na podstawie udzielonego pełnomocnictwa. | TAK |  | Bez punktacji |
| 3 | Wykonanie w cenie oferty szkolenia techników i lekarzy w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu | TAK |  | Bez punktacji |
| 4 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana z aparatem | TAK |  | Bez punktacji |
| 5 | Pełna gwarancja na oferowany aparat rtg (z lampą rtg)  min. 24 miesięcy | TAK |  | Bez punktacji |
| 6 | Główne podzespoły aparatu RTG (lampa rtg, generator, mechanika) muszą być wyprodukowane przez tego samego wytwórcę. | TAK, załączyć odpowiednie dokumenty  (tj. materiały producenta) potwierdzające spełnienie wymagania |  | Bez punktacji |
| 7 | Podłączenie aparatu do posiadanego przez Zamawiającego systemu INFINITT PACS | TAK |  | Bez punktacji |
| 8 | Zamawiający wymaga integracji urządzenia ze szpitalnym systemem PACS minimum w zakresie: DICOM STORAGE, DICOM Q/R, DICOM MODALITY WORKLIST | TAK |  | Bez punktacji |
| 9 | Zamawiający wymaga dostarczenia kluczy licencyjnych | TAK |  | Bez punktacji |

1. Wartości określone w wymaganiach jako ,,TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Kolumna ,,Parametr oferowany” musi być w całości wypełniona.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

**Pakiet Nr 2 – Ortopedyczne wyposażenie medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | **Stawka VAT** | **Wartość netto w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1. | Szyna CPM do barku | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Szyna CPM do kończyny dolnej | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pozycjoner do operacji protezoplastyki kolana | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | Podważki do operacji protezoplastyki bioder i kolan | zestaw | 1 |  |  |  |  |  |
| 5. | Zacisk pneumatyczny (z mankietami) | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
| 6. | Aparat ortopedyczny wyciągowy Sokołowskiego | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
| 7. | System operacyjny stabilizacji zewnętrznej Monotube | komplet | 2 |  |  |  |  |  |
| 8. | Podnośnik elektryczny do przekładania pacjenta | zestaw | 1 |  |  |  |  |  |
| 9. | Kule łokciowe, ortezy kręgosłupowe, barkowe, biodrowe, kolanowe oraz stawu skokowego | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | | |  |  |

**W przypadku zastosowania różnych stawek VAT należy dołączyć formularz z rozbiciem cen na poszczególne stawki VAT.**

**Wymagane warunki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  (wartości minimalne wymagane) | **Parametr**  **wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania formalno-techniczne dotyczące poniższego sprzętu i wyposażenia:** | **Tak** |  |
| 1. | W okresie trwania gwarancji Wykonawca przeprowadzi min. raz w roku przegląd techniczny – zgodnie z zaleceniami producenta. | Tak |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. (dotyczy sprzętu medycznego) | Tak |  |
| 3. | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia(dotyczy sprzętu medycznego) :  a) nie wymagającej importu części - nie dłużej niż 2 dni robocze  b) wymagającej importu części - nie dłużej niż 10 dni roboczych | Tak |  |
| 4. | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem(dotyczy sprzętu medycznego). Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia. | Tak |  |
| 5. | Dostawa, montaż oraz szkolenie w cenie oferty. | Tak |  |
| 6. | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych i akcesoriów – min. 10 lat od daty sprzedaży (dotyczy sprzętu medycznego). | Tak |  |
| 7. | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim (jeśli dotyczy). | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **1. Szyna CPM do barku (komplet)**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | **Zestaw CPM do ćwiczeń biernych stawu barkowego** |  |  |
| 1. | Czas ćwiczenia 1 - 300 min / tryb pracy ciągłej (+/- 5%) | TAK, podać |  |
| 2. | Pauzy 0 - 30 sek | TAK, podać |  |
| 3. | Regulacja prędkości 1 - 100 % | TAK, podać |  |
| 4. | Autorewers przy oporze (silnik A i B oddzielnie) 1 - 25 poz. | TAK, podać |  |
| 5. | Kontrola silników: włączenie / wyłączenie dla ruchów izolowanych - oddzielnie odwodzenie / zginanie lub rotacje | TAK, podać |  |
| 6. | Łączny czas terapii - sumuje poszczególne sesje ćwiczeń | TAK, podać |  |
| 7. | Możliwość resetuje aparat do ustawień fabrycznych | TAK, podać |  |
| 8. | Karty chipowe pacjenta | TAK, podać |  |
| 9. | Odwodzenie / przywodzenie 0° - 30° - 175° | TAK, podać |  |
| 10. | Rotacja wewnętrzna / zewnętrzna 90° - 0° - 90° | TAK, podać |  |
| 11. | Zginanie / prostowanie 0° - 30° - 175° | TAK, podać |  |
| 12. | Odwodzenie / przywodzenie w poziomie (regulacja manualna) 0° - 0° - 120° | TAK, podać |  |
| 13. | Konstrukcja z rurek stalowych malowanych proszkowo | TAK, podać |  |
| 14. | Siedzisko oraz oparcie z materiału łatwościeralnego | TAK, podać |  |
| 15. | Zabezpieczenie antypoślizgowe | TAK, podać |  |
| 16. | Z tyłu dwa koła | TAK, podać |  |
| 17. | Regulowane oparcie oraz zagłówka | TAK, podać |  |
| 18. | Menu w języku polskim | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **2. Szyna CPM do kończyny dolnej (komplet)**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | **Zestaw CPM i CAM do ćwiczeń stawu biodrowego i kolanowego** |  |  |
| 1. | Lekki (17 kg) o solidnej budowie, wytrzymały ± 30 kg stałej siły | TAK, podać |  |
| 2. | Konstrukcja zapewniająca zgodne anatomicznie ruchy szyny dzięki zastosowaniu specjalnego układu kinematycznego | TAK, podać |  |
| 3. | Możliwość zamocowania do leżanki lub łóżka za pomocą elementów ramy / lub pasów | TAK, podać |  |
| 4. | Wbudowany sensor odczytuje i mierzy siłę wyprostu i zgięcia kończyny pacjenta podczas ćwiczeń | TAK, podać |  |
| 5. | Komputer sterujący pracą silnika umożliwia dokładną kontrolę ruchu aktywnego CAM i ćwiczeń koordynacji | TAK, podać |  |
| 6. | Wewnętrzny moduł do synchronizacji elektrostymulacji | TAK, podać |  |
| 7. | Szyna pozwala na dostosowanie do różnych rozmiarów i wzrostu pacjenta | TAK, podać |  |
| 8. | Interaktywny pilot sterujący wyposażony w duży, kolorowy ekran typu LED | TAK, podać |  |
| 9. | Menu z systemem ikon | TAK, podać |  |
| 10. | Sekwencyjne programy terapii dostosowane do rodzajów schorzeń i typów operacji | TAK, podać |  |
| 11. | Menu w języku polskim | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **3. Pozycjoner do operacji protezoplastyki kolana (komplet)**  Oferowany model/nazwa handlowa ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | Pozycjoner do kończyny dolnej. | TAK, podać |  |
|  | Umożliwia bezpieczne ustawienie kończyny w dowolnej pozycji podczas zabiegu. | TAK, podać |  |
|  | Posiada mechanizm zaciskowy umożliwiający przechylanie, rotowanie | TAK, podać |  |
|  | System zapewnia niezależne od siebie ustawienie pochylenia, rotacji kończyny dolnej pacjenta oraz zgięcia lub wyprostu kończyny w stawie kolanowym. | TAK, podać |  |
|  | Składa się z płyty bazowej - niesterylnej o wymiarach 50,80cm x 26,70cm ( +/- 2 %) montowanej do stołu operacyjnego typowym zaciskiem śrubowym. | TAK, podać |  |
|  | Do płyty podstawnej mocowana jest część wspierająca stopę pacjenta w sposób pozwalający na dowolną regulację pochylenia, rotacji kończyny oraz stopnia zgięcia/wyprostu stawu kolanowego. | TAK, podać |  |
|  | Łączenie odbywa się za pomocą zatrzasku, który może być łatwo zwolniony w celu ręcznego manewrowania kończyną pacjenta. | TAK, podać |  |
|  | Pozycja jest blokowana za pomocą trzech zacisków śrubowych - szybkoblokujących (w trzech płaszczyznach). | TAK, podać |  |
|  | Wszystkie elementy systemu przystosowane są do sterylizacji parowej i gazowej. | TAK, podać |  |
|  | W skład zestawu wchodzi: płyta bazowa, płyta nośna, uchwyt do unieruchomienia kończyny dolnej, wykonanie z włókna węglowego | TAK, podać |  |
|  | Regulację rozciągania / zginania można wykonać za pomocą szybkiego zwolnienia zapadki. | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **4. Podważki do operacji protezoplastyki bioder i kolan (zestaw)**  Oferowany model/nazwa handlowa ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | **Retraktor panewkowy** |  |  |
|  | Retraktor panewkowy do chirurgii biodra z pojedynczym zębem szt 2 | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita 34,9cm, szerokość ostrza 22,3mm, głęboki | TAK, podać |  |
|  | Wykonany ze stali chirurgicznej | TAK, podać |  |
|  | **Modyfikowany retraktor typu Hohmann** |  |  |
|  | Długie ostrze przeznaczone do umieszczenia wokół, na lub przez strukturę kostną, a następnie cofnięte w celu wycofania tkanki. | TAK, podać |  |
|  | Wyprofilowany uchwyt umożliwiający lepszą dźwignie i wizualizację pola operacji | TAK, podać |  |
|  | Możliwość użycia ciężarków do przytrzymania | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita 24,5 cm (+/-3%) | TAK, podać |  |
|  | Szerokość ostrza 21mmx (+/-3%) | TAK, podać |  |
|  | **Rozszerzacz piszczelowo-udowy** |  |  |
|  | Zaopatrzony w poziome rowkowane podkładki z mechanizmem z mechanizmem blokującym. | TAK, podać |  |
|  | Wykonany ze stali chirurgicznej | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita 25,4cm (+/- 3 %) | TAK, podać |  |
|  | Wielkość szczęk 22mmx13mm (+/- 3%) | TAK, podać |  |
|  | Rozwarcie szczęk 45 mm (+/-3%) | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **5. Zacisk pneumatyczny (z mankietami) - komplet**  Oferowany model/nazwa handlowa ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | 2 kanały (4 porty dla 2 podwójnych lub pojedynczych mankietów) | TAK, podać |  |
|  | Ekran dotykowy typu LED | TAK, podać |  |
|  | Ustawienia za pomocą przycisków dotykowych | TAK, podać |  |
|  | Zapis operacji: data, godzina, ciśnienie | TAK, podać |  |
|  | Czujnik do sprawdzania ciśnienia okluzji kończyny i automatycznego ustawiania optymalnego ciśnienia | TAK, podać |  |
|  | Autotest ciśnienia i kontrola systemu | TAK, podać |  |
|  | Samodzielna kalibracja czujnika ciśnienia powietrza | TAK, podać |  |
|  | Zacisk wyposażony w system alarmowy (mankiet, ciśnienie, bateria, czas) | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana bateria | TAK, podać |  |
|  | W komplecie mankiety z możliwością przeprowadzenia sterylizacji. | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne ciśnienie: 800 mmHg (+/- 5%) | TAK, podać |  |
|  | Napięcie: AC 100-240 V - 50/60 Hz | TAK, podać |  |
|  | Pobór mocy: 50 W | TAK, podać |  |
|  | Zakres czasu: 5-180 min. (+/- 5%) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary kompresora: 170 x 210 x 260 mm, (+/-5%) | TAK, podać |  |
|  | Waga: do 3 kg. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie zestawu min:  1 szt Pojedynczy mankiet bez uciskania 61x9 cm  1 szt Pojedynczy mankiet bez uciskania 80x9 cm  1 szt Mankiet pojedynczy stożkowy bez uciskania 90x12 cm  1 szt Mankiet bez uciskania podwójny 57x10 cm  1 szt Podwójny mankiet bez uciskania 80x15 cm  1 szt przewód zasilający | TAK, podać |  |
|  | Czujnik LOP | TAK, podać |  |
|  | Dedykowany wózek pod aparaturę, wyposażony w koszyk na akcesoria, co najmniej 5 kółek w tym 2 z chamulcem. | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **6. Aparat ortopedyczny wyciągowy Sokołowskiego (komplet)**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Aparat oparty na stabilnej podstawie stojącej na podłodze, podstawa pięcioramienna zapewniająca stabilność aparatu w pozycji horyzontalnej | TAK, podać |  |
| 2. | Regulacja wysokości żurawia w zależności od wielkości przedramienia | TAK, podać |  |
| 3. | Możliwość zmiany kąta nachylenia żurawia 0°-95° (+/- 5˚) | TAK, podać |  |
| 4. | Regulacja wysokości kolumny aparatu 400mm (+/- 30mm) | TAK, podać |  |
| 5. | Podpórka pod ramię z regulacją obrotową | TAK, podać |  |
| 6. | Regulacja siły wyciągowej mechanizmem śrubowym min.200mm | TAK, podać |  |
| 7. | Urządzenie umożliwiające rotację przedramienia i dłoni przegubem kulowym jak również pozwalające zablokować klamrę wyciągową w dowolnym położeniu. | TAK, podać |  |
| 8. | Aparat wykonany z rur i prętów ze stali kwasoodpornej polerowanej | TAK, podać |  |
| 9. | Klamra wyciągowa w kształcie podkowy do chwytu dłoni za palce | TAK, podać |  |
| 10. | Osłona chwytu za palce wykonana z profilowanej miękkiej gumy silikonowej uniemożliwiającej wyślizgnięcie się palców w trakcie zabiegu | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **7. System operacyjny stabilizacji zewnętrznej Monotube (komplet)**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | Stabilizator zewnętrzny typu Monotube na ramię i podudzie, kodowany kolorystycznie. | TAK, podać |  |
|  | Stabilizator wyposażony w podwójny system dynamizacji :kołnierz dynamizacyjny oraz regulowana biospręzyna, pozwalająca na indywidualny dobór kompresji uzależniony od typu złamania i masy ciała pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany system dystrakcyjno -kompresyjny. | TAK, podać |  |
|  | Tuba dynamiczna ø20 mm o długości 250-350 mm i zakresie dynamizacji 100mm z dwiema klamrami multifunkcyjnymi na 4 groty . | TAK, podać |  |
|  | Na końcach tulei wymienne uszczelki zapobiegające przypadkowemu zsunieciu się klamer zaciskowych. | TAK, podać |  |
|  | Klamra multifunkcyjna ø20 mm , na 4 groty , możliwość zstaosowania adapera zmiennokątowego, szt 2 | TAK, podać |  |
|  | Grotowkręty kostne ( ø4-5 mm, dł. 90-250 mm), samogwintujące, samowiercące. Wykonane ze stali austenitycznej | TAK, podać |  |
|  | Klucz dynamometryczny | TAK, podać |  |
|  | Klucz dynamizacyjny | TAK, podać |  |
|  | Łącznik stabilizatora typu Monotube | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **8. Podnośnik elektryczny do przekładania pacjenta (zestaw)**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Podnośniki do łatwego transportu i podnoszenia pacjentów | TAK, podać |  |
| 2. | Konstrukcja umożliwia łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi | TAK, podać |  |
| 3. | Rama jezdna jest ruchoma i umożliwia płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności | TAK, podać |  |
| 4. | Podnośniki wyposażone w przycisk awaryjny i sterowanie za pomocą intuicyjnego pilota | TAK, podać |  |
| 5. | Przeznaczony dla pacjentów o wadze maksymalne minimum 190 kg | TAK, podać |  |
| 6. | Wymienny akumulator | TAK, podać |  |
| 7. | Automatyczny rozstaw kół | TAK, podać |  |
| 8. | W zestawie wieszak przestrzenny lub płaski do wyboru na etapie dostawy oraz wieszak ośmiopunktowy przeznaczony dla pacjentów z urazami kończyn dolnych/górnych | TAK, podać |  |
| 9. | W zestawie 3 nosidła do pozycji półsiedzącej (wymiary do wyboru na etapie realizacji) oraz 1 nosidło 8-punktowe do pozycji horyzontalnej | TAK, podać |  |
| 10. | Podnośnik współpracujący z łóżkami posiadanymi na oddziale łóżkami typu vida. | TAK, podać |  |
| 11. | Możliwość przejazdu przez drzwi o szer. 100 cm | TAK, podać |  |
| 12. | Wysokość podstawy max 13cm | TAK, podać |  |

**9. Kule łokciowe, ortezy kręgosłupowe, barkowe, biodrowe, kolanowe oraz stawu skokowego. (komplet)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Orteza biodra (1 szt. prawy +1 szt. lewy)**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | Występuje jako prawy/lewy | TAK, podać |  |
|  | Obwód w pasie: 75-125 cm | TAK, podać |  |
|  | Obwód uda 5 cm poniżej pachwiny 40-70 cm | TAK, podać |  |
|  | Całkowita długość ortezy:  min: 53 cm max: 67 cm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika do 75kg | TAK, podać |  |
|  | Regulacja przeprostu zabezpieczonego stawu w zakresie: -15 i -30 stopni | TAK, podać |  |
|  | Wyposażona w kosz biodrowy, opaskę udową, jednoosiową szynę boczną z regulacją kąta zgięcia i wyprostu co 15 stopni. | TAK, podać |  |
|  | Regulowana długość szyny | TAK, podać |  |
|  | Regulacja kąta zgięcia i wyprostu | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Orteza barkowa - Kamizelka obojczykowo-barkowa**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Strona uniwersalna | TAK, podać |  |
| 2. | Obwód klatki piersiowej  S-60-75cm, M-75-90cm,  L90-105cm, XL-105-120cm, XXL-120-135cm | TAK, podać |  |
| 3. | Zakres ruchomości w stawie łokciowym 90st-120st | TAK, podać |  |
| 4. | Wykonana trójwarstwowej kompozycji laminowanej | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Orteza kręgosłupowa - Kołnierz ortopedyczny**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Wykonywany w 3 rozmiarach  – S (dziecięcy) obwód 24-30 cm  – M (damski) obwód 30-38 cm  – L (męski) obwód 38-46cm | TAK, podać |  |
| 2. | Kołnierz wykonany z pianki polietylenowej. | TAK, podać |  |
| 3. | Wsporniki żuchwy i potylicy | TAK, podać |  |
| 4. | Możliwa regulacja obwodów i indywidualne ustawienie wysokości podparcia | TAK, podać |  |
| 5. | Łatwy w utrzymaniu czystości | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Orteza stawu skokowego - Orteza na stopę i goleń**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020)…………………………………………………… | | | |
| 1. | Orteza na stopę i goleń z amortyzującą podeszwą, wyciąganą wkładką i zapięciem | TAK, podać |  |
| 2. | Miękka i komfortowa wyściółka | TAK, podać |  |
| 3. | Możliwość dopasowania za pomocą pasów | TAK, podać |  |
| 4. | Stabilizator niskoprofilowy | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Orteza kręgosłupowa - Orteza tłowia**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Strona uniwersalna | TAK, podać |  |
| 2. | Obwód bioder w najszerszym miejscu, rozmiar uniwersalny 65-145 cm | TAK, podać |  |
| 3. | Całkowita wysokość ortezy:  przód: 4 cm, tył: 5 cm, peloty boczne: 10 cm | TAK, podać |  |
| 4. | Peloty odciążające wykonane z grubej, bardzo elastycznej pianki neoprenowej wyposażonej jednostronnie w funkcję samoszczepną. | TAK, podać |  |
| 5. | Wyposażona w napinacz pozwalający na bezstopniową regulację kompresji ortezy. | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Orteza kolanowa - Aparat szynowo-uciskowy na goleń i udo**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Występuje jako rozmiar uniwersalny | TAK, podać |  |
| 2. | Wykonany z dwóch szyn z regulacją długości do kąta zgięcia i wyprostu. | TAK, podać |  |
| 3. | System czterech pasków regulowanych przy pomocy klamer i rzepów | TAK, podać |  |
| 4. | Blokada przy ustawieniu ortezy | TAK, podać |  |
| 5. | Odciążenie maks. 150 kg | TAK, podać |  |
| 6. | Wykonany z dwóch szyn z regulacją długości (do oraz kąta zgięcia i wyprostu | TAK, podać |  |
| 7. | Chroni przed przeprostem | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Orteza kręgosłupowa - Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Wykonana z przewiewnej bawełnianej gumy ortopedycznej umożliwiającej swobodne oddychanie skóry | TAK, podać |  |
| 2. | Wysokość ok 35 cm | TAK, podać |  |
| 3. | System taśm zapinających umożliwia dopasowanie siły docisku do indywidualnych potrzeb pacjenta | TAK, podać |  |
| 4. | Przeznaczony jest do stabilizacji oraz unieruchomienia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego | TAK, podać |  |
| 5. | Dostępne rozmiary (obwód pasa):  S 60-70; M 70-80; L 80-90; XL 90-100; XXL100 – 120; XXXL 120 – 135 | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Kule łokciowe**  Oferowany model/nazwa handlowa: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
| 1. | Kule łokciowe w komplecie 2 szt. (lewa i prawa) | TAK, podać |  |
| 2. | Ergonomiczny kształt podparć | TAK, podać |  |
| 3. | Miękkie, zwiększające komfort podparcie przedramienia | TAK, podać |  |
| 4. | Łatwa w przystosowaniu do wzrostu użytkownika | TAK, podać |  |
| 5. | Możliwe długości od 690 do 990 mm – 14 stopni co 25 mm (+/- 5 mm) | TAK, podać |  |
| 6. | Kule zakończone nasadką antypoślizgową | TAK, podać |  |
| 7. | Waga 450 g (+/- 50 g) | TAK, podać |  |

**Wartości określone w wymaganiach jako „tak” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem ofert. Kolumna „parametr oferowany” musi być w całości wypełniona. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.**

**Pakiet Nr 3 – Videobronchoskop**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | **Stawka VAT** | **Wartość netto w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1. | Videobronchoskop | sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | | |  |  |

**W przypadku zastosowania różnych stawek VAT należy dołączyć formularz z rozbiciem cen na poszczególne stawki VAT.**

**Wymagane warunki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  (wartości minimalne wymagane) | **Parametr**  **wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania formalno-techniczne dotyczące poniższego sprzętu i wyposażenia:** | **Tak** |  |
| 1. | W okresie trwania gwarancji Wykonawca przeprowadzi min. raz w roku przegląd techniczny – zgodnie z zaleceniami producenta. | Tak |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. (dotyczy sprzętu medycznego) | Tak |  |
| 3. | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia(dotyczy sprzętu medycznego) :  a) nie wymagającej importu części - nie dłużej niż 2 dni robocze  b) wymagającej importu części - nie dłużej niż 10 dni roboczych | Tak |  |
| 4. | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem(dotyczy sprzętu medycznego). Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia. | Tak |  |
| 5. | Dostawa, montaż oraz szkolenie w cenie oferty. | Tak |  |
| 6. | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych i akcesoriów – min. 10 lat od daty sprzedaży (dotyczy sprzętu medycznego). | Tak |  |
| 7. | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim (jeśli dotyczy). | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje  (wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **1. Videobronchoskop**  Oferowany model/nazwa handlowa ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji (nie starszy niż 2020) …………………………………………………… | | | |
|  | Chip CCD wbudowany w końcówkę endoskopu z obrazowaniem w pełnej wysokiej rozdzielczości | TAK, podać |  |
|  | Średnica kanału biopsyjnego: min. 2,8mm | TAK, podać |  |
|  | Średnica zewnętrzna sondy wziernikowej: max 6,4mm | TAK, podać |  |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki wziernika: max 6,1mm | TAK, podać |  |
|  | Długość robocza sondy wziernikowej: min. 600 mm | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita maks. 880 mm | TAK, podać |  |
|  | Pole widzenia: min. 120˚ | TAK, podać |  |
|  | Głębia ostrości: min. 3-100 mm | TAK, podać |  |
|  | Zagięcie końcówki sondy wziernikowej:  - góra/dół: min. 180˚/130˚ | TAK, podać |  |
|  | Dowolnie programowalne przyciski sterujące na głowicy endoskopowej , z możliwością przypisania funkcji sterującej procesora : min. 4 przyciski | TAK, podać |  |
|  | Odłączalne przyłącze ssania zintegrowane z regulacyjnym zaworem ssącym | TAK, podać |  |
|  | Wejście do kanału instrumentalnego typu LUER | TAK, podać |  |
|  | Aparat dostosowany do funkcji BAL | TAK, podać |  |
|  | Końcówka sondy dostosowana do zastosowania urządzeń do elektrochirurgii | TAK, podać |  |
|  | Zawór testera szczelności oraz złącze sprzężenia zwrotnego umieszczone w konektorze | TAK, podać |  |
|  | Obrotowy konektor łączący endoskop z procesorem w zakresie 180˚ redukujący ryzyko skręcenia światłowodu | TAK, podać |  |
|  | System z zastosowaniem zabezpieczenia wtyku z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora | TAK, podać |  |
|  | Kompatybilność z funkcją naświetlania laserowego | TAK, podać |  |
|  | Kompatybilność z funkcją obrazowania w wąskich pasmach światła | TAK, podać |  |
|  | Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych przez działaniem środków dezynfekcyjnych | TAK, podać |  |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów | TAK, podać |  |
|  | Możliwość sterylizacji bronchoskopu | TAK, podać |  |
|  | Pełna kompatybilność videobronchoskopu z posiadanym torem wizyjnym typu EPK-3000 | TAK, podać |  |
|  | Podstawowe wyposażenie do mycia i dezynfekcji w tym min.: szczoteczki czyszczące do kanału roboczego – 20 szt., adapter do mycia i dezynfekcji w posiadanej myjni – 1 kpl., tester – 1 kpl., zawór regulacji odsysania jednoraz. uż. - 50 szt. | TAK, podać |  |

**Wartości określone w wymaganiach jako „tak” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem ofert. Kolumna „parametr oferowany” musi być w całości wypełniona. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.**

**Pakiet Nr 4 – Wyposażenie Pracowni Rezonansu Magnetycznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | **Stawka VAT** | **Wartość netto w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1. | **Szafa niemagnetyczna z płyty wiórowej:**  Szafa otwarta ,4 półki z możliwością regulacji wysokości Wymiary wys 2000 mm X 2000mm szer. Głębokość 450 mm | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Reduktor tlenu:**  Dozownik tlenu medycznego DTM (przepływomierz, regulator) do podawania tlenu pacjentowi z możliwością mocowania na butli. Króciec do podłączenia drenu tlenowego.  **Dane techniczne:** Ciśnienie wejściowe: 200 bar Ciśnienie wyjściowe: 4,5 bar | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Kozetka:**   |  |  | | --- | --- | | wymiary (wysokość) | 520mm | | Wymiary (szerokość) | 560mm | | Wymiary (głębokość)  materiał zmywalny | 1880mm | | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | **Stolik do podawania pacjenta:**  Stolik chirurgiczny do instrumentowania z blachy kwasoodpornej STD. Jego wysokość to 90 — 130 cm (mebel wyposażony jest w funkcję regulacji tego parametru), szerokość — 46 cm, głębokość — 63 cm, | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 5. | **Szafa na leki przeszklona ze stali kwasoodpornej:**  Szafka lekarska ze stali nierdzewnej 1-drzwiowa z czterema półkami.  Wymiary (wysokość) 1800mm  Wymiary (szerokość) 600mm  Wymiary (głębokość) 435mm  Grubość blachy 1,0mm  Wymiary wewnętrzne szuflad 34cm  Ilość półek 4 | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 6. | **Szafa na sprzęt jednorazowy, kontrasty ze stali kwasoodpornej:**  Szafka lekarska ze stali nierdzewnej 2-drzwiowa, przeszklona  Wymiary (wysokość) 1800mm  Wymiary (szerokość) 800mm  Wymiary (głębokość) 435mm  Grubość blachy 1,0 mm  Ilość półek 3 | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 7. | **Reduktor tlenu niemagnesujący:**  Dozownik tlenu medycznego DTM (przepływomierz, regulator) do podawania tlenu pacjentowi z możliwością mocowania na butli. Króciec do podłączenia drenu tlenowego.  **Dane techniczne:**  Ciśnienie wejściowe: 200 bar Ciśnienie wyjściowe: 4,5 bar | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 8. | **Wózek siedzący niemagnesujący do transportu chorych w pozycji siedzącej przystosowany do pracy w środowisku MR:**  Wysokość: 960-1065 mm  Szerokość: 645-680 mm  Głębokość: 930-1135 mm  Obciążenie maksymalne: minimum 200 kg  Wózek może być użytkowany w pomieszczeniu rezonansu magnetycznego. Wygodne i trwałe siedzisko, regulacja oparcia rąk, składane oparcie stóp z powłoką antypoślizgową. Hamulec nożny minimum na dwa koła, 2 koła skrętne umożliwiające swobodne manewrowanie. | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| 9. | **Wózek leżący niemagnesujący do transportu pacjentów w pozycji leżącej przystosowana do pracy w środowisku MR:**  Długość całkowita: 1850-2170 mm  Szerokość całkowita: 640-740 mm  Zakres regulacji wysokości leża: minimum 540-920 mm  Udźwig: minimum 200 kg  Wózek może być użytkowany w pomieszczeniu rezonansu magnetycznego, regulacja wysokości przy użyciu mechanizmu hydraulicznego. Blokada kół, koła skrętne umożliwiające swobodne manewrowanie. Wygodny, bardzo trwały materac leża. Uchwyt na butlę tlenową i stojak na kroplówki w standardzie. Barierki boczne z możliwością regulacji. | Sztuka | 1 |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | | |  |  |