**ZAŁĄCZNIK Nr 8 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

1. **Aparat EKG przenośny – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: min. 2024 |  |
|  | Dotykowy ekran min. 7 cali o rozdzielczości 1024 x 600 px. | TAK, podać |  |
|  | Trzy systemy oszczędzania energii (możliwość ich dezaktywowania):  • Możliwość przejścia w tryb czuwania po czasie: 5, 10, 30, 60 minut.  • Możliwość automatycznego wyłączenia urządzenia po upływie: 1, 2, 4 godz. bezczynności.  • Płynna możliwość regulacji jasności wyświetlacza przy pomocy suwaka (nieskokowa). | TAK |  |
|  | Zarządzanie ustawieniami aparatu oparte na menu bocznym. Poszczególne kategorie umieszczone w formie listy po lewej stronie ekranu. Po prawej stronie ekranu okno z zarządzaniem poszczególnymi ustawieniami. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia motywu jasny lub ciemny | TAK |  |
|  | Kompatybilność z systemem elektrod podciśnieniowych (system nie wchodzi w skład zestawu) | TAK |  |
|  | Ekranowy asystent rozmieszczenia elektrod z graficznym wskazaniem jakości sygnału wraz z funkcją wykrywania i wskazywania: odłączonych odprowadzeń oraz luźnych elektrod. | TAK |  |
| 9. | Klawiatura ekranowa na panelu dotykowym - QWERTY | TAK |  |
| 10. | Trzy systemy sygnalizowania niskiego poziomu naładowania akumulatora za pomocą:  • sygnału dźwiękowego,  • ikony na wyświetlaczu,  • diody LED. | TAK |  |
| 11. | Pojemnik na papier mieszczący co najmniej 22,6 metrów bieżących papieru w jednej rolce | TAK, podać |  |
| 12. | Funkcja wykrywania braku papieru w drukarce termicznej: Alarm dźwiękowy i komunikat na ekranie | TAK |  |
| 13. | Kompatybilność wbudowanej drukarki z papierem termicznym w formie rolki o szerokość 111.5 +/- 0.5 mm o średnicach 47mm i mniejszych. | TAK, podać |  |
| 14. | Możliwość wyboru składników raportu co najmniej:  • Informacje o pacjencie  • Data i godzina wykonania badania  • Rodzaj i długość badania  • Login wykonującego badania  • Odprowadzenia EKG  • Pomiary EKG: podstawowe pomiary krzywych EKG  • Wstęga rytmu w badaniu EKG  • Tabela pomiarów: szczegółowe pomiary dla odprowadzenia EKG  • Pole podsumowania  • Oś serca: graficzna reprezentacja osi serca (QRS, T, P) | TAK |  |
| 15. | Dane wyświetlane na ekranie aparatu co najmniej:  • Imię i nazwisko pacjenta,  • Identyfikator pacjenta,  • Godzina,  • Wskaźnik naładowania baterii,  • Powiadomienia, komunikaty ostrzegawcze,  • Zapis krzywych EKG,  • Ciśnienie krwi,  • Waga i wzrost pacjenta,  • Oznaczenia elektrod,  • Ustawienia prędkości, czułości, filtrów, profilu i systemu elektrod,  • Asystent podłączenia elektrod,  • Wskazanie odłączenia elektrod,  • Login wykonującego badanie, | TAK |  |
| 16. | Możliwość dodania własnej interpretacji oraz opinii lekarskiej do badania | TAK, podać |  |
| 17. | Możliwość przenoszenia wykonanych badań pomiędzy pacjentami. | TAK, podać |  |
| 18. | Możliwość ponownego wydruku badania zapisanego w pamięci urządzenia używając innych ustawień drukowania. | TAK |  |
| 19. | Parametry mierzone i drukowane na raporcie: RR, P, PQ(PR), QRS, QT, oś P, oś QRS, oś T, QTc | TAK |  |
| 20. | Analiza w trybie Rytm: śr. HR, max. HR, min. HR, śr. R-R, max. R-R, min. R-R, zliczanie R-R, SDRR, pRR50 | TAK |  |
| 21. | Prędkość wydruku / przesuwu papieru (mm/s): 5, 10, 12.5, 25, 50 | TAK |  |
| 22. | Czułość (mm/mV): 2.5, 5, 10, 20 | TAK |  |
| 23. | 10 fizycznych odprowadzeń | TAK |  |
| 24. | 12 kanałów EKG | TAK |  |
| 25. | W trybie automatycznym niezależny od siebie wybór układów odprowadzeń wyświetlanych na ekranie oraz drukowanych co najmniej: 2x6+0R, 2x6+1R, 1x12+0R, 4x3+0R, 4x3+1R+, 1x6+0R. | TAK |  |
| 26. | Wydruk odprowadzeń w trybie synchronicznym oraz w czasie rzeczywistym (w zależności od wybranego układu) | TAK |  |
| 27. | Możliwość wyboru formatu odprowadzeń i ich wydruku co najmniej: Einthoven, Cabrera. | TAK, podać |  |
| 28. | Możliwość ustawienia zapisu wstecznego co najmniej w przedziale 1-10 sekund z amplitudą 1s. | TAK, podać |  |
| 29. | W trybie ręcznym drukowanie układu: co najmniej 1-4, 6 oraz 12 odprowadzeń. | TAK, podać |  |
| 30. | W trybie automatycznym do wyboru długość zapisu 12-kanałowego EKG spoczynkowego co najmniej (s): 10, 12, 15, 20 | TAK, podać |  |
| 31. | W trybie Rytm: możliwość zapisu co najmniej 20 minutowego 12-kanałowego badania EKG | TAK, podać |  |
| 32. | Wspólna pamięć wewnętrzna pozwalająca na zapis co najmniej 3200 badań / 2000 pacjentów / 100 użytkowników / 50 profili użytkowników. | TAK |  |
| 33. | Wyszukiwanie i sortowanie pacjentów w bazie po: imieniu i nazwisku, PESELu, dacie ostatniego badania. | TAK |  |
| 34. | Możliwość ustawienia dwukrotnie mniejszej czułości elektrod piersiowych | TAK |  |
| 35. | Współpraca z kompleksową platformą medyczną, w której można wykonać i archiwizować zarówno badania EKG z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, holter EKG, holter RR i ergospirometrię oraz telekonsultację badań. Wspólna baza pacjentów dla wszystkich modułów diagnostycznych. Generowanie raportów badań wykonanych urządzeń bezpośrednio na komputer | TAK |  |
| 36. | Zestawy filtrów w trybie Auto:  • Predefiniowany zestaw  • Automatyczny dobór filtrów.  • Możliwość stworzenia własnego zestawu filtrów | TAK |  |
| 37. | Możliwość wyłączenie filtrów | TAK |  |
| 38. | Filtr miopotencjałów (myo): 170 Hz, 90 Hz adaptacyjny, 20 Hz, 25 Hz, 35 Hz. | TAK |  |
| 39. | Filtr przesunięcia (drift): 0.049 Hz, 0.05 Hz, 0.07 Hz Cubic Spline, 0.15 Hz adaptacyjny, 0.25 Hz adaptacyjny, wariancyjny. | TAK |  |
| 40. | Możliwość ponownego filtrowania sygnału | TAK |  |
| 41. | Kabel pacjenta zabezpieczony przed defibrylacją | TAK |  |
| 42. | Zakres częstotliwości pomiaru: 0.049–250 Hz | TAK |  |
| 43. | Cyfrowa rozdzielczość przetwornika: 24 bity | TAK |  |
| 44. | Sprzętowa detekcja impulsu kardiostymulatora o parametrach: 0.1 – 2 ms, 2 – 250 mV, równoważna z 100 000 SPS | TAK |  |
| 45. | Możliwość regulacji punktu +J od +40 do +100 ms | TAK |  |
| 46. | Zakres pomiaru tętna: 30-300 BPM | TAK |  |
| 47. | Dokładność pomiaru tętna: ±10% albo ±5 bpm, w zależności od tego, która wartość jest wyższa | TAK, podać |  |
| 48. | Minimalna ilość wydrukowanych stron raportów na zasilaniu akumulatorowym min. 420 raportów | TAK, podać |  |
| 49. | Minimalny czas wydruku w trybie ręcznym na zasilaniu akumulatorowym: 170 minut | TAK, podać |  |
| 50. | Minimalny czas nieprzerwanego monitorowania sygnału na zasilaniu akumulatorowym: 400 minut | TAK, podać |  |
| 51. | Czas ładowania max. 4 godziny | TAK, podać |  |
| 52. | Wbudowane fabrycznie minimum 3 gniazda USB (5 V, 1 A) służące do podłączenia co najmniej: klawiatura, mysz, drukarka, moduł pamięci do eksportu raportów (PDF) | TAK, podać |  |
| 53. | Możliwość połączenia z komputerem przez: przewód RJ45 | TAK |  |
| 54. | Możliwość współpracy z worklistą systemu szpitalnego (kompatybilne oprogramowanie i jego integracja nie stanowi części zestawu) | TAK |  |
| 55. | Możliwość zmiany formatu daty urodzenia pacjenta. Do wyboru 3 formaty. | TAK |  |
| 56. | Przypisanie ról i uprawnień do każdego użytkownika w celu zabezpieczenia danych i zapobieganiu nieautoryzowanej konfiguracji | TAK |  |
| 57. | Automatyczne wylogowanie użytkownika przy przejściu w tryb czuwania (po określonym czasie braku aktywności) | TAK |  |
| 58. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
| 59. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
| 60. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 61. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

1. **Resuscytator – 2 sztuki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: min. 2024 |  |
|  | Worek samorozprężalny jednorazowy. | TAK |  |
|  | Cienki i lekki resuscytator jednorazowego użytku. | TAK |  |
|  | Specjalna powierzchnia zapewniająca dobrą chwytność podczas użytkowania. | TAK |  |
|  | Zawór pacjenta o konstrukcji jednomembranowej. | TAK |  |
|  | Szybkie napełnianie. | TAK |  |
|  | Złącze na maski obrotowe z możliwością obrotu o 360. | TAK |  |
| 9. | Z zaworem bezpieczeństwa ograniczający ciśnienie w drogach oddechowych (40 cmH₂O) oraz złączem do manometru. | TAK |  |
| 10. | Port M i ochrona przed rozbryzgami. | TAK |  |
| 11. | Możliwość podłączenia wszystkich masek spełniających normę DIN. | TAK |  |
| 12. | Dostępny w wersji dla noworodków, dzieci i dorosłych. | TAK |  |
| 20. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
| 21. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
| 22. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 23. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

1. **Młotek neurologiczny – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Wykonany ze stali nierdzewnej, obręcz gumowa o dużej gęstości. | TAK |  |
|  | Rękojeść ostro zakończona, możliwość wykręcenia końcówki i uzyskania ostrzejszej szpilki. | TAK |  |
|  | Obuch można przekręcić wzdłuż lub w poprzek rękojeści. | TAK |  |
|  | Długość młotka 25cm +/-2 cm | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

1. **Termometr bezdotykowy – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Termometr bezdotykowy na podczerwień do pomiaru temperatury na czole. | TAK |  |
|  | Urządzenie do pomiaru temperatury ciała na podczerwień, o wysokim stopniu dokładności pomiaru i stabilnym działaniu z funkcją alarmu w przypadku podwyższonej temperatury ciała. | TAK |  |
|  | Funkcja pamięci z zachowaniem wartości 32 ostatnich wyników pomiaru. | TAK |  |
|  | Dwa tryby pomiaru temperatury: skala Fahrenheita i Celsjusza, do wyboru. | TAK |  |
|  | Tryb automatycznego oszczędzania energii. | TAK |  |
|  | Czas pomiaru: ≤ 1 sekundy, P | TAK |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD | TAK |  |
|  | Minimalny Zakres pomiaru: temperatura ciała: 22,0°C – 42,9°C / 71,6°F – 109,0°F. | TAK, podać |  |
|  | Minimalny Zakres pomiaru: temperatura powierzchni: 0,0°C – 100,0°C / 32,0°F – 212,0°F. | TAK, podać |  |
|  | Margines błędu pomiaru: w standardowych warunkach otoczenia: ±0,3°C. | TAK, podać |  |
|  | Odległość od miejsca dokonywania pomiaru na czole: 5–10 cm. | TAK, podać |  |
|  | Pobór mocy: ≤ 50mW. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: 148mm × 43mm × 87mm (długość × szerokość × wysokość) +/- 10 mm | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**5) Tablice typu Ishihary dla dzieci – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Testy do badania poczucia widzenia barw (do rozpoznawania ślepoty barw, testy Ishihary). | TAK |  |
|  | Zestaw 24 tablic. | TAK |  |
|  | Trwała obwoluta. | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**6) Tablice Snellena dla dzieci – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Wykonana z trwałego, antystatycznego materiału PCV odpornego na zmywanie typowymi środkami używanymi w medycynie. | TAK |  |
|  | Optotypy naniesione na białe, matowe tło. | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**7) Torba lekarska z wyposażeniem – 1 sztuk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | W komorze głównej co najmniej 5 zamykanych kieszonek, na klapie dwie kieszenie z siatki, zamykane na suwak. | TAK, podać |  |
|  | W dwóch bocznych kieszeniach przegrody segregacyjne, również zamykane na suwak. Kieszeń z przodu na ampułki (co najmniej 14 dużych i co najmniej 22 małe ampułki), dodatkowo opiankowana, by lepiej je chronić podczas transportu. | TAK, podać |  |
|  | Dodatkowa kieszeń z tyłu zamykana na zamek np. na dokumenty. | TAK |  |
|  | Regulowany, odpinany pas nośny z antypoślizgowym naramiennikiem. Uszy z taśmy spinane są rączką. | TAK |  |
|  | Dno torby usztywnione i zabezpieczone gumowymi stopkami. | TAK |  |
|  | Materiał: wnętrze torby wykonane z nylonu łatwego w czyszczeniu. | TAK |  |
|  | Wymiary:  Wysokość: 25 cm+/-2 cm  Szerokość: 23 cm+/-2 cm  Długość: 51 cm+/-2 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga: 0,9 - 1,1 kg | TAK, podać |  |
|  | Pojemność: co najmniej 30 litrów | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**8) Defibrylator AED – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Półautomatyczny defibrylator AED | TAK |  |
|  | Dwufazowy niskoenergetyczny impuls defibrylacyjny korygowany dla impedancji pacjenta | TAK |  |
|  | Nominalna energia defibrylacji: dorośli i dzieci (powyżej 8 lat lub wadze powyżej 25 kg) - 150 J, dzieci i niemowląt (od 0 do 8 lat lub wadze poniżej 25 kg) - 50 J | TAK |  |
|  | Tryb defibrylacji AED dzieci i niemowląt (od 0 do 8 lat lub wadze poniżej 25 kg) automatycznie aktywowany po zastosowaniu odpowiedniego klucza redukującego energię defibrylacji do defibrylacji dzieci i niemowląt (od 0 do 8 lat lub wadze poniżej 25 kg) oraz dostosowujący zestaw poleceń głosowych do sytuacji ratowania pacjentów pediatrycznych | TAK |  |
|  | Komunikaty tekstowe i dźwiękowe w języku polskim | TAK |  |
|  | Możliwość użycia defibrylatora w trybie szkoleniowym automatycznie aktywowanym po podłączeniu elektrod szkoleniowych | TAK |  |
|  | Funkcja wyświetlania ikon i wydawania komunikatów głosowych dotyczących liczby, częstości i głębokości uciśnięć klatki piersiowej oraz momentu wykonania oddechów ratunkowych | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne | TAK |  |
|  | Optyczny i akustyczny sygnał gotowości | TAK |  |
|  | Codzienny automatyczny autotest | TAK |  |
|  | Urządzenie wstrząsoodporne i wodoodporne | TAK |  |
|  | Waga urządzenia z baterią i opakowaniem elektrod poniżej 2 kg | TAK, podać |  |
|  | Stopień ochrony przed działaniem wody oraz ciał stałych: min. IP55 | TAK, podać |  |
|  | Możliwość bezprzewodowej transmisji danych do komputera za pomocą portu podczerwieni | TAK |  |
|  | Samoprzylepne elektrody defibrylacyjne umieszczone w jednorazowym opakowaniu z tworzywa sztucznego, przeznaczone do zastosowania zarówno dla dorosłych dzieci i niemowląt - 1 kpl. | TAK |  |
|  | Bateria litowo-manganowa; żywotność od instalacji w defibrylatorze min. cztery lata; pojemność: w trybach defibrylacji AED min. 200 defibrylacji lub 4 h pracy, w trybie szkoleniowym min. 10 h pracy - 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Torba transportowa wyposażona w zapasowe opakowanie elektrod defibrylacyjnych - 1 szt. | TAK |  |
|  | Zestaw ratowniczy zawierający nożyczki ratownicze, golarka medyczna, rękawiczki nitrylowe L, maska KN95/FFP2, maseczka 3-warstwowa chirurgiczna, gaza jałowa, etui ochronne mieszczące w/w wyposażenie - 1 kpl. | TAK |  |
|  | Klucz defibrylacji AED dzieci i niemowląt - 1 szt. | TAK |  |
|  | System naściennego montażu i oznakowania: wewnętrzne mocowanie naścienne wykonane z przezroczystego tworzywa, komplet 10 szt. plomb zabezpieczających, naścienny symbol defibrylatora AED – zielony, tabliczka z instrukcją użycia defibrylatora AED - zielona - 1 kpl. | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**9) Skaner z podajnikiem do EKG– 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Prędkość dwustronnego skanowania w kolorze do 25 stron na minutę /50 obrazów na minutę | TAK, podać |  |
|  | Automatyczny podajnik dokumentów na 20 arkuszy | TAK |  |
|  | Zasilany poprzez USB 3.0 | TAK |  |
|  | Skaner obsługuje plastikowe karty | TAK |  |
|  | Skanowanie do PDF, pliku, adresu email oraz hosta USB. | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**10) Przenośna mata pomiarowa dla niemowląt i małych dzieci – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Lekka mata pomiarowa dla niemowląt i dzieci do wzrostu 110 cm, z podziałką 5 mm. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru: 10 – 110 cm | TAK |  |
|  | Podziałka: 5 mm | TAK |  |
|  | Ograniczniki głowy i nóg | TAK |  |
|  | Łatwy do utrzymania w czystości materiał | TAK |  |
|  | Niezbędna właściwa certyfikacja medyczna. | TAK |  |
|  | Waga poniżej 0,5 kg | TAK, podać |  |
|  | Wymiar maty 1400 mm x 300 mm ±30 mm | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**11) Bilirubinometr bezinwazyjny – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Wyposażony w stację dokującą do łatwego i szybkiego ładowania urządzenia | TAK |  |
|  | Zintegrowany kalibrator czujnika | TAK |  |
|  | Min. 2000 pomiarów na jednym ładowaniu | TAK, podać |  |
|  | Funkcja pomiaru uśrednionego z 1-5 pomiarów | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy duży i czytelny wyświetlacz LCD o wielkości min. 3", | TAK, podać |  |
|  | Dwie jednostki miary: mg/dl , Mol/l | TAK |  |
|  | Lampa ksenonowa zapewniająca min. 150 000 pomiarów | TAK, podać |  |
|  | Pamięć 100 ostatnich pomiarów | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe (stacja ładowania w zestawie) | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy 0.0 mg/dL - 25.0 mg/Dl, | TAK, podać |  |
|  | Dokładność ±1.5 mg/Dl, | TAK, podać |  |
|  | Jednostki mg/dL lub μmol/L, | TAK, podać |  |
|  | Czas gotowości ok 2s, | TAK, podać |  |
|  | Czas pomiaru ok. 2 sekund, | TAK, podać |  |
|  | Menu urządzenia w języku polskim | TAK |  |
|  | Wbudowane w stacje okienka kontrolne umożliwiające sprawdzenie poprawność kalibracji | TAK |  |
|  | Temperatura pracy 5-40st.C | TAK |  |
|  | Temperatura przechowywania -20-55st.C | TAK |  |
|  | Powtarzalność nie więcej niż 3% | TAK, podać |  |
|  | Sygnalizacja o niskim napięciu | TAK, podać |  |
|  | Funkcja uśredniania wyniku 1-5 (pomiarów) | TAK, podać |  |
|  | Wygaszacz ekranu 1 lub 5 minut | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie sieciowe: AC 100-240V, 50/60Hz | TAK |  |
|  | Moc wyjściowa przy zasilaniu sieciowym 30VA | TAK |  |
|  | Napięcie akumulatora 7,4V | TAK |  |
|  | Napięcie zasilania ładowarki (stacji dokującej) 8,4V 1A | TAK |  |
|  | Żródło światła: lampa ksenonowa | TAK |  |
|  | Żywotność źródła światła nie mniej niż: 150.000 błysków | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

1. **Latarka lekarska – 3 sztuki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Latarka wykonana ze stopu aluminium z włącznikiem stykowym bocznym . | TAK |  |
|  | Dioda LED zapewnia jasne, białe światło oraz niskie zużycie energii | TAK |  |
|  | Pakowana na blistrze, wyposażona w uchwyt na szpatułkę zestaw 2 sztuki baterii AAA/ | TAK |  |
|  | Wyrób zaopatrzony jest w kod kreskowy /EAN/ | TAK |  |
|  | Dostępne w kolorze, srebrnym, niebieskim lub czerwonym | TAK |  |
|  | Wymiary  Max. 12 mm grubość  Max 130 mm długość, | TAK, podać |  |
|  | Oświetlenie minimum 30 lumenów | TAK, podać |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**13) Urządzenie do badania cholesterolu, kwasu moczowego i glukozy wraz z zapasem pasków – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt medyczny fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Funkcja glukometru  Pomiar zawartości glukozy w kapilarnej krwi pełnej pobranej z palca, dłoni lub przedramienia.  Pamięć – do 360 wyników  Wyliczanie średniej z 7, 14, 21 i 28 dni  Zakres pomiarowy 20-600 mg/dL (1,1–33,3 mmol/L) | TAK, podać |  |
|  | Pomiar cholesterolu:  Pomiar całkowitego poziomu cholesterolu w kapilarnej krwi pełnej pobranej z palca/ krwi żylnej/ krwi tętniczej.  Zakres pomiarowy 100-400 mg/dL (2,59-10,35 mmol/L)  Pamięć – do 50 wyników | TAK, podać |  |
|  | Pomiar kwasu moczowego:  Pomiar całkowitego poziomu kwasu moczowego w kapilarnej krwi pełnej pobranej z palca/ krwi żylnej/ krwi tętniczej.  Zakres pomiarowy 3-20 mg/dL (0,18–1,19 mmol/L)  Pamięć – do 50 wyników | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany wyrzutnik pasków | TAK |  |
|  | Pakiet startowy pasków w ilości minimum 50 szt. | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2024 poz. 1620) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty)