**Zadanie 1. Akcesoria do ssaków usznych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2020. | Tak |  |
|  | Końcówki do ssaków usznych bez wentylka | Tak |  |
|  | Ilość:   * ssak uszny nr 3, długość 70 mm – 10 szt. * ssak uszny nr 4, długość 70 mm – 10 szt. | Tak |  |
|  | Końcówki wykonane ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Metody sterylizacji:   * autoklaw 134 st. C * sterylizacja gazowa tlenkiem etylenu | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie końcówki na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 2. Urządzenie do fototerapii i celowanych terapii fotodynamicznych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2020. | Tak |  |
|  | Urządzenie do fototerapii i celowanych terapii fotodynamicznych | Tak |  |
|  | Urządzenie ręczne | Tak |  |
|  | Urządzenie do fototerapii działające w oparciu o zasadę foto-biomodulacji procesów komórkowych w skórze. | Tak |  |
|  | Parametry urządzenia: | Tak |  |
|  | Diody laserowe emitujące wiązkę o długości 635nm | Tak |  |
|  | Światło LED – 36 diod LED w 4 kolorach:   * fioletowym UV 395nm * niebieskim 470nm * zielonym 525nm * czerwonym R 650nm | Tak |  |
|  | Opcja pulsującego pole magnetycznego 10mT | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do celowanych terapii fotodynamiczna przy zastosowaniu:   * bio-chromoforu - substancji światłoczułej * światła o właściwej długości fali świetlnej charakterystycznej dla danego bio-chromoforu * zaawansowanych składników aktywnych dedykowanych - celowanych na konkretny problem skóry. | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport techniczny urządzenia | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |

**Zadanie 3. Unit diagnostyczno-stomatologiczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: minimum 2020. | Tak |  |
|  | Unit diagnostyczno-stomatologiczny | Tak |  |
|  | Typ unitu: | Tak. Unit dwusystemowy: pneumatyczno-elektryczny – 20 pkt.  Unit jednosystemowy: pneumatyczny lub elektryczny – 0 pkt. |  |
|  | Moduły obrotowe/uchylne: | Tak  Wokół podstawy fotela: konsoleta lekarska, lampa zabiegowa, blok spluwaczki i instrumentarium asysty – 20 pkt,  Wokół bloku spluwaczki i bloku spluwaczki zainstalowany nieruchomo – 0 pkt. |  |
|  | Fotel pacjenta: | Tak |  |
|  | * anatomiczny kształt tapicerki | Tak |  |
|  | * tapicerka gładka, łatwo zmywalna, do wyboru z minimum 10 kolorów | Tak |  |
|  | * pianka tapicerki z pamięcią | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | * szybki montaż i demontaż tapicerki siedziska i oparci bez udziału serwisu | Tak |  |
|  | * blokowany mechanicznie zagłówek chirurgiczny dopasowujący się do pozycji głowy pacjenta | Tak |  |
|  | * opcja odwracania zagłówka umożliwiająca przyjęcie pacjenta na wózku inwalidzkim | Tak |  |
|  | * kształt podstawy i tapicerki fotela umożliwiające nieskrępowany dostęp do pacjenta | Tak |  |
|  | * tapicerka oparcia ultra cienka, max. 35mm, oraz węższa w górnej części | Tak |  |
|  | * 2 podłokietniki min. dwupozycyjne (podparcie Pacjenta oraz złożenie ułatwiające dostęp do Pacjenta) | Tak |  |
|  | * sterowanie ruchami fotela dzięki na panelu na konsolecie oraz z panelu asysty | Tak |  |
|  | * programowanie i przywoływanie minimum 4 pozycji, w tym minimum 2 zabiegowych | Tak |  |
|  | * automatyczna blokada fotela po podniesieniu rękawa końcówki roboczej | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | * najazdowy awaryjny wyłącznik ruchu fotela | Tak |  |
|  | * siłownik unoszący fotel (hydrauliczny lub elektryczny) | Tak |  |
|  | * osobne siłowniki dla siedziska i oparcia | Tak |  |
|  | * bezpieczne podnoszenie pacjenta o masie min. 180 kg w zakresie wys. min. 380-800 mm | Tak  bez konieczności przykręcania podstawy do podłogi – 10 pkt., konieczność przykręcania podstawy do podłogi – 0 pkt. |  |
|  | * podstawa i konstrukcja nośna wykonane z metalu | Tak |  |
|  | * zasilacz min.300W, zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |
|  | * możliwość instalacji modułów unitu na fotelu dla prawo i lewo ręcznych operatorów ze swobodnym przemieszczeniem wkoło fotel bez udziału serwisu | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | * dedykowana (zgrana w kształcie i kolorze podstawy, nie uniwersalna) skrzynka przyłączeniowa mediów z możliwością odłączenia – w celu poszerzenia możliwości instalacyjnych z zachowaniem estetyki sprzętu | Tak |  |
|  | Konsoleta Lekarza: | Tak |  |
|  | * w wersji jezdnej, tzw. Kart | Tak |  |
|  | * łatwa dezynfekcja, gładkie powierzchnie | Tak |  |
|  | * taca sterylizowalna w autoklawie, min. wymiary tacy 240 x340 mm (+/- 10%) | Tak |  |
|  | * uchwyt z możliwością dezynfekcji i zastosowania osłon barierowych | Tak |  |
|  | * panel sterowania, z możliwością dezynfekcji i zastosowania osłon barierowych, (sterowanie pozycją fotela i z pamięcią ustawień minimum 4 pozycji, w tym minimum 2 zabiegowych) | Tak |  |
|  | * regulacja sprayu na instrumentach | Tak |  |
|  | * system antyretrakcyjny rękawów | Tak |  |
|  | * zamknięty obwód wody destylowanej dla instrumentów z butelką min. 0,7 l | Tak |  |
|  | * moduły instrumentów podawanych „od dołu” (tzw. system rękawów "od dołu”) | Tak |  |
|  | * 5 modułów w dowolnej kolejności: | Tak |  |
|  | * + moduł dmuchawki: (rękaw + autoklawowalna dmuchawka trzyfunkcyjna + min. 2 dysze) | Tak |  |
|  | * + moduł powietrzny ze światłem: (rękaw turbinowy typu MIDWEST z zasilaniem) | Tak |  |
|  | * + moduł elektryczny mikrosilnika ze światłem: (rękaw + mikrosilnik bezszczotkowy z żarówką LED) | Tak |  |
|  | * + moduł elektryczny skalera: (rękaw + skaler piezoelektryczny) | Tak |  |
|  | * + dodatkowy moduł elektryczny mikrosilnika ze światłem: (rękaw + mikrosilnik bezszczotkowy z żarówką LED) | Tak |  |
|  | * mikorsilnik / mikrosilniki o parametrach: | Tak |  |
|  | * + masa: do 60g | Tak |  |
|  | * + moc: min. 55W | Tak |  |
|  | * + moment obrotowy: min. 3Ncm | Tak |  |
|  | * + obroty (zakres minimalny): 2000-40000 rpm | Tak, podać |  |
|  | * + światło: źródło LED | Tak |  |
|  | * + kompatybilne złącze | Tak |  |
|  | * skaler o parametrach: | Tak |  |
|  | * + technologia niwelująca przypadkowe ruchy końcówki skalera | Tak |  |
|  | * + rękojeść przeznaczona do sterylizacji | Tak |  |
|  | * + rękaw umożliwiający łatwe i szybkie podłączenie rękojeści | Tak |  |
|  | * + minimum 3 końcówki: | Tak |  |
|  | * + - do oczyszczania powierzchni naddziąsłowych i poddziąsłowych w kieszonkach o gł. do 4 mm | Tak |  |
|  | * + - uniwersalna trójkątna końcówka do skalingu na wszystkich powierzchniach naddziąsłowych zębów | Tak |  |
|  | * + - końcówka do delikatnego skalingu naddziąsłowego oraz w przestrzeniach międzyzębowych, zalecana podczas skalingiu u dzieci | Tak |  |
|  | * + dedykowany przeznaczony do sterylizacji klucz do końcówek | Tak |  |
|  | * sterownik nożny (wielofunkcyjny) instrumentów z dźwignią przesuwną | Tak |  |
|  | * + dźwignia do regulacji pracy instrumentów | Tak |  |
|  | * + nieruchomy pałąk do przestawiania sterownika stopą | Tak |  |
|  | * + możliwość pracy z wodą lub bez | Tak |  |
|  | Wysokoobrotowa kątnica turbinowa ze światłem: | Tak |  |
|  | * moc min. 19W | Tak |  |
|  | * spray min. 4-drożny | Tak |  |
|  | * łożyska ceramiczne | Tak |  |
|  | * rozmiar główki: Ø 11,5 mm | Tak |  |
|  | * wysokość główki: max 21,5 mm | Tak |  |
|  | * szybkość: do 360.000 rpm | Tak |  |
|  | * połączenie przez szybkozłączkę | Tak |  |
|  | * FG wiertło Ø 1.6 | Tak |  |
|  | * max. średnica wiertła: 2 mm | Tak |  |
|  | * max. długość: 25 mm | Tak |  |
|  | * światło LED | Tak |  |
|  | Szybkozłączka: | Tak |  |
|  | * złączka zapewniająca zasilanie światła turbiny | Tak |  |
|  | * bezzwrotny zawór - zapobiegający nawrotowi zanieczyszczonego sprayu | Tak |  |
|  | Kątnica na mikrosilnik 1:1 ze światłem: | Tak |  |
|  | * kompatybilne złącze | Tak |  |
|  | * przełożenie 1:1 | Tak |  |
|  | * min. pojedynczy Spray, > 50ml/min | Tak |  |
|  | * wiertło mocowane na przycisk | Tak |  |
|  | * wiertła Ø 2.35 mm | Tak |  |
|  | * szklany pręt świetlny | Tak |  |
|  | * monolityczna konstrukcja | Tak |  |
|  | Blok spluwaczki: | Tak |  |
|  | * obrotowy | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | * podążający za wysokością fotela | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | * ceramiczna, uchylna misa, przystosowana do dezynfekcji | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | * najazdowy awaryjny hamulec bezpieczeństwa w misie | Tak |  |
|  | * nieskrępowany dostęp do pola zabiegowego | Tak |  |
|  | * napełniane kubka i spłukiwanie miski wodą sieciową, sterowane na panelu asysty i bloku spluwaczki | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Stanowisko asysty: | Tak |  |
|  | * pantograficzne, ustawne ramię | Tak |  |
|  | * panel sterowania fotelem i lampą zabiegową oraz napełnianiem kubka i spłukiwaniem miski | Tak |  |
|  | * kolektor ssaka wyposażony w sitko z łatwym dostępem bez udziału serwisu | Tak |  |
|  | * min. trzy-moduły: | Tak |  |
|  | * + moduł dmuchawki: rękaw + autoklawowalna dmuchawka trzyfunkcyjna + min. 2 dysze | Tak |  |
|  | * + moduł ślinociągu: rękaw z aluminiowym autoklawowalnym zaworem walcowym | Tak |  |
|  | * + moduł ssaka 15 mm: rękaw z aluminiowym autoklawowalnym zaworem walcowym | Tak |  |
|  | Lampa zabiegowa – LED: | Tak |  |
|  | * mocowanie lampy: | Tak  Na ramieniu przegubowym pod fotelem pacjenta w celu zapewnienia szerokiego zakresu ruchu i optymalnego ustawienia oświetlenia pola zabiegowego – 10 pkt.  Mocowanie na bloku spluwaczki – 0 pkt. |  |
|  | * szeroki zakres ustawiania, możliwe oświetlanie zza głowy pacjenta | Tak |  |
|  | * trzyosiowa | Tak |  |
|  | * bezcieniowa | Tak |  |
|  | * min. 4 diody LED | Tak  4 diody LED – 0 pkt.  powyżej 4 diod – 10 pkt. |  |
|  | * gładka powierzchnia, możliwa dezynfekcja całej obudowy | Tak |  |
|  | * szczelny klosz z uszczelką | Tak |  |
|  | * dedykowane osłony barierowe klosza | Tak |  |
|  | * brak wentylatora | Tak |  |
|  | * konstrukcja zapewniająca brak konieczności regulacji opadania głowicy | Tak |  |
|  | * włączana automatycznie po przywołaniu zaprogramowanej pozycji zabiegowej | Tak |  |
|  | * zmiana trybów, włączanie i wyłączanie na głowicy lampy, panelu lekarza i panelu asysty | Tak |  |
|  | * tryb niepolimeryzujący | Tak  przy min. 25000 lx – 10 pkt, poniżej 25000 lx – 0 pkt. |  |
|  | * min. 2 tryby : od min. 15000 lx do max. 30000 lx | Tak |  |
|  | * współczynnik oddawania barw min. 90 CRI | Tak |  |
|  | * temperatura barwowa 5.000K | Tak |  |
|  | * stałe uchwyty przystosowane do dezynfekcji i zastosowania osłon barierowych | Tak |  |
|  | Stołek operatora – lekarski: | Tak |  |
|  | * oparcie dla operatora | Tak |  |
|  | * regulacja: | Tak |  |
|  | * + wysokości siedziska | Tak |  |
|  | * + kąta pochylenia siedziska | Tak |  |
|  | * + wysokości oparcia | Tak |  |
|  | * + głębokości oparcia | Tak |  |
|  | * + tapicerka identyczna z tapicerką fotela pacjenta | Tak |  |
|  | Kompresor: | Tak |  |
|  | * bezolejowy | Tak |  |
|  | * z membranowym osuszaczem powietrza | Tak |  |
|  | * zbiornik min.20 l | Tak |  |
|  | * głośność max. 65dB | Tak |  |
|  | * ciśnienie włączające min.: 6 bar | Tak |  |
|  | * przepływ min. 60 l/min. przy 5 bar | Tak |  |
|  | * zasilanie 230V, 50-60 Hz | Tak |  |
|  | Pompa ssaka | Tak |  |
|  | * pracująca w układzie mokrym | Tak |  |
|  | * głośność max. 65dB | Tak |  |
|  | * max. przepustowość cieczy 4 l/min | Tak |  |
|  | * zasilanie: 230V, 50Hz, sterowanie 24V | Tak |  |
|  | Montaż i instalacja urządzenia wraz z wykonaniem niezbędnych do pracy przyłączy (instalacja elektryczna, instalacja wodno-kanalizacyjna, instalacja sprężonego powietrza, itp.). | Tak |  |
|  | Przyłącza wykonane w przestrzeni nadsufitowej I piętra. | Tak/Nie  Tak – 50 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zamawiający informuje o możliwości dokonania wizji lokalnej pomieszczenia przeznaczonego do montażu, instalacji i uruchomienia unitu diagnostyczno-stomatologicznego oraz pozostałych niezbędnych urządzeń i osprzętu (w celu rozwiania wszelkich pytań i wątpliwości). | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie składników zestawu na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia personelu | Tak |  |

**Zadanie 4. Lampy do terapii fotodynamicznej**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2020. | Tak |  |
|  | Lampa do terapii fotodynamicznej do terapii światłem do ekspozycji małych i średnich rozmiarów obszarów na całym ciele ze spektrum światła dziennego służąca do leczenia zmienionych chorobowo komórek. | Tak |  |
|  | Lampa do terapii światłem spolaryzowanym i do koloroterapii | Tak |  |
|  | Emisja światła spolaryzowanego w zakresie (min.): 400 – 1700 nm | Tak |  |
|  | Filtry do koloroterapii (min. 5) | Tak |  |
|  | Średnica naświetlanej powierzchni: min. 8 – 35 cm | Tak |  |
|  | Polaryzacja: >98% | Tak |  |
|  | Intensywność promieniowania (średnia): min. 35 mW/cm2 | Tak |  |
|  | Zasilanie: 230V, 50 Hz | Tak |  |
|  | Maksymalna waga urządzenia: max 15 kg | Tak |  |
|  | Wyposażenie(min.): | Tak |  |
|  | * filtry do koloroterapii (min. 5) | Tak |  |
|  | * dodatkowe filtry specjalistyczne (podać) | Tak |  |
|  | * wbudowany timer | Tak |  |
|  | * dedykowany statyw jezdny do aparatu | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |