**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/NieTak – 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/NieTak – 10 pktNie – 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: | TakWokół 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/NieTak – 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/NieTak – 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
 | Takbez 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/NieTak – 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/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | * podążający za wysokością fotela
 | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | * ceramiczna, uchylna misa, przystosowana do dezynfekcji
 | Tak/NieTak – 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/NieTak – 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:
 | TakNa 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
 | Tak4 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
 | Takprzy 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/NieTak – 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/NieTak – 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/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |