**Pakiet nr 1 - Aparat EKG przewoźny – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Aparat EKG przewoźny | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH**

**Nazwa urządzenia/model**...................................

**Producent**.............................................................

**Kraj pochodzenia**.................................................

**Rok produkcji**......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Minimalne wymagane parametry techniczne** | **Wymóg** | **Oferowane parametry techniczne** |
| 1. | Aparat 12-kanałowy. | Tak |  |
| 2. | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą). | Tak/podać |  |
| 3. | Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna, ekran dotykowy | Tak/podać |  |
| 4. | Wymiar ekranu 5,7” lub 7". | Tak/podać |  |
| 5. | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. | Tak |  |
| 6. | Maksymalna waga do 3,3 kg (z wbudowanym akumulatorem). | Tak/Podać |  |
| 7. | Szerokość papieru 112 mm. | Tak |  |
| 8. | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50. | Tak |  |
| 9. | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona. | Tak |  |
| 10. | Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchro. | Tak |  |
| 11. | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20. | Tak |  |
| 12. | Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60.  | Tak |  |
| 13. | Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35. | Tak |  |
| 14. | Filtr izolinii (Hz): 0,125(1,5s); 0,25(0,6s); 0,5(0,3s); 1,5(0,1s). | Tak |  |
| 15. | Filtr auto adaptacyjny. | Tak |  |
| 16. | Baza danych 100 zapisów EKG w pamięci aparatu.  | Tak |  |
| 17. | Profil automatyczny.  | Tak |  |
| 18. | Profil manualny. | Tak |  |
| 19. | Możliwość ustawienia nieograniczonej liczby własnych profili użytkownika. | Tak |  |
| 20. | Tryb LONG (długi zapis EKG do wykrywania arytmii). | Tak |  |
| 21. | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce HP laserowej lub atramentowej na papierze A4. | Tak |  |
| 22. | Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu. | Tak |  |
| 23. | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu. | Tak |  |
| 24. | Analiza i interpretacje (analiza liczbowa, interpretacja słowna, uśrednianie krzywych EKG, 10 sek. tętna). | Tak |  |
| 25. | Uchwyt na kabel. | Tak |  |
| 26. | Kuweta na akcesoria oraz kable. | Tak |  |
| 27. | Kółka wyposażone w hamulce.  | Tak |  |
| 28. | Stolik zaprojektowany i przystosowany do współpracy z umieszczonym na nim aparatem lub wózek z półką na akcesoria. | Tak |  |
| 29. | Wyposażenie : elektrody klamrowe -min. 4 szt.,elektrody przyssawkowe - min. 6 szt.,kabel EKG,kabel zasilający,papier EKG min. 5 rolek żel do EKG - min. 3 szt. | Tak |  |
| 30. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |
| 31. |  Gwarancja min. 24 miesięcy. | Tak/Podać  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)

**Pakiet nr 2** - **Łóżko medyczne wielofunkcyjne, elektryczne wraz z szafką przyłóżkową – 2 komplety**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Łóżko medyczne wielofunkcyjne, elektryczne. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Szafka przyłóżkowa. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

**Nazwa urządzenia/model\***.................................

**Producent**............................................................

**Kraj pochodzenia**...............................................

**Rok produkcji**.....................................................

\*dotyczy łóżka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
| 1. | Łóżko rehabilitacyjne. | Tak |  |
| 2. | Elektryczna regulacja wysokości z funkcją Trendelenburga i anty Trendelenburga.  | Tak/Podać |  |
| 3. | Leże czterosegmentowe z elektryczną regulacją wysokości i segmentów. | Tak/Podać |  |
| 4. | Sterowanie pilotem. | Tak/Podać |  |
| 5. | Szczyty malowane wypełnione płytą laminowaną.  | Tak  |  |
| 6. | Blokada kół parami. | Tak |  |
| 7. | Panel centralny. | Tak |  |
| 8. | Akumulator. | Tak |  |
| 9. | Funkcja CPR oparcia pleców. | Tak |  |
| 10. | Statyw kroplówki przyłóżkowy. | Tak  |  |
| 11. | Materac szpitalny S1.CH w pokrowcu paroprzepuszczalnym gr. 12 cm. | Tak |  |
| 12. | Szerokość całkowita po obrysie wraz z barierkami: nie więcej niż 900 mm. | Tak/Podać |  |
| 13. | Długość całkowita po obrysie: nie więcej niż 2200 mm. | Tak/Podać |  |
| 14. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 15. | Gwarancja min. 24 miesięcy. | Tak/Podać |  |
| 16. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |

**Nazwa urządzenia/model \***.................................

**Producent**............................................................

**Kraj pochodzenia**...............................................

**Rok produkcji**.....................................................

\*dotyczy szafki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
| 1. | Blaty z płyty HPL. | Tak |  |
| 2. | Haczyki na ręczniki. | Tak |  |
| 3. | Półka na buty. | Tak |  |
| 4. | Wkład tworzywowy w szufladzie. | Tak |  |
| 5. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 6. | Gwarancja min. 24 miesięcy. | Tak/Podać |  |
| 7. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)

**Pakiet nr 3** - **Respirator stacjonarny – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Respirator stacjonarny | szt. | **1** |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

**Nazwa urządzenia/model**....................................................................................................

**Producent**.............................................................................................................................

**Kraj pochodzenia**................................................................................................................

**Rok produkcji** **(wyprodukowany nie wcześniej niż w 2013r.)**..........................................

| Lp. | OPIS PARAMETRU/WARUNEK | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać nr strony i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu, folderze, instrukcji) PODAĆ/OPISAĆ |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Respirator do długotrwałej wentylacji pacjentów z niewydolnością oddechową rożnego pochodzenia powietrzem z otoczenia oraz z dodatkiem tlenu. | Tak |  |
|  | Respirator dla pacjentów o wadze powyżej 10 kg. | Tak |  |
|  | Respirator do inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji kontrolowanej i wspomaganej. | Tak |  |
|  | Respirator na podstawie jezdnej z uchwytem na butlę O2;  | Tak |  |
|  | Waga respiratora max. 5,5 kg. | Tak |  |
|  | Zasilanie podstawowe z sieci elektrycznej 230V, 50 Hz oraz zasilanie z własnego akumulatora na min. 60 min. | Tak |  |
|  | Możliwość zasilania tlenem z sieci szpitalnej lub koncentratora tlenu.  | Tak |  |
|  | Wyposażony we własne, niezależne od sieci centralnej źródło powietrza medycznego (kompresor). | Tak |  |
|  | Respirator przystosowany do pracy z nawilżaczem aktywnym lub wymiennikiem wilgoci typu FHME ("sztuczny nos"). | Tak |  |
|  | Typy i tryby wentylacji. | Tak |  |
|  | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV. | Tak |  |
|  | Możliwość wentylacji ciśnieniowo kontrolowanej z ustawieniem gwarantowanej objętości oddechu. | Tak |  |
|  | SIMV –VCV Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona z oddechami wymuszonymi objętościowo kontrolowanymi. | Tak |  |
|  | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP / CPAP. | Tak |  |
|  | Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana PCV. | Tak |  |
|  | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BIPAP, BiLevel. | Tak |  |
|  | Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV. | Tak |  |
|  | Wentylacja przy bezdechu uruchamiana automatycznie. | Tak |  |
|  | Kompensacja przecieku do 180 l/min. | Tak |  |
|  | Parametry regulowane. | Tak |  |
|  | Częstość oddechów w zakresie min. 6 - 40 1/min. | Tak/Podać |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu przy wentylacji objętościowo kontrolowanej w zakresie min 100 - 2000 ml. | Tak/Podać |  |
|  | Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10 - 50 mbar. | Tak/Podać |  |
|  | Ciśnienie wspomagania PSV w zakresie min. 5 - 30 mbar. | Tak/Podać |  |
|  | Ciśnienie PEEP / CPAP w zakresie min. 5 - 20 mbar. | Tak/Podać |  |
|  | Czas wdechu w zakresie min. 0,4 – 6,0 sek. | Tak/Podać |  |
|  | Regulacja podawanego stężenia tlenu w zakresie 21-100%. | Tak |  |
|  | Parametry monitorowane. | Tak |  |
|  | Aktualnie prowadzony tryb wentylacji. | Tak |  |
|  | Rzeczywista całkowita częstość oddychania. | Tak |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu. | Tak |  |
|  | Całkowita wentylacja minutowa. | Tak |  |
|  | Szczytowe ciśnienie wdechowe. | Tak |  |
|  | Średnie ciśnienie cyklu oddechowego. | Tak |  |
|  | Ciśnienie PEEP. | Tak |  |
|  | Prezentacja graficzna. | Tak |  |
|  | Prezentacja na kolorowym ekranie cyfrowych wartości parametrów monitorowanych przez respirator. | Tak |  |
| Alarmy |
|  | Zbyt niskiej objętości minutowej. | Tak |  |
|  | Zbyt wysokiej częstości oddechów – tachypnoe. | Tak |  |
|  | Bezdechu z regulowanym czasem bezdechu. | Tak |  |
|  | Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego wdechu. | Tak |  |
|  | Niskiego ciśnienia lub rozłączenia układu oddechowego.  | Tak |  |
|  | Regulowana głośność alarmów. | Tak |  |
| Wyposażenie: |
|  | 1. -rura oddechowy dla dorosłych i dzieci wielokrotnego użytku - 1 kpl.
2. -układ oddechowy bez lateksu jednorazowego użytku, dł. 1,5 m - 25 szt.
3. -sztuczne płuco - 1 szt.
4. -ramię przegubowe na układy oddechowe - 1 szt.
5. -wózek - 1 szt.
 | Tak |  |
| Pozostałe wymagania |
|  | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | Tak, Podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące obejmująca cały system z wykonaniem co najmniej dwóch przeglądów okresowych (jeden na rok lub częściej wg zaleceń producenta) w czasie jej trwania z wykorzystaniem tzw. zestawów przeglądowych. | Tak/Podać |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. | Tak |  |
|  | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych. | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny  | Tak/Podać punkty serwisowe |  |
|  | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat, | Tak |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego. | Tak |  |
|  | Wydanie certyfikatów dla personelu technicznego do wykonywania podstawowych napraw i przeglądów dostarczonej aparatury. | Tak |  |
|  | Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń. | Tak |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)

**Pakiet nr 4 – Kardiomonitor kompaktowy – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Kardiomonitor kompaktowy | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH**

**Nazwa urządzenia/model**................................

**Producent**..........................................................

**Kraj pochodzenia**.............................................

**Rok produkcji**...................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry Graniczne** | **Wymóg** | **Potwierdzenie wymogu oraz opis** |
| 1. | Monitor o obudowie kompaktowej – chłodzony konwekcyjnie z niezależnymi, wbudowanymi na stałe modułami, zasilany z sieci 230 V AC i z wewnętrznego akumulatora przez min. 1 godz. | Tak |  |
| 2. | Kolorowy wyświetlacz LCD TFT o przekątnej ekranu min. 12 cali (rozdzielczość min. 1024x768 pikseli). | Tak |  |
| 3. | Wyświetlacz min. 12 cali oraz wbudowane moduły w jednej, wspólnej obudowie, wyposażonej w uchwyt do przenoszenia. | Tak |  |
| 4. | Jednoczesna prezentacja min. 8 krzywych dynamicznych na wybranym ekranie. | Tak |  |
| 5. | Trendy min. 96 h (graficzne i tabelaryczne) z rozdzielczością nie gorszą niż 10 s w całym okresie 96 h. | Tak |  |
| 6. | Obsługa w języku polskim poprzez ekran dotykowy. | Tak |  |
| 7. | Alarmy min. Trzystopniowe z możliwością zawieszenia czasowego i na stałe. | Tak |  |
| 8. | Zapis w pamięci monitora min. 300 zdarzeń alarmowych z zapisem wszystkich wartości liczbowych oraz wszystkich fal dynamicznych. | Tak |  |
| 9. | Ciągły zapis w pamięci kardiomonitora jednocześnie wszystkich monitorowanych wartości liczbowych i jednocześnie wszystkich monitorowanych fal dynamicznych (tj. 6 odprowadzeń EKG, fali SpO2 fali oddechu metodą impedacyjną) z okresu min. 96h.  | Tak |  |
| 10. | Możliwość konfigurowania i zapamiętywania przez użytkownika min. 10 ekranów (w tym ekran dużych cyfr). | Tak |  |
| 11. | Wbudowane złącze RJ-45. | Tak |  |
| 12. | Wbudowane złącze USB do przenoszenia wszystkich danych (wszystkich wartości krzywych dynamicznych) z 96 godzinnej pamięci kardiomonitora na nośnik elektroniczny (Pendrive) i następnie do PC użytkownika.  | Tak |  |
| 13. | Niezależny, wbudowany moduł EKG/ST/Arytm/Resp-monitorowanie z kabla 3 żyłowego,-zakres częstości akcji serca: min. 15-300 1/min,-obserwacja 6 odprowadzeń EKG jednocześnie z kabla 3 żyłowego,-możliwość wyboru 1 z 5 dostępnych prędkości dla fal EKG,-detekcja stymulatora serca ze znacznikiem w kanale ekg i sygnalizacją dźwiękową ,Analiza odcinka ST z 6 odprowadzeń jednocześnie z kabla 3 żyłowego, -analiza co najmniej 18 arytmii,-respiracja metodą impedencyjną,-częstość oddechu w zakresie min. 0-150/min,-alarm bezdechu w zakresie min. 5-45 s,- prezentacja fali oddechu,-wybór elektrod do detekcji oddechu (szczytami płuc lub przeponą) bez konieczności przepinania kabla EKG,-wyposażenie do modułu: kabel EKG 3 żyłowy,  | Tak |  |
| 14. | Niezaleny, wbudowany moduł SpO2 odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe typu Nellcor OxiMax,- prezentacja krzywej pletyzmograficznej-wartość saturacji w zakresie min. 1-100%-tętno obwodowe w zakresie min. 20-300 bpm-złączana przez użytkownika funkcja wysokiej czułości pomiaru SpO2 u pacjentów z bardzo niską perfuzją,-załączana i wyłączana przez użytkownika funkcja blokady alarmu SpO2 i pulsu obwodowego w czasie pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego,-wyposażenie do modułu:Przedłużacz SpO2 i wielorazowy czujnik SpO2 typu klips na palec. | Tak |  |
| 15. | Niezależny wbudowany moduł nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia:- zakres min. 15-255 mmHg,- pomiar automatyczny w min. Zakresie od 1 do 360 min.,-pomiar ciągły oraz na żądanie,-pomiar wartości pulsu z mankietu z prezentacją na ekranie, -pomiar i jednoczesna prezentacja ciśnienia skurczowego, średniego i rozkurczowego,-możliwość wstępnego ustawiania górnego zakresu pompowania przez użytkownika,-szybki dostęp do min. 15 ostatnich pomiarów z menu ciśnienia z informacją o wartościach ciśnienia i czasie pomiaru,-wyposażenie do modułu: 2 różne wielorazowe mankiety dla dorosłych oraz 1 uniwersalny wężyk z szybko złączką. | Tak |  |
| 16. | Niezależny, wbudowany moduł do pomiaru temperatury w dwóch kanałach:-zakres pomiarowy: min. 10-45 stopni C,-wyposażenie do modułu:wielorazowa sonda dla dorosłych – 1 szt.  | Tak |  |
| 17. | Uchwyt ścienny.  | Tak |  |
| 18. | Waga kardiomonitora z wbudowanym ekranem, 4 wbudowanymi, niezależnymi modułami i akumulatorem poniżej 5 kg. | Tak |  |
| 19. | Możliwość rozbudowy o ciśnienie krwawe w dwóch kanałach, pomiar rzutu serca metodą termodylucji, pomiar rzutu serca metodą kardiografii impededancyjnej (ICG), analizator gazów anestetycznych, rejestrator termiczny z jednoczesnym wydrukiem 6 odprowadzeń EKG. | Tak |  |
| 20. | Gwarancja min. 24 miesiące. | Tak/Podać |  |
| 21 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |
| 22. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych | Tak |  |
| 23. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)

**Pakiet nr 5** - **Narzędzia artroskopowe do dużych i małych stawów kompatybilne z artroskopem firmy Stryker – 1 komplet**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| 1. | Sonda artroskopowa do małych stawów 900 | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Optyka 2,7mm 30º 120mm Speed- Lock | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kaseta sterylizacyjna do dwóch optyk artroskopowych | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Obturator ołówkowy do kaniuli 4mm Speed- Lock | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Kaniula artroskopowa 4mm, 2 zawory obrotowe do optyki 2,7mmSpeed -Lock | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane parametry i warunki | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Sonda artroskopowa do małych stawów 900 | Tak |  |
| 2 | Optyka 2,7mm 30º 120mm Speed- Lock | Tak |  |
| 3 | Kaseta sterylizacyjna do dwóch optyk artroskopowych | Tak |  |
| 4 | Obturator ołówkowy do kaniuli 4mm Speed- Lock | Tak |  |
| 5 | Kaniula artroskopowa 4mm, 2 zawory obrotowe do optyki 2,7mmSpeed -Lock | Tak |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)

**Pakiet nr 6 – Wideolaryngoskop – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Wideolaryngoskop | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH**

**Nazwa urządzenia/model**................................

**Producent**..........................................................

**Kraj pochodzenia**.............................................

**Rok produkcji**...................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry Graniczne** | **Wymóg** | **Potwierdzenie wymogu oraz opis** |
| 1. | Przenośny, bezlateksowy, bakteryjny, sztywny, cyfrowy. | Tak |  |
| 2. | Wbudowany wyświetlacz wielokrotnego użytku. | Tak |  |
| 3. | Zestaw kanałowych lub bezkanałowych łyżek jednorazowego użytku do prowadzenia rurki intubacyjnej; rozmiar łyżek 3. | Tak |  |
| 4. | Przekątna ekranu” minimum 320x240. | Tak |  |
| 5. | Ekran: antyrefleksyjny. | Tak |  |
| 6. | Obraz: kolorowy. | Tak |  |
| 7. | Rozdzielczości ekranu minimum 320X240. | Tak |  |
| 8. | Zasilanie: baterie typu AAA; wskaźnik stanu baterii. | Tak |  |
| 9. | Rodzaj kamery/metoda wyświetlania/CMOS. | Tak |  |
| 10. | Oświetlenie: światło białe LED. | Tak |  |
| 11. | Gniazdo wyjścia sygnału wideo wraz z przewodem do podłączenia do zewnętrznego monitora. | Tak |  |
| 12. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 13. | Futerał. | Tak |  |
| 14. | Gwarancja min. 24 miesiące. | Tak/Podać |  |
| 15. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |
| 16. | Przeszkolenie personelu. | Tak |  |
| 17.  | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. | Tak |  |
| 18.  | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)

**Pakiet nr 7 – Laktator szpitalny wraz z osprzętem i podgrzewacz szpitalny do przechowywania pokarmu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Laktator szpitalny wraz z osprzętem, jezdny bez akumulatora. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Podgrzewacz szpitalny na suche powietrze do przechowywania pokarmu. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH**

**Nazwa urządzenia/model\***...................................

**Producent**.............................................................

**Kraj pochodzenia**.................................................

**Rok produkcji**......................................................

\*Dotyczy laktatora

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Minimalne wymagane parametry techniczne** | **Wymóg** | **Oferowane parametry techniczne** |
| 1. | Zasilanie 230-240V, 50/60Hz. | Tak |  |
| 2. | Dwufazowy program odciągania pokarmu, zapisany na karcie magnetycznej. | Tak |  |
| 3. | Program Preemie + - przeznaczony do matek wcześniaków. | Tak |  |
| 4. | Program Standard – dla mam dzieci donoszonych. | Tak |  |
| 5. | Rytm pracy naśladujący rytm pracy ssania niemowlę. | Tak |  |
| 6. | Płynna regulacja siły ssania. | Tak |  |
| 7. | Przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę. | Tak |  |
| 8. | Głośność pracy do 45 dB | Tak/Podać |  |
| 9. | Trwała obudowa zapewniająca utrzymanie urządzenia w czystości. | Tak |  |
| 10. | Statyw na butelki. | Tak |  |
| 11. | Możliwość zastosowania zestawów osobistych dla matki wielokrotnego użytku z membraną lub typu One-Day Set (jednodniowych). | Tak |  |
| 12. | Konstrukcja urządzenia zabezpieczająca przed przedostaniem się mleka do środka modułu (separacja mediów). | Tak |  |
| 13. | Laktator na podstawie kolumnowej jezdnej. | Tak |  |
| 14. | Przeszkolenie personelu. | Tak |  |
| 15. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 16. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |
| 17. |  Gwarancja min. 24 miesięcy. | Tak/Podać  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Nazwa urządzenia/model\***...................................

**Producent**..............................................................

**Kraj pochodzenia**.................................................

**Rok produkcji**.......................................................

\*Dotyczy podgrzewacza

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Minimalne wymagane parametry techniczne** | **Wymóg** | **Oferowane parametry techniczne** |
| 1. | Zasilanie 230-240V, 50/60Hz. | Tak |  |
| 2. | Urządzenie bezpiecznie ma podgrzewać pokarm matki do temperatury 34 o C +/- 4 o C w suchym, gorącym powietrzu. | Tak |  |
| 3. | Dwie funkcje: podgrzewanie i rozmrażanie. | Tak |  |
| 4. | Pokarm, który będzie poddawany podgrzewaniu może mieć różne temperatury początkowe: temperaturę pokojową (~20 oC), schłodzony w lodówce (~4 o C), wyciągnięty z zamrażalki (~20 oC). | Tak |  |
| 5. | Czas podgrzewania dostosowany do pojemności porcji. | Tak |  |
| 6. | Sygnał dźwiękowy i wizualny informujący o zakończeniu procesu. | Tak |  |
| 7. | Przystosowany do podgrzewania pokarmu kolekcjonowanego w pojemnikach o różnych pojemnościach lub pokarmu umieszczonego w strzykawkach. | Tak |  |
| 8. | Konstrukcja urządzenia zabezpieczona przed przedostaniem się mleka do środka – wkłady wymienne, które można oznakować imiennie danymi pacjenta. | Tak/Podać |  |
| 9. | Trwała obudowa zapewniająca utrzymanie urządzenia w czystości. | Tak |  |
| 10. | Możliwość zamocowania na stojaku do kroplówek. | Tak |  |
| 11. | Przeszkolenie personelu. | Tak |  |
| 12. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |
| 14. |  Gwarancja min. 24 miesięcy. | Tak/Podać  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)

**Pakiet nr 8 – Bronchofiberoskop – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | % VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Bronchofiberoskop | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH**

**Nazwa urządzenia/model**....................................

**Producent**..............................................................

**Kraj pochodzenia**.................................................

**Rok produkcji**.......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Minimalne wymagane parametry techniczne** | **Wymóg** | **Oferowane parametry techniczne** |
| 1. | Bronchofiberoskop optyczny, wyposażony w okular umożliwiający podłączenie standardowej głowicy kamery. | Tak |  |
| 2. | Okular wyposażony w pokrętło do regulacji ostrości z podziałką | Tak |  |
| 3. | Maksymalne wygięcie końcówki dystalnej sondy wziernikowej nie mniejsze niż:- do góry: 180°- do dołu: 100° | Tak |  |
| 4. | Średnica zewnętrzna końcówki dystalnej sondy wziernikowej nie większa niż 5,2 mm. | Tak/Podać |  |
| 5. | Średnica kanału roboczego nie mniejsza niż 2,3 mm. | Tak/Podać |  |
| 6. | Długość robocza sondy wziernikowej 54 cm - 55 cm. | Tak/Podać |  |
| 7. | Długość całkowita bronchofiberoskopu nie większa niż 85 cm. | Tak/Podać |  |
| 8. | Kąt pola widzenia 100° - 110°. | Tak/Podać |  |
| 9. | Wyposażony w przyłącze światłowodu umożliwiający bezpośrednie podłączenie wymiennych światłowodów, bez stosowania dodatkowych adapterów jak również bateryjnego źródła światła. | Tak |  |
| 10. | Zintegrowane w części proksymalnej bronchofiberoskopu gniazdo do zamocowania wymiennych zaworów ssących. | Tak |  |
| 11. | Wymienne zawory ssące wyposażone w zintegrowane przyłącze do podłączenia drenu do odsysania oraz przycisk do aktywacji odsysania. | Tak |  |
| 12. | Dren do odsysania podłączany do bronchofiberoskopu za pośrednictwem wymiennego zaworu ssącego. | Tak |  |
| 13. | Wymienne zawory ssące dostępny w wersji jednorazowej oraz wielorazowej (nadające się do sterylizacji). | Tak |  |
| 14. | Możliwość zmocowania wymiennego zaworu ssącego w gnieździe w min. 2 pozycjach w celu optymalnego podłączenia drenu do odsysania do przyłącza. | Tak |  |
| 15. | Kompatybilny z posiadanymi przez Zamawiającego zaworami ssącymi o nr kat. 11301CE. | Tak |  |
| 16. | Niezależne wejście do kanału roboczego bronchofiberoskopu wyposażone w przyłącze LUER. | Tak |  |
| 17. | Nadający się do sterylizacji w EtO i STERRAD. | Tak |  |
| 18. | Przeszkolenie personelu. | Tak |  |
| 19. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 20. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych. |  |  |
| 21. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |
| 22. | Gwarancja min. 24 miesięcy. | Tak/Podać |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty opisach tj. katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data........................................... ......................................................

 (podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)