**Lista asortymentowo-cenowa - Dostawa sprzętu medyczno-diagnostycznego - Zadanie 1**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość [szt.]** | **Cena brutto / szt**  **[PLN]** | **Wartość netto [PLN]** | **Stawka VAT [%]** | **Wartość brutto [PLN]** | **Gwarancja [m-ce]** |
| 1. | Pulsoksymetr przenośny | 5 |  |  |  |  |  |
| 2. | Termometr bezdotykowy | 24 |  |  |  |  |  |
| 3. | Ciśnieniomierz automatyczny | 15 |  |  |  |  |  |
| 4. | Aparat ambu dla dzieci | 1 |  |  |  |  |  |
| 5. | Otoskop | 1 |  |  |  |  |  |
| 6. | Stetoskop | 6 |  |  |  |  |  |
| 7. | Lampa podgrzewająca na podczerwień | 1 |  |  |  |  |  |
| 8. | Inhalator pneumatyczny | 5 |  |  |  |  |  |
| 9. | System ogrzewania pacjenta | 1 |  |  |  |  |  |
| 10. | Latarka laryngologiczna | 2 |  |  |  |  |  |
| 11. | Termometr lodówkowy | 4 |  |  |  |  |  |
| 12. | Termometr/Higrometr do pomieszczeń | 8 |  |  |  |  |  |
| 13. | Waga ze wzrostomierzem | 1 |  |  |  |  |  |
| 14. | Termometr podpachowy elektroniczny | 10 |  |  |  |  |  |
| 15. | Holter EKG | 3 |  |  |  |  |  |
| 16. | Holter ciśnieniowy | 4 |  |  |  |  |  |

**Maksymalny termin dostawy ………………. dni kalendarzowych od podpisania umowy**

**Wartość netto:**

**słownie: .......................................................................................................................................................................**

**Wartość brutto:**

**słownie: ....................................................................................................................................................................…**

**Lista asortymentowo-cenowa - Dostawa łóżek szpitalnych i mebli medycznych - Zadanie 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Szafki przyłóżkowe | 40 |  |  |  |  |  |
| 2. | Materac piankowy z pokrowcem | 40 |  |  |  |  |  |
| 3. | Łóżko specjalistyczne | 40 |  |  |  |  |  |
| 4. | Łóżko transportowe | 3 |  |  |  |  |  |
| 5. | Lampa bezcieniowa ścienna | 1 |  |  |  |  |  |

**Maksymalny termin dostawy ………………. dni kalendarzowych od podpisania umowy**

**Wartość netto:**

**słownie: .......................................................................................................................................................................**

**Wartość brutto:**

**słownie: ....................................................................................................................................................................…**

**Opis Przedmiotu Zamówienia (Parametry Techniczne) - Dostawa sprzętu medyczno-diagnostycznego Zadanie 1**

1. **Pulsoksymetr przenośny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1. | Producent | Podać |  |
| 2. | Model | Podać |  |
| 3. | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Pulsoksymetr przenośny z zasilaniem akumulatorowym oraz alarmami i pamięcią mierzonych wartości. | TAK |  |
|  | Precyzyjny i szybki pomiar wartości pulsu [PR] oraz saturacji - wysycenia krwi tlenem [SpO2]. Wartość indeksu perfuzji [PI]. Obrazowanie krzywej pletyzmograficznej oraz wskaźnik słupkowy siły pulsu | TAK |  |
|  | Zakres SpO2: 35%-100%, rozdzielczość 1%, dokładność w przedziale 70-100% ±3%, dla wartości <70% niezdefiniowane. Zakres PR:30-240 uderzeń/minutę, rozdzielczość 1bpm, dokładność ±2bpm. | TAK |  |
|  | Czytelny, kolorowy, wielokierunkowy minimum 3.5" wyświetlacz LCD TFT lub lepszy. Menu w języku polskim. | TAK |  |
|  | Alarmy pulsu i saturacji. Detekcja podstawowych arytmii: częstoskurczu i wolnego rytmu pracy serca. Możliwość ustawienia dolnej granicy alarmu saturacji oraz dolnej i górnej granicy alarmu pulsu. Przycisk szybkiego wyciszenia dźwięku alarmu. Granice alarmowe widoczne na ekranie głównym. | TAK |  |
|  | Moduł Bluetooth pozwala na przesyłanie danych w czasie pomiaru do urządzenia z systemem Android. | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe. Pulsoksymetr ze stacją dokującą / ładującą. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia tonu pulsu oraz poziomu głośności alarmu | TAK |  |
|  | W komplecie mankiet dla dorosłych, dzieci oraz noworodków po 1 szt. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna, pokrowiec, baterie/zasilacz dołączone do każdego urządzenia. | TAK |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe, rok produkcji minimum 2023. | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Oferowane ciśnieniomierze muszą być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Termometr bezdotykowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1. | Producent | Podać |  |
| 2. | Model | Podać |  |
| 3. | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Bezkontaktowy termometr medyczny na podczerwień, przystosowany do pomiaru ciepłoty ciała pacjentów dorosłych i małych dzieci bez konieczności kontaktu z ciałem pacjenta (pomiar bezdotykowy) | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury ciała pacjenta niezależny od temperatury pokojowej | TAK |  |
|  | Termometr przeznaczony do użytku szpitalnego (duża ilość pomiarów realizowana w krótkich przedziałach czasowych), posiada wymagane badania kliniczne dopuszczające do użytku w placówkach ochrony zdrowia | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury w stopniach Celsjusza, realizowany w czasie 1-2 sek. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru temperatury ciała: min. 34,0 do 42,5 °C | TAK |  |
|  | Zakres odległości od mierzonego obiektu 5-10 cm | TAK |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Pamięć ostatnich min. 9 pomiarów | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru ± 0,3°C | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne | TAK |  |
|  | Sygnał świetlny przy temperaturze powyżej 38°C | TAK |  |
|  | Kształt ergonomiczny dopasowany do dłoni | TAK |  |
|  | Odporność rękojeści na środek dezynfekcyjny | TAK |  |
|  | Waga urządzenia bez baterii max. 100 g | TAK |  |
|  | Sygnalizacja świetlna informująca o słabych bateriach | TAK |  |
|  | Kalibracja bieżąca aparatu poprzez podręczne menu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna, pokrowiec, baterie dołączone do każdego termometru | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Oferowane termometry muszą być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych. Wymagane świadectwo wzorcowania | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Ciśnieniomierz automatyczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Cyfrowy duży wyświetlacz LCD i przyciski | TAK |  |
|  | Wykrywanie nieregularnego rytmu serca | TAK |  |
|  | Technologia gwarantująca, że rękaw nie będzie napompowany zbyt mocno | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru 1 [mmHg] | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia +/- 0 do 299 [mmHg] | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru tętna +/- 40 do 180 [uderzeń/min] | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia +/- 3 mmHg | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru tętna +/- 5% odczytu | TAK |  |
|  | Czujnik poruszenia podczas pomiaru | TAK |  |
|  | Wyposażony w pamięć pozwalającą zapisać wyniki | TAK |  |
|  | Mankiet: 22 – 42 cm 1 szt. | TAK |  |
|  | Waga max. 340g (bez baterii) | TAK |  |
|  | Wyłączanie automatyczne | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiego poziomu baterii | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna, pokrowiec, baterie / zasilacz dołączone do każdego ciśnieniomierza | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | TAK |  |
|  | Oferowane ciśnieniomierze muszą być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Aparat ambu dla dzieci**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Resuscytator silikonowy wielokrotnego użycia, dla dzieci o masie ciała 10 - 30 kg, w zestawie z rezerwuarem tlenu o pojemności 1500 ml | TAK |  |
|  | Specjalna faktura powierzchni worka oraz pasek, gwarantują pewny i wygodny uchwyt. | TAK |  |
|  | Objętość: +/- 635 ml | TAK |  |
|  | Dostarczana objętość oddechowa: +/- 450 ml | TAK |  |
|  | Wymiary: (długość x średnica): +/- 245 x 99 mm | TAK |  |
|  | Złącze pacjenta (do podłączenia maski): +/- 22 mm | TAK |  |
|  | W komplecie maska twarzowa silikonowa z pompowanym mankietem, rozm. 0 i 2 | TAK |  |
|  | Możliwość wielokrotnego sterylizowania w autoklawie | TAK |  |
|  | Rezerwuar tlenu do dezynfekcji | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna, pokrowiec | TAK |  |
|  | Oferowane urządzenie musi być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych | TAK |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Otoskop**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe min 3,5V | TAK |  |
|  | Ładowanie przez kabel USB | TAK |  |
|  | Temperatura światła min. 4000 K | TAK |  |
|  | Automatyczne wyłączanie | TAK |  |
|  | Elektroniczny włącznik/wyłącznik | TAK |  |
|  | Wzierniki jednorazowe 2,5mm – 250 szt | TAK |  |
|  | Wzierniki jednorazowe 4,0mm – 250 szt | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Oferowane urządzenie musi być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych | TAK |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Stetoskop**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Głowica dwustronna | TAK |  |
|  | Głowica wykonana ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Długość min. 69cm | TAK |  |
|  | Skala akustyczna min. 7 | TAK |  |
|  | Oliwki miękkie | TAK |  |
|  | Etui do stetoskopu | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Lampa podgrzewająca na podczerwień**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Min. moc 2000 W | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości – min. 100cm, max 220cm | TAK |  |
|  | Montaż do statywu | TAK |  |
|  | Kąt ogrzewania +/ - 90° | TAK |  |
|  | Rodzaj podczerwieni: krótkofalowa IR-A | TAK |  |
|  | Lampa halogenowa | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed przegrzaniem | TAK |  |
|  | Sterowanie manualne | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Inhalator pneumatyczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Ciągły tryb pracy | TAK |  |
|  | Wydajność kompresora: 14 l/min | TAK |  |
|  | Ciśnienie robocze z nebulizatora min. 1,30 bar | TAK |  |
|  | Ciśnienie maksymalne: 3,5 bar | TAK |  |
|  | Minimalna podawana objętość leku: 2 ml | TAK |  |
|  | Maksymalna podawana objętość leku: 8 ml | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Oferowane urządzenie musi być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **System ogrzewania pacjenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Cztery poziomy temperatur: 32⁰C, 38⁰C, 43⁰C oraz chłodzenie temperaturą otoczenia | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V | TAK |  |
|  | Statyw na kółkach | TAK |  |
|  | 10 szt. koców na całe ciało dla dorosłych | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Oferowane urządzenie musi być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Latarka laryngologiczna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Dioda LED (naturalna barwa światła) | TAK |  |
|  | Zasilanie bateriami typ AAA | TAK |  |
|  | Materiał wykonania: metal | TAK |  |
|  | Klips umożliwiający przyczepienie do kieszeni | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Termometr lodówkowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Zakres pomiarowy (-45,0°C do + 45,0°C) | TAK |  |
|  | Dokładność ±1°C | TAK |  |
|  | Wskazanie wartości min/max | TAK |  |
|  | Wbudowany czujnik otoczenia | TAK |  |
|  | Wbudowana sonda temperatury | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Zasilanie bateriami AAA | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |
|  | Świadectwo wzorcowania | TAK |  |

1. **Termometr Higrometr do pomieszczeń**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Pomiar temperatury od -20°C do 50°C | TAK |  |
|  | Pomiar wilgotności od 0 do 100 %RH | TAK |  |
|  | Zasilanie bateriami AAA | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD min. rozdzielczość 0,1 | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru temperatury -/+0,3°C lub lepsza | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |
|  | Świadectwo wzorcowania | TAK |  |

1. **Waga ze wzrostomierzem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Elektroniczna waga medyczna podłogowa ze wzrostomierzem | TAK |  |
|  | Udźwig maksymalny: min. 200 kg | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe (zasilacz w zestawie) lub bateryjne | TAK |  |
|  | Waga wyposażona w poziomicę i regulowane nóżki | TAK |  |
|  | Duży wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Dokładność: min. 200 g | TAK |  |
|  | Wymiary platformy: 340 mm x 330 mm x 70 mm ( 5 mm) | TAK |  |
|  | Funkcje min.: tara, hold, BMI, automatyczne wyłączanie | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru min.: 20 cm – 205 cm | TAK |  |
|  | Masa własna max.: 7 kg | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. |  |  |

1. **Termometr podpachowy elektryczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Zakres pomiaru: od 32,0°C do 43,0°C | TAK |  |
|  | Max. jednostka pomiarowa: 0,1°C | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Pamięć ostatniego pomiaru | TAK |  |
|  | Sztywna końcówka | TAK |  |
|  | Zasilanie bateriami alkalicznymi | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiego poziomu baterii | TAK |  |
|  | Odporny na wodę | TAK |  |
|  | Automatyczne wyłączanie | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

**15. Holter EKG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Wymiary max 89x60x25 (mm) | TAK |  |
|  | Waga max 85g z baterią | TAK |  |
|  | Zasilanie bateriami AAA lub akumulatorem AAA | TAK |  |
|  | Czas ciągłej pracy: min 5 dni | TAK |  |
|  | Wbudowane gniazdo: HDMI, micro Jack | TAK |  |
|  | Ekranowy 7 odprowadzeniowy kabel pacjenta | TAK |  |
|  | Rejestracja 3 kanałów EKG | TAK |  |
|  | Automatyczna kalibracja | TAK |  |
|  | Automatyczna regulacja wzmocnienia | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie impulsów stymulatora | TAK |  |
|  | Zapis pamięci badań w wewnętrznej pamięci | TAK |  |
|  | Cyfrowy zapis sygnału | TAK |  |
|  | Możliwość formatowania urządzenia przy użyciu komputera z podaniem m.in. daty oraz czasu rozpoczęcia badania, dane osobowe pacjenta, płeć, nr ID pacjenta | TAK |  |
|  | Podgląd na ekranie komputera rejestrowanego sygnału EKG w celu kontroli jakości sygnału oraz podłączenia elektrod | TAK |  |
|  | Etui do urządzenia | TAK |  |
|  | Opakowanie elektrod | TAK |  |
|  | Kable pacjenta | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

**16. Holter ciśnieniowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | TAK |  |
|  | Analiza fali pulsu | TAK |  |
|  | Okresy pomiarowe min 20 w ciągu 24h – odstępy 5,10,15,20,30,45,60,90,120 min | TAK |  |
|  | Automatyczna analiza danych zebranych z rejestratora | TAK |  |
|  | Mankiet z możliwością prania pokrowca | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru: max +/- 2% lub +/-3 ud./min | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru tętna min 40/200bpm | TAK |  |
|  | Oprogramowanie na komputer | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia profili użytkowników | TAK |  |
|  | Możliwość eksportowania do PDF, GDT, ASCII | TAK |  |
|  | Zasilanie bateriami AAA lub akumulatorem AAA | TAK |  |
|  | Etui z paskiem | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

**Opis Przedmiotu Zamówienia (Parametry Techniczne) - Dostawa łóżek szpitalnych i mebli medycznych - Zadanie 2**

**1. Szafki przyłóżkowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |  |
| 2 | Model | Podać |  |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |  |
|  | Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali pokrytej lakierem poliestrowo-epoksydowym. Bezpieczna powłoka lakiernicza. | TAK | Powłoka lakiernicza zgodna z normą EN ISO 10993-5:2009 lub równoważną, potwierdzającą, że stosowana powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych TAK- 4 pkt. NIE – 0 pkt. |  |
|  | Tylna część blatu szafki wyposażona w aluminiowy reling posiadający tworzywowy haczyk na ręcznik oraz tworzywowy uchwyt na szklankę. | TAK | Możliwość demontażu oraz przesuwania na całej długości relingu wyposażenia (uchwyt na szklankę, haczyka na ręcznik)  TAK- 4 PKT  NIE – 0 PKT |  |
|  | Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami półka na prasę o wysokości min. 160 mm. dostęp do półki od frontu szafki. | TAK |  |  |
|  | Szuflada górna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na 3 części. Wysokość szuflady min. 110 mm. Szuflada wysuwana spod górnego blatu szafki na prowadnicach rolkowych umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie. | TAK |  |  |
|  | Szuflada dolna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji. Wysokość szuflady min. 350 mm. Szuflada wyposażona w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie. | TAK |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość - 890 mm (± 20 mm)  - szerokość szafki - 450 mm (± 20 mm)  - szerokość szafki z zamontowanym, złożonym blatem bocznym - 550 mm (± 20mm)  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1150 mm (± 20mm)  - głębokość - 470 mm (± 20mm) | TAK |  |  |
|  | Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty w kolorze stalowym. | TAK |  |  |
|  | Szafka wyposażona w blat boczny z bezstopniową regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej bez możliwości regulacji kąta pochylenia blatu.  Sprężyna gazowa osłonięta w aluminiowej, prostokątnej obudowie.  Mechanizm unoszenia oraz zwalniania blatu umieszczony w tworzywowej, ergonomicznej manetce umieszczonej na wysokości blatu głównego szafki, nie wymuszającej konieczności pochylania się celem rozłożenia lub uniesienia blatu bocznego. | TAK |  |  |
|  | Regulacja blatu bocznego w zakresie: 750 - 1100 mm (± 20mm) | TAK |  |  |
|  | Blat półki bocznej wykonany z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL (o grubości min. 6 mm), wspornik blatu osłonięty zaokrągloną osłoną wykonaną z aluminium, min. dwie krawędzie zabezpieczone aluminiowymi listwami w kształcie litery C. | TAK |  |  |
|  | Blat Boczny z możliwością jego rozłożenia na każdej wysokości bez konieczności odsuwania szafki od łóżka oraz bez konieczności obrotu blatu o kąt 180°. Rozkładnie blatu bocznego rozpoczyna się poprzez odchylenie górnej krawędzi blatu na zewnątrz(górna krawędź wyposażona w tworzywowy uchwyt wystający poza obrys blatu) nie dopuszcza się rozwiązania odwrotnego polegającego na odchyleniu dolnej krawędzi blatu – wymuszającej konieczność pochylania się oraz odsuwania szafki od krawędzi łóżka. | TAK |  |  |
|  | Blat boczny z możliwością zamocowania z lewej lub prawej strony szafki. Szafka wyposażona w 2 uchwyty montażowe do mocowania blatu. | TAK | Blat boczny wyposażony w dźwignię szybkiego demontażu bez konieczności użycia narzędzi.  TAK- 4 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Szafka wyposażona w 4 podwójne koła jezdne w tym min. 2 z blokadą, o śr. min. 50 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem. | TAK |  |  |
|  | Stabilny blat boczny. | TAK | Blat boczny szafki wyposażony w dodatkowe 5 koło zapewniające większą stabilność podczas użytkowania TAK – 4 pkt.  Nie - 0 pkt. |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatów z min. 10 kolorów oraz możliwość wyboru koloru ramy szafki w tym kolor szary. | TAK |  |  |
|  | * Deklaracja zgodności ze znakiem CE, * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych, * Certyfikat ISO 9001:2008 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami, * Certyfikat ISO 13485:2012 lub równoważny potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | TAK |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK |  |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK |  |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. | TAK |  |  |

**2. Materac piankowy z pokrowcem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Materac składający się z dwóch warstw | TAK |  |
|  | Górna warstwa materaca o wysokości od 11-9cm (9cm w sekcji głowy, 11cm w sekcji nóg) : wykonana z pianki o gęstości 25kg/m3, posiadający unikalny 3-strefowy profil (głowa – tułów – nogi), która który zmniejsza nacisk na tkankę miękką ciała, poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę | TAK |  |
|  | Dolna warstwa materaca o wysokości 4cm: wykonana z pianki o gęstości 28kg/m3 o zwiększonej twardości | TAK |  |
|  | Wymiary dostosowane do leża: 870 mm x 2000 mm (± 30 mm) | TAK |  |
|  | Wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny zamek w kształcie litery „C” | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. |  |  |

**3. Łóżko specjalistyczne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |  |
|  | Model | Podać |  |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |  |
|  | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Powłoka lakiernicza zgodnie z normom EN ISO 10993-5:2009 lub równoważny potwierdzającym, że stosowana powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości | TAK |  |  |
|  | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 8 punktach, gwarantująca stabilność leża. | TAK |  |  |
|  | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 160 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. | TAK |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka: • Długość całkowita: 2170 mm (± 30 mm) • Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi TAK TAK. Wymiary zewnętrzne łóżka: • Długość całkowita: 2193 mm • Szerokość całkowita wraz z barierkami nie więcej niż 1000 mm Wymiar leża 870 mm x 2000 mm (± 30 mm) | TAK |  |  |
|  | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | TAK |  |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220/230 V | TAK |  |  |
|  | Klasa szczelności podzespołów elektrycznych oraz konstrukcji łóżka IPX-6. | TAK |  |  |
|  | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu. Przewody elektryczne schowane wewnątrz profili ramy leża Elektryczne regulacje: • Segment oparcia pleców 0 - 75° (± 5°) • Segment uda 0 - 45° (± 5°), • Kąt przechyłu Trendlelenburga 0 - 19° (± 3°), • Kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0 - 19° (± 3°), • Regulacja segmentu podudzia – ręczna Mechanizmem zapadkowym. | TAK |  |  |
|  | Elektryczne regulacje:  • Segment oparcia pleców 0 - 75° (± 5°)  • Segment uda 0 - 45° (± 5°),  • Kąt przechyłu Trendlelenburga 0 - 19° (± 3°),  • Kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0 - 19° (± 3°),  • Regulacja segmentu podudzia – ręczna Mechanizmem zapadkowym. | TAK | Kąt przechyłu Trend. i anty- Trend ≥ 17° – 4 pkt. Pozostałe - 0 pkt |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie: 350 mm do 910 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
|  | Łóżko sterowane za pomocą pilota przewodowego z piktogramami | TAK |  |  |
|  | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łózka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych, funkcji antyszokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego oraz wyposażony w dodatkowy przycisk umożlwiający dowolne zaprogramowanie pozycji Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | TAK | Panel wyposażony w dodatkowy przycisk umożliwiający zaprogramowanie dowolnej pozycji - 4 pkt. Brak - 0 pkt. |  |
|  | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym. Autokontur segmentu oparcia pleców i uda. Autoregresja segmentu oparcia pleców min. 9 cm zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. | TAK |  |  |
|  | Leże wypełnione płytami z polipropylenu z wycięciami umożliwiającymi montaż pasów do unieruchamiania pacjenta. Płyty odporne na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi. | TAK | Leże wykonane z polipropylenu – 4 pkt. Inne tworzywowe - 0 pkt. |  |
|  | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego | TAK |  |  |
|  | Łóżko z możliwością przedłużenia leża dwustopniowe o min. 220 mm. Dźwignie zwalniania mechanizmu umieszczone od strony nóg w szczycie łóżka. Nie dopuszcza się mechanizmów umieszczonych pod ramą leża | TAK |  |  |
|  | Szczyty łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości 10 mm (± 2 mm), odejmowane bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy z możliwością wykorzystania płyty jako deska reanimacyjna. Górna poprzeczka szczytu wykonana ze stali nierdzewnej. | TAK | Możliwość wykorzystania płyty jako deski reanimacyjnej - 4 pkt. Brak - 0 pkt. |  |
|  | Łóżko wyposażone w opuszczane aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości. Barierki opuszczane poniżej górnej krawędzi materaca. Barierki wyposażone w tworzywową listwę umieszczoną na barierkach na całej ich długości chroniącą łóżko przed uderzeniami. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa: EN 60601-2-52 o wysokości min. 41 cm Pod leżem aluminiowa listwa na elementy wyposażenia dodatkowego z przesuwnymi tworzywowymi uchwytami | TAK | Barierki boczne zabezpieczające całą przestrzeń między szczytami nawet w momencie przedłużenia leża - 4 pkt. Brak - 0 pkt. |  |
|  | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka z dopuszczalnym obciążeniem min. 15 kg | TAK |  |  |
|  | Możliwość zamontowania po obu stronach łóżka uchwytów na kaczkę lub woreczków na płyny fizjologiczne | TAK |  |  |
|  | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe stożkowe chroniące ściany i łóżko. | TAK | Od strony głowy krążki dwuosiowe chroniące ściany przy przechyłach wzdłużnych - 4 pkt. Brak - 0 pkt |  |
|  | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca przy min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. | TAK |  |  |
|  | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca przy min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. Dźwignia hamulca umieszczona od strony nóg po obu stronach łóżka wykonana ze stali chromowanej | TAK |  |  |
|  | Bezpieczne obciążenie min. 250 kg | TAK |  |  |
|  | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki | TAK |  |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów w tym 4 drewnopodobne oraz kolorów ramy łóżka min. 2 kolory w tym kolor szary | TAK |  |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżek: • Uchwyt na kule • Zawieszka na worki urologiczne • Uchwyt z wysięgnikiem ręki 7 szt. • Materac piankowy przeznaczony dla szpitali lub innych placówek medycznych, stosowany w profilaktyce przeciwodleżynowej. Materac składający się z dwóch warstw. Górna warstwa materaca o wysokości od 11 -9cm (9cm w sekcji głowy, 11cm w sekcji nóg): wykonana z pianki o gęstości 25 kg/m 3 , posiadający unikalny 3 -strefowy profil (głowa – tułów – nogi), który zmniejsza nacisk na tkankę miękką ciała, poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę, posiadający specjalne, wzdłużne i symetryczne nacięcia w okolicy lędźwiowej części kręgosłupa, kości ogonowej i miednicy niwelujące napięcie powierzchniowe pianki. Dolna warstwa materaca o wysokości 4 cm: wykonana z pianki o gęstości 28 kg/m 3 i zwiększonej twardości, stabilizującej materac oraz zmniejszającej nacisk podłoża na ciało użytkownika. Wymiary dostosowane do leża. Wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny zamek w kształcie litery „C”. | TAK |  |  |
|  | * Deklaracja Zgodności, * Certyfikat ISO 9001:2008 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami, * Certyfikat ISO 13485:2012 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami, • | TAK |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK |  |  |

**4. Łóżko transportowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) | TAK |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Platforma leża podzielona na 2 segmenty wypełnione płytami z tworzywa HPL przeziernymi dla promieni RTG. | TAK |  |
|  | Platforma leża 2 segmentowa wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń. | TAK |  |
|  | Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu. | TAK |  |
|  | Możliwość zamontowania pionowego uchwytu na butlę z tlenem montowany bez użycia dodatkowych narzędzi | TAK |  |
|  | Rozstaw pomiędzy kolumnami 1080 mm - +/- 10 mm | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze wózka (waga pacjent+ osprzęt i dodatkowe urządzenia) - min. 240 kg i dopuszczalna waga przewożonego pacjenta min. 210 kg | TAK |  |
|  | Długość całkowita wózka 2170 mm - +/- 10 mm | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami 730 mm - +/- 5% | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami 780 mm - +/- 5% | TAK |  |
|  | Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość 193 cm, szerokość 61 cm - +/- 3% | TAK |  |
|  | 2 segmentowe leże całkowicie przezierne dla promieni RTG umożliwiające wykonanie zdjęć na całej długości leża (od głowy do stóp) i możliwością włożenia kasety RTG od strony wezgłowia, z obu boków wózka i od strony nóg (dostęp 360°) | TAK |  |
|  | Min. 4 cm prześwit między platformą leża, a ramą wózka w celu łatwego i bezpiecznego wprowadzania kasety RTG z każdej strony wózka. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w podziałkę w poprzek i wzdłuż leża oraz wyprofilowaną ramę ułatwiającą pozycjonowanie kasety RTG. | TAK |  |
|  | Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i/lub nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta. Rączki składane poniżej poziomu materaca. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w piąte koło kierunkowe z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej. | TAK |  |
|  | Pojedyncze koła o średnicy min. 18 cm, antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem | TAK |  |
|  | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie 61 – 91 cm (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) - +/- 3% | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców i funkcji jazdy kierunkowej. | TAK |  |
|  | Centralny system blokowania kół obsługiwany z dwóch stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | TAK |  |
|  | Barierki boczne chromowane, składane z gładką, wyprofilowaną powierzchnią tworzywową w kolorze czerwonym ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian. Barierki boczne chowane pod leże gwarantujące brak przerw transferowych. Wyprofilowane barierki z uchwytami do pchania/ciągnięcia na końcu wózka od strony nóg | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie od 0°-80° | TAK |  |
|  | Możliwość uniesienia segmentu nóg w celu łatwiejszego czyszczenia i dezynfekcji powierzchni bezpośrednio pod leżem, gdzie wprowadza się kasety | TAK |  |
|  | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria w każdym narożu wózka. | TAK |  |
|  | Uchwyty na worki urologiczne | TAK |  |
|  | Materac piankowy 2 warstwowy, w pokrowcu z osłoną poliestrową, powlekany poliuretanem i poliamidem, z powierzchnią antypoślizgową , nieprzemakalny, o grubości 8 cm, Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie. | TAK |  |
|  | Teleskopowy chromowany wieszak infuzyjny 2 częściowy z regulacją wysokości, wyjmowany, 2 haki. Max. obciążenie do 6 kg | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

**5. Lampa bezcieniowa ścienna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** | |  |  |
|  | Diody LED – 3 szt | TAK |  |
|  | Temperatura barwowa min. 5500K | TAK |  |
|  | Natężenie światła dla danej odległości działania 50 000 luksów dla 30 cm, 45 000 luksów dla 50 cm (=/- 5%) | TAK |  |
|  | Bezdotykowy przełącznik wł./wył. z regulacją przyciemniania | TAK |  |
|  | Możliwość montażu ściennego | TAK |  |
|  | Czas działania 50 000h (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Sposób wydłużania – gęsia szyja | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

**UWAGI do Zadania 1 i 2:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………..

miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy