**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**zmieniony w dniu 28.03.2023 r.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 1 – Dostawa aparatu do znieczulenia z monitorem gazów anestetycznych i tlenu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** | **Punktacja** |
| * + - 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma ……………………………………..…………….. Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia …………………………………………..………Typ / model ……………………….……… Klasa wyrobu medycznego ………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |  |
| **3** | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |  |
| * + - 1. **Aparat do znieczulenia - 1 szt.**
 |
| **1** | Aparat na podstawie jezdnej z czterema kółkami z materiału nie rysującego podłogi – w tym hamulec centralny na min. 2 koła. | Tak |  |  |
| **2** | Stały blat roboczy do pisania -z oświetleniem typu LED o płynnej regulacji natężenia światła. | Tak |  |  |
| **3** | Szuflady (min. dwie) na akcesoria, w tym jedna zamykana na kluczyk. | Tak |  |  |
| **4** | Zasilanie gazowe (O2, N2O, powietrze) z sieci centralnej z systemem złączy typu AGA – dreny zasilające o długości min. 5 m. | Tak, podać | ………….. |  |
| **5** | Wyposażony w awaryjne zasilanie gazowe O2, N2O, sprężonego powietrza ze złączami gwintowanymi zgodnymi z PN, reduktorami, przyłączami do aparatu oraz manometrem/wyświetlaczem ciśnień zasilania centralnego i z butli. Wyświetlanie ciśnień w butlach w postaci elektronicznych wskazań na ekranie głównym aparatu do znieczulania (respiratora)  | Tak |  |   |
| **6** | Ssak injektorowy z regulacją siły ssania.  | Tak |  |  |
| **7** | Mocowanie dla aktualnie użytkowanych pojemników ssaka na 1,0 l wkłady jednorazowe firmy SERRES. | Tak |  |  |
| **8** | Pojemniki ssaków po prawej stronie patrząc od przodu na aparat. | Tak |  |  |
| **9** | Co najmniej dwa aktywne złącza robocze na parowniki, umożliwiające korzystanie z wybranego parownika bez konieczności przewieszania parowników. Parownik do sevofluranu na wyposażeniu. | Tak, podać | …………… |  |
| **10** | Złącza na parowniki wyposażone w system szybkiego mocowania umożliwiający stosowanie standardowych parowników różnych firm ze złączem typu Selectatec lub Draeger Plug-in z zabezpieczeniem przed jednoczesnym włączeniem dwóch parowników | Tak, podać | …………… |  |
| **11** | Aparat z funkcją kompensacji przepływu świeżego gazu. | Tak |  |  |
| **12** | Test aparatu w trakcie uruchamiania aparatu i autotest szczelności. Dziennik testów dostępny do wyświetlenia na ekranie aparatu. | Tak |  |  |
| **13** | Aparat wyposażony we wbudowane gniazda elektryczne 230V 50 Hz – min.3 gniazda. | Tak, podać | …………. |  |
| **14** | Wbudowane w aparat zasilanie awaryjne respiratora, umożliwiające pracę w warunkach standardowych przez co najmniej 60 minut po wyłączeniu prądu. Ładowanie akumulatora po podłączeniu do zasilania –bez konieczności włączania aparatu w tryb standby. | Tak, podać | …………… | ≥90 min 30 pkt |
|  | *parametr wykreślony* |  |  |  |
| **16** | Wyjście ewakuacji gazów z zabezpieczeniem przed wyssaniem gazów z układu okrężnego. Przewód do podłączenia wyjścia ewakuacji gazów anestetycznych aparatu z odciągiem gazów w kolumnie anestezjologicznej. | Tak |  |  |
| **17** | Przepływomierze elektroniczne osobne dla O2, N2O, powietrza, skalowane do min. 10 l/min. Przystosowane do znieczulenia z minimalnymi przepływami (poniżej 300 ml/min). | Tak, podać | …………… |  |
| **18** | Wyświetlanie przepływu gazów w postaci wirtualnych przepływomierzy na ekranie respiratora. | Tak |  |  |
| **19** | Mechaniczny przepływomierz świeżych gazów.  | Tak |  |  |
| **20** | Mieszalnik świeżych gazów zapewniający stałe stężenie tlenu. | Tak |  |  |
| **21** | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej z podtlenkiem azotu na poziomie nie mniejszym niż 24%. | Tak, podać | …………. |  |
| **22** | Wyjście świeżych gazów (M22/F15) umożliwiające podłączenie zestawów bezzastawkowych, do wentylacji w układzie półotwartym: Kuhna, Baina, Jacksona Reesa – bez rozłączania układu okrężnego. | Tak |  |  |
| **23** | Zintegrowany z aparatem dodatkowy przepływomierz tlenu do podłączenia maseczki tlenowej. | Tak |  |  |
| **24** | Układ oddechowy okrężny, o niskiej podatności, umożliwiający wentylację w układzie półzamkniętym i półotwartym dla dorosłych, końcówki do podłączenia rur pacjenta zgodne ze standardem ISO. Układ oddechowy po lewej stronie patrząc od przodu na aparat. | Tak |  |  |
| **25** | Układ oddechowy pozbawiony lateksu, łatwy do wymiany i sterylizacji. Wszystkie elementy układu oddechowego autoklawowalne, łącznie z czujnikami przepływu | Tak |  |  |
| **26** | Awaryjne dostarczenie tlenu do układu wentylacji (by-pass) o wydajności min. 25 - 75l/min. | Tak, podać | …………. |  |
| **27** | Zastawka APL regulowana w zakresie min. 5-60 cm H2O. | Tak, podać | …………… |  |
| **28** | Pochłaniacz dwutlenku węgla o przeziernej obudowie, wielorazowy. | Tak |  |  |
| **29** | Możliwość stosowania wielorazowych i jednorazowych zbiorników pochłaniacza i ich wymiany bez narzędzi, w czasie znieczulenia bez rozszczelniania układu. | Tak |  |  |
| **30** | Wentylacja ręczna. | Tak |  |  |
| **31** | Wybór wentylacji ręcznej lub automatycznej dokonywane za pomocą jednej dźwigni dwustronnej bez konieczności wykonywania dodatkowych czynności. | Tak |  |  |
| **32** | Wentylacja kontrolowana objętością. | Tak |  |  |
| **33** | Wentylacja wspomagana ciśnieniem PSV z automatycznym przełączeniem w tryb wentylacji zapasowej w razie wystąpienia bezdechu. | Tak |  |  |
| **34** | Wentylacja SIMV w trybie z kontrolowaną objętością i kontrolowanym ciśnieniem (czułość wyzwalania min. od 0,3 l/min. do 10 l/min).  | Tak, podać | ………….. |  |
| **35** | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem PC z regulacją ciśnienia wdechu min: od 5-60 cm H2O. | Tak, podać | …………… |  |
| **36** | Wentylacja ciśnieniowa z gwarantowaną objętością. | Tak |  |  |
| **37** | Pauza przepływu gazów do jednej minuty podczas wentylacji mechanicznej z możliwością natychmiastowego jej wyłączenia. | Tak |  |  |
| **38** | Możliwość rozbudowy o tryb CPAP+PSV. | Tak |  |  |
| **39** | Możliwość rozbudowy o funkcję zautomatyzowanego procesu wielostopniowej cyklicznej rekrutacji pęcherzyków płucnych – podczas wentylacji mechanicznej, ze zamianą programowanych parametrów przez użytkownika. | Tak |  |  |
| **40** | Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe (PEEP) w zakresie min. od 4 do 20 cm H2O z możliwością wyłączenia funkcji PEEP. | Tak, podać | ………… |  |
| **41** | Regulacja objętości oddechowej min. od 100 do 1400 ml w trybie z kontrolowaną objętością lub kontrolowanym ciśnieniem. | Tak, podać | …………. |  |
| **42** | Regulacja częstości oddechu min. od 4 do 60 odd./min. w trybie z kontrolowaną objętością lub kontrolowanym ciśnieniem. | Tak, podać | ………….. |  |
| **43** | Regulacja stosunku wdechu do wydechu w zakresie min. od 2:1 do 1:4. | Tak, podać | …………. |  |
| **44** | Parametry i pomiary wentylacji wyświetlane na kolorowym ekranie monitora respiratora. | Tak |  |  |
| **45** | Ekran monitora – aktywna matryca o przekątnej min. 15”. Rozdzielczość minimum 1024 x 768 pikseli. Ustawienia parametrów wentylacji wykonywane przez ekran dotykowy, przyciski funkcyjne i pokrętło. Sterowanie poprzez pokrętło i przyciski w pełni zastępujące sterowanie ekranem dotykowym. | Tak, podać | ………….. |  |
| **46** | Funkcja indywidualnego konfigurowania i zapamiętywania min. czterech stron ekranu respiratora. | Tak, podać | ………….. |  |
| **47** | Ekran główny respiratora z możliwością regulacji położenia, niewbudowany w korpus aparatu. Ekran główny kardiomonitora umieszczony na ruchomym wysięgniku zapewniającym regulację położenia w poziomie i pod kątem. | Tak |  |  |
| **48** | Alarmy wizualne i akustyczne. | Tak |  |  |
| **49** | Rejestracja zdarzeń alarmowych. | Tak |  |  |
| **50** | Możliwość czasowego zawieszania alarmu dźwiękowego. | Tak |  |  |
| **51** | Alarmy za małej i za dużej objętości minutowej MV lub za małej i za dużej objętości pojedynczego oddechu TV. | Tak |  |  |
| **52** | Alarmy minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego. | Tak |  |  |
| **53** | Alarm małej częstości oddechów. | Tak |  |  |
| **54** | Alarm bezdechu. | Tak |  |  |
| **55** | Alarm braku zasilania w energię elektryczną. | Tak |  |  |
| **56** | Alarm braku zasilania w gazy. | Tak |  |  |
| **57** | Alarmy stężenia tlenu. | Tak |  |  |
| **58** | Pomiar i wyświetlanie wartości objętości wdechowej TV. | Tak |  |  |
| **59** | Pomiar i wyświetlanie wartości pojemności minutowej MV. | Tak |  |  |
| **60** | Pomiar i wyświetlanie wartości częstości oddychania. | Tak |  |  |
| **61** | Pomiar i wyświetlanie wartości ciśnień w układzie oddechowym (co najmniej ciśnienie szczytowe i PEEP). | Tak, podać | ………….. |  |
| **62** | Obrazowanie w postaci krzywej ciśnień i przepływów w układzie pacjenta. | Tak |  |  |
| **63** | Pomiary i obrazowanie spirometrii w tym pętli min.: - ciśnienie-objętość- przepływ-objętośćFunkcja zapisania pętli referencyjnej i zapamiętania min. 5 wyświetlanych pętli spirometrycznych. Pomiar z wyświetleniem wartości podatności dróg oddechowych. Pomiar i wyświetlanie wartości I:E. | Tak, podać | …………. |  |
| **64** | Pomiar, wyświetlanie wartości i prezentacja krzywej kapnograficznej. | Tak |  |  |
| **65** | Pomiar i wyświetlanie wartości stężenia tlenu w gazach wdechowych i wydechowych metodą paramagnetyczną.  | Tak |  |  |
| **66** | Pomiar i wyświetlanie wartości stężenia anestetyków w gazach wdechowych i wydechowych (min. – N2O, isofluran, sevofluran, desfluran) oraz MACage wyświetlanie na monitorze aparatu do znieczulania. | Tak, podać | …………. |  |
| **67** | Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego. | Tak |  |  |
| **68** | Kapnografia – Pomiar i wyświetlanie wartości prężności CO2 w gazach wdechowych i wydechowych w mmHg (pomiar w strumieniu bocznym)• Zwrot próbki pobieranej do analizy gazów do układu wentylacji.• Linia próbkująca o dł. min. 3 m z portem męskim luer-lock• Respiracja – pomiar z gazów oddechowych | Tak, podać | ………… |  |
| **69** | Trendy min 24 godz. | Tak, podać | …………. |  |
| * + - 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały komplet min. 24 miesiące. | Tak, podać | ………… |  |
| **2** | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu. | Tak |  |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | ………….. |  |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na 2 tygodnie przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin (w dni robocze),b) naprawa nie wymagająca importu części – do 3 dni roboczych, c) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, podać | …………. |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |  |
| **9** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |  |
| **10** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |  |
| **11** | Paszport techniczny z wpisem o montażu, pierwszym uruchomieniu i terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |  |
| **12** | Zapewnienie dostępności części zamiennych i wsparcia technicznego w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak, podać | ………….. |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.5 do SWZ**

**zmieniony w dniu 28.03.2023 r.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 5 – Dostawa toru wizyjnego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** | **Punktacja** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma………………………………………………..…… Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia ………………………… Urządzenie typ / model ……………………….……… Klasa wyrobu medycznego ………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |  |
| **3** | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |  |
| 1. **Procesor obrazu ze źródłem światła – 1 szt.**
 |
| **1** | Obrazowanie min.: HDTV1080p, SXGA, SDTV | Tak, podać | …………. |  |
| **2** | Rozdzielczość min. 1920x1080 p | Tak, podać | …………. |  |
| **3** | Cyfrowe wyjścia HDTV 1080 min. DVI-D | Tak |  |  |
| **4** | Wyjście wideo standard min.: S-Video, Composite, RGB | Tak |  |  |
| **5** | Wyjścia komunikacyjne: Ethernet/ DICOM | Tak |  |   |
| **6** | Zintegrowanie źródło światła z procesorem obrazu w jednym urządzeniu  | Tak |  |  |
| **7** | Możliwość podłączenia urządzeń magazynujących – USB Stick | Tak |  |  |
| **8** | Pamięć wewnętrzna procesora min. 4 GB | Tak, podać | *…………….* | ≥8 GB – 30 pkt |
| **9** | System wyboru przez procesor najostrzejszego zdjęcia w momencie uruchomiania zapisu obrazów | Tak |  |  |
| **10** | Trzy tryby przysłony min.: auto, maksymalny, średni | Tak, podać | …………. |  |
| **11** | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania krawędzi  | Tak |  |  |
| **12** | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania struktury tkanek | Tak |  |  |
| **13** | Obrazowanie w wąskich pasmach światła optyczne i cyfrowe  | Tak |  |  |
| **14** | Barwienie modyfikowanym światłem LED lub poprzez zmianę barw i częstotliwości światła LED | Tak, podać | …………… |  |
| **15** | Wybór barwienia w zmiennej wiązce światła LED | Tak |  |  |
| **16** | Procesor musi być wyposażony w wyjście komunikacyjne LAN | Tak |  |  |
| **17** | Ilość dowolnie programowalnych przycisków funkcyjnych na procesorze - min. 1 | Tak, podać | …………. |  |
| **18** | Procesor umożliwia archiwizację obrazów medycznych w formatach JPEG, TIFF, DICOM lub JPEG, PNG,DICOM | Tak, podać | …………. |  |
| **19** | Możliwość powiększenia ruchomego obrazu endoskopowego podczas badania w trybie rzeczywistym zoom elektroniczny | Tak |  |  |
| **20** | Możliwość podłączenia aparatów jedno i dwukonektorowych | Tak |  |  |
| **21** | Możliwość podłączenia aparatów z zoom optycznym min. x 135  | Tak, podać | ………….. |  |
| **22** | Możliwość podłączenia aparatów złączem optycznym | Tak |  |  |
| **23** | Źródło światła typu LED  | Tak |  |  |
| **24** | Wbudowane min. 3 diody LED | Tak |  |  |
| **25** | Żywotność wbudowanego oświetlenia głównego min. 10 000 godz. | Tak, podać | ………….. | ≥15000 godz. – 30 pkt |
| **26** | Manualna regulacja jasności oświetlenia +/- 10 stopni | Tak |  |  |
| **27** | Wbudowana regulowana pompa powietrza maksymalne ciśnienie 65 - 70 kPa | Tak, podać | ………….. |  |
| **28** | Stopniowa regulacja intensywności insuflacji powietrza - 4 lub 5 stopni | Tak, podać | …………… |  |
| **29** | Kompatybilny z oferowanymi kolonoskopami  | Tak |  |  |
| 1. **Monitor medyczny – 1 szt.**
 |
| **1** | Producent ……………………………………….. Nazwa i typ ………………………………... Kraj pochodzenia …………………………………  |
| **2** | Matryca typu LED  | Tak |  |  |
| **3** | Przekątna min. 27 cali | Tak, podać | ………….. |   |
| **4** | Rozdzielczość obrazu 1920 x 1080 p | Tak |  |   |
| **5** | Proporcje 16:9 | Tak |  |   |
| **6** | Jasność min. 800 cd/m2 | Tak, podać | …………… |   |
| **7** | Kąt widzenia obrazu prawo/lewo góra/dół min. 170ᵒ | Tak, podać | ………….. |  |
| **8** | Współczynnik kontrastu 1000:1 | Tak |  |   |
| **9** | Sygnał wejścia: 2 x DVI, 1 x VGA, 1 x Component, 1 x SDI(3G) | Tak |  |   |
| **10** | Sygnał wyjścia:1 x DVI, 1 x SDI(3G) | Tak |  |   |
| 1. **Pompa kolonoskopowa – 1 szt.**
 |
| **1** | Producent ………………………… Nazwa i typ ……………………………………………Kraj pochodzenia ………………………………  |
| **2** | Zbiornik wody o pojemności min. 2 litry | Tak |  |  |
| **3** | Element pompujący rolkowy | Tak |  |  |
| **4** | Sterowanie pracy pompy z włącznika nożnego | Tak |  |  |
| **5** | Kompatybilne z oferowanymi endoskopami | Tak |  |  |
| **6** | Trzy przepływy: 209 ml/min, 220 ml/min, 840 ml/min | Tak |  |  |
| **7** | Płynna (bezstopniowa) regulacja przepływu | Tak |  |  |
| **8** | Możliwość chemicznej dezynfekcji elementów pompy | Tak |  |  |
| **9** | Zasilanie 230V, 50Hz  | Tak |  |  |
| 1. **Wózek medyczny endoskopowy – 1 szt.**
 |
| **1** | Producent …………………………………. Nazwa i typ …………………………………….Kraj pochodzenia …………………….  |
| **2** | Podstawa jezdna z blokadą kół | Tak |  |  |
| **3** | 4 samonastawne kółka o średnicy Ø100mm, w tym 2 z hamulcami | Tak |  |  |
| **4** | Zasilanie centralne wózka | Tak |  |  |
| **5** | Uziemiona listwa z 3 wyjściami z wyłącznikiem, uwieszona na prawej kolumnie wózka | Tak |  |  |
| **6** | Możliwość ustawienia wszystkich elementów zestawu | Tak |  |  |
| **7** | Półki: - wyjeżdżająca na klawiaturę, - półka z rączką, - półka z nogą pod monitor VESA 75/100 do 14 kg, - stojak na endoskop ustawiany na obie strony wózka - wieszak na endoskopy | Tak |  |  |
| **8** | Możliwość regulacji wysokości półek | Tak |  |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące. | Tak, podać | …………. |  |
| **2** | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu. | Tak |  |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | ………….. |  |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych; c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak |  |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |  |
| **9** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak |  |  |
| **10** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |  |
| **11** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |  |
| **12** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |  |

 *Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.6 do SWZ**

**zmieniony w dniu 28.03.2023 r.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 6 – Dostawa Videokolonoskopu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne**
 |
| **1** | Producent / Firma ……………………………. Kraj pochodzenia ………………………. Urządzenie typ / model …………………..…………………. Klasa wyrobu medycznego …………………… Rok produkcji (2022 lub 2023) ……………………………. |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |
| **3** | Aparat fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |
| 1. **Videokolonoskop – 2 szt.**
 |
| **1** | Kąt obserwacji min. 170ᵒ | Tak, podać | ………….. |
| **2** | Głębia ostrości min 3-100 mm | Tak, podać | ………….. |
| **3** | Średnica zewnętrzna wziernika max. 12,8 mm | Tak, podać | ………….. |
| **4** | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu 12,8 mm | Tak |  |
| **5** | Średnica kanału roboczego 3,8 mm | Tak |  |
| **6** | Długość robocza 1330- 1700 mm | Tak, podać | ………….. |
| **7** | Kąt zagięcia końcówki endoskopu min.: -w górę 180ᵒ, -w dół 180ᵒ, -w lewo 160ᵒ, -w prawo 160ᵒ | Tak, podać | ………….. |
| **8** | Cztery programowalne przyciski endoskopowe | Tak |  |
| **9** | Obsługa min 3 trybów obrazowania w modyfikowanym świetle LED | Tak |  |
| **10** | Kamera endoskopu z matrycą w technologii CMOS lub CCD | Tak, podać | …………… |
| **11** | Aparat w pełni zanurzalny, nie wymagający nakładek uszczelniających | Tak |  |
| **12** | Pełna separacja galwaniczna w konektorze łączącym endoskop z procesorem | Tak |  |
| **13** | Typ konektora - jednogniazdowy | Tak |  |
| **14** | Dodatkowy kanał do spłukiwania pola operacyjnego (Water Jet) | Tak |  |
| **15** | Aparat kompatybilny z oferowanym procesorem obrazu  | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące. | Tak, podać | …………… |
| **2** | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi aparatu | Tak |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | …………… |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych; c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |
| **9** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak |  |
| **10** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |
| **11** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| **12** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji, pierwszym uruchomieniu oraz terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |

*Podpis osoby / osób umocowanych do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1.7 do SWZ**

**zmieniony w dniu 28.03.2023 r.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 7 – Dostawa wózka transportowego do przewozu chorych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana****(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| **I . Wymagania ogólne** |
| **1** | Producent/Firma ………………………………. Kraj pochodzenia ……………………Typ / model ………………………. Klasa wyrobu medycznego ……………………… Rok produkcji (2022 lub 2023) …………………………………………………  |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla aparatu  | TAK |  |
| **3** | Wózek fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |
| **II. Wózek transportowy – 2 szt.** |
| **1** | Wózek przeznaczony do transportu wewnątrzszpitalnego. | Tak |  |
| **2** | Długość całkowita wózka: max. 2050 mm +/- 100 mm. | Tak, podać | …………… |
| **3** | Szerokość całkowita wózka z poręczami bocznymi: max. 800 mm +/- 50 mm. | Tak, podać | …………… |
| **4** | Szerokość materaca: min. 660 mm (dopasowany do wymiarów wózka). | Tak, podać | …………… |
| **5** | Regulacja wysokości za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie 580 – 910 mm (± 20 mm).  | Tak, podać | …………….. |
| **6** | Oparcie pleców regulowane sprężynami gazowymi z blokadą w zakresie od 00 do 700 ± 30. | Tak, podać | ……………. |
| **7** | Przechył Trendelenburga: 260 (± 30). | Tak, podać | …………. |
| **8** | Przechył anty -Trendelenburga: 150 (± 30). | Tak, podać | …………. |
| **9** | Regulacja pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą.  | Tak |  |
| **10** | Ergonomiczny uchwyt do pozycjonowania leża w pozycji Trendelenburga lub anty-Trendelenburga – usytuowany od strony nóg pacjenta lub od strony nóg i głowy pacjenta.  | Tak |  |
| **11** | Wózek wykonany z profili stalowych, lakierowanych proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów  | Tak |  |
| **12** | Podstawa wózka obudowana wypraskami z tworzywa z zastosowaniem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania bakterii i wirusów, z miejscem w wyprasce na podręczne rzeczy. | Tak |  |
| **13** | Dwusegmentowe leże wypełnione płytą laminatową umożliwiającą wykonanie zdjęć RTG oraz przeprowadzanie reanimacji. Możliwość monitorowania klatki piersiowej pacjenta aparatem RTG z ramieniem C. | Tak |  |
| **14** | Wózek zaopatrzony w 4 lub 6 krążków odbojowych. | Tak, podać | ………….. |
| **15** | Materac o grubości min. 80 mm montowany do leża wózka za pomocą rzepów.Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego z dodatkami bakterio i grzybobójczymi ograniczającymi rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli. Obszycie niepalne zgodnie z normą BS 5852 poziom CRIB 5 (Źródło zaprószenia 5). Właściwości ograniczające rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli oraz niepalności potwierdzone certyfikatami wydanymi przez niezależne uprawnione do tego podmioty. Certyfikaty dołączyć do oferty.Możliwość wyboru koloru obszycia materacy – wg wzornika producenta. | Tak |  |
| **16** | Koła jezdne o średnicy min. 200 mm z centralną blokadą jazdy i kołem kierunkowym – 2 dźwignie blokady od strony nóg pacjenta lub cztery koła jezdne o średnicy 200 mm z centralną blokadą jazdy – 4 dźwignie blokady – dwie od strony głowy i dwie od strony nóg pacjenta oraz dodatkowe 5-te koło kierunkowe.  | Tak, podać | ……………. |
| **17** | Dopuszczalne obciążenie wózka min. 250 kg. | Tak, podać |  |
| **18** | Wózek wyposażony w poręcze boczne wykonane z aluminium oraz odpornego tworzywa, składające się z dwóch poprzeczek poziomych oraz min. 5 pionowych. | Tak |  |
| **19** | Mechanizm zwalniania / blokowania poręczy w łatwo dostępnym miejscu – w górnej części poręczy, oznaczony kolorem żółtym lub czerwonym. |  |  |
| **20** | Poręcze boczne po złożeniu nie wystają ponad powierzchnię leża – brak utrudnień przy schodzeniu z wózka lub przy transferze pacjenta z wózka na łóżko. | Tak |  |
| **21** | Wózek wyposażony w 4 ergonomiczne uchwyty do przetaczania – 2 od strony nóg pacjenta oraz 2 od strony głowy. | Tak |  |
| **22** | Od strony nóg metalowy ogranicznik chroniący przed zsuwaniem się materaca. | Tak |  |
| **23** | Wyposażenie wózka: * Wieszak kroplówki

 - Tunele na tacę RTG | Tak |  |
| **24** | Dokumenty (raporty techniczne, karty charakterystyki itp.) potwierdzające antybakteryjność lakieru i tworzywa - (dołączyć do oferty). | Tak |  |
| **25** | Wózek dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta. | Tak |  |
| **26** | Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne. | Tak |  |
| **27** | Deklaracja Zgodności, Wpis lub Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe**
 |
| **1** | Gwarancja na cały komplet min. 24 miesiące | Tak, podać | …………… |
| **2** | Instalacja wózka przez autoryzowany serwis producenta. | Tak |  |
| **3** | Szkolenie z zakresu obsługi wózka | Tak |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia | Tak, podać | …………….. |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na 2 tygodnie przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin (w dni robocze),b) naprawa nie wymagająca importu części – do 3 dni roboczych, c) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 5 dni roboczych. | Tak, podać | …………… |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| **8** | W okresie gwarancji zapewnienie wózka zastępczego na czas naprawy | Tak |  |
| **9** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.) | Tak |  |
| **10** | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **11** | Paszport techniczny z wpisem o montażu, pierwszym uruchomieniu i terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |
| **12** | Zapewnienie dostępności części zamiennych i wsparcia technicznego w okresie 10 lat od daty dostawy | Tak, podać | ………….. |

*Podpis osoby / osób umocowanych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*