|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 1** |
| **FORMULARZ OFERTY** |

**OFERTA**

# na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” Postępowanie prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego – Znak: 1/PN/21

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oraz po zapoznaniu się z:

- Specyfikacją Warunków Zamówienia,

- wzorem umowy, my niżej podpisani, reprezentujący:

....................................................................................................................................................................

**/ nazwa Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie/**

....................................................................................................................................................................

**/ siedziba Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie/**

**nr telefonu**............................. **adres internetowy**................................... **e-mail:** ........................................

**REGON**:...................................................................**NIP**...........................................................................

**I.** oświadczamy, że:

1/ uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,

2/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ oraz wyjaśnień do SWZ, w szczególności z Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (Załącznik nr 3.1 – 3.17 i 2.17 do SWZ),

3/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia za ceny zgodnie z załączonym Formularzem ofertowo-cenowym,

4/ oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,

5/ oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 90 dni począwszy od upływu terminu składania ofert,

6/ oświadczamy, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Wykonawca odpowiada na zasadach określonych w Kodeksie Karnym),

7/ potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania,

8/ oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przetargu określonymi w SWZ i załącznikach (w tym z Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia) przyjmujemy je bez zastrzeżeń, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego (stanowiącego integralną część SWZ),

9/ zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,

10/ oświadczamy także, że wszystkie produkty oferowane w niniejszym postępowaniu posiadają wymagane certyfikaty i atesty, które dopuszczają użytkowanie przedmiotu zamówienia lub inne równoważne dokumenty, potwierdzające bezpieczeństwo w użytkowaniu oraz zgodność z wymaganiami polskich i europejskich norm, o ile są wymagane przez przepisy prawne,

11/ oświadczamy, że nasza firma spełniła obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio firma uzyskała w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.*

***UWAGA! W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do treści art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO - Wykonawca nie składa oświadczenia (usuwa treść oświadczenia przez jego wykreślenie).***

**12/ Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę wynoszącą:**

**PAKIET NR 1**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 2**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 3**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 4**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 5**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 6**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 7**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 8**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 9**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 10**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 11**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 12**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 13**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 14**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 15**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 16**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**PAKIET NR 17**

Cena netto: .......................................... w tym …….. % podatek VAT

Cena brutto: ..........................................(słownie brutto: .....................................................................)

**Uwaga!** ceny – zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku

13/ Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczamy, że:

**a) wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** \*:

**b) wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \***

14/ oświadczamy, że cena oferty zawiera wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

**15/ oświadczamy, że udzielamy gwarancji dla Pakietu nr …… na okres ............... miesięcy od daty odbioru przedmiotu umowy** *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*) **(UWAGA! Należy wpisać odpowiednią wartość w przedziale wskazanym dla danego Pakietu zgodnie z zapisami w Rozdziale IX. pkt 2.2 SWZ)**

**II. TERMIN PŁATNOŚCI – oznaczony w dniach** (liczony od dnia doręczenia Zamawiającemu faktury) – do 30 dni (słownie: trzydziestu)

**III. WADIUM:**

- do Pakietu nr …… w kwocie ……………………………………………………………. zł *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*)

Łączna wartość wadium: ………………..… zostało wniesione w formie ....................................................

- numer konta Wykonawcy, na które Zamawiający dokona zwrotu wadium wniesionego w pieniądzu lub adres/-y e-mail na które należy przesłać informację o zwrocie wadium wniesionego w innej formie niż w pieniądzu:

...................................................................................................................................................................

**IV. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2019.1010) zawarte są w Załączniku ….. i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2019.1010) w oparciu o następujące uzasadnienie (Wykonawca zobowiązany jest do uzasadnienia okoliczności zastrzeżenie części oferty jako tajemnicy przedsiębiorstwa w sposób obiektywny i wyczerpujący w oparciu o przesłanki wskazane w art. 11 ust. 4 ustawy wskazanej powyżej):

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

**V. PODWYKONAWCY:**

Zamierzam / nie zamierzam\* powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

Podaję nazwy (firm) podwykonawców:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

**VI**. **PODMIOTY UDOSTĘPNIAJĄCE ZASOBY:**

Podaję nazwy (firm), na których zasoby powołuję się w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

**VII. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adrese-mail : ……………………………………………………………...……..

**VIII. DANE OSOBY/OSÓB, KTÓRE BĘDĄ PODPISYWAĆ EWENTUALNĄ UMOWĘ ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : …………………………………………………………………...

c/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

d/ stanowisko : …………………………………………………………………...

**IX. DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA REALIZACJĘ UMOWY ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adrese-mail : ……………………………………………………………...……..

**X. OKREŚLENIE STATUSU PRZEDSIĘBIORSTWA WYKONAWCÓW (do celów statystycznych)**

Oświadczam, że **jesteśmy / nie jesteśmy\*** małym lub średnim przedsiębiorstwem1

*Oferta ma być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

\*) niepotrzebne skreślić

1 Zgodnie z zaleceniem Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 06.05.2003 r. dot. definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich ( 2003/361/WE);

mniej niż 250 osób, i których obroty roczne nie przekraczają 50 mln EUR, i/lub których roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.

b) W kategorii MŚP, małe przedsiębiorstwo jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR.

c) W kategorii MŚP, przedsiębiorstwo mikro jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EURO

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.1** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 1 (CPV:** 33172200-8 Urządzenia do resuscytacji, 33172100-7 Urządzenia do anestezji)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do znieczulenia wysokiej klasy z możliwością znieczulania dzieci | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Respirator stacjonarny z funkcją transportową | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.2** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 2 (CPV:** 33182100-0 Defibrylatory)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Defibrylator | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.3** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 3 (CPV:** 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt./zest.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Ogrzewacz płynów | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Ogrzewacz pacjenta | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.4** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 4 (CPV:** 33195110-7 Monitory do kontrolowania czynności oddechowej)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Kardiomonitor - Monitor pacjenta | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.5** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 5 (CPV**: 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Ssak stanowiskowy | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.6** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 6 (CPV:** 33192120-9 Łóżka szpitalne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Łóżko pacjenta elektryczne do intensywnej terapii | 3 |  |  |  |  |
| 2 | Łóżko pacjenta elektryczne | 6 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.7** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 7 (CPV:** 33194110-0 Pompy infuzyjne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Pompa infuzyjna przepływowa | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.8** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 8 (CPV:** 33172000-6 Urządzenia do anestezji i resuscytacji, 33171210-4 Maski do resuscytacji)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Laryngoskop | 3 |  |  |  |  |
| 2 | Laryngoskop McCoy | 1 |  |  |  |  |
| 3 | Ambu | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.9** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 9 (CPV:** 33112200-0 Aparaty ultrasonograficzne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat USG | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.10** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 10 (CPV:** 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Ssak jezdny | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.11** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 11 (CPV:** 33111400-5 Urządzenia do fluoroskopii rentgenowskiej)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | RTG z wyposażeniem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.12** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 12 ZADANIE NR 1 (CPV:** 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych, 33168000-5 Przyrządy do endoskopii, endochirurgii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Kolumna endoskopowa – tor wizyjny z wyposażeniem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**PAKIET NR 12, ZADANIE NR 2** – **SUKCESYWNE DOSTAWY WYROBÓW JEDNORAZOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ogólnych** | **Ilość**  **Zamawiana**  **(szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy** | **Producent i nazwa handlowa** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 2a | Dreny jednorazowe współpracujące z zaoferowaną pompą do zabiegów artroskopowych – praca w torze napływu | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 2b | Dreny jednorazowe współpracujące z zaoferowaną pompą do zabiegów artroskopowych – praca w trybie napływu i odpływu | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  | xxx | xxx |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŁĄCZNIE ZA PAKIET NR 12** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Kolumna endoskopowa |  |  |  |
| 2. | Dreny |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET 12** | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.13** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 13 (CPV:** 33161000-6 Urządzenia elektrochirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Diametria – elektrochirurgia – w zestawie z torem wizyjnym | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.14** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 14 (CPV:** 33195000-3 System monitorowania pacjentów)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Pulsoksymetr przenośny | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.15** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 15 (CPV:** 33192230-3 Stoły operacyjne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stół operacyjny | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.16** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 16 (CPV:** 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Przystawka do artroskopii do stołu operacyjnego | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.17** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 17.1** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw ortopedyczny do dużych kości **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Kleszcze do materiałów opatrunkowych typ maier długość 265 mm odgięte szerokość szczęki 7 mm skok ząbków 1,25 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Spinak do serwet typ backhaus dł. 135 mm odgięty 55 stopni rozstaw szczęk 16,5 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Uchwyt skalpela nr 4 (trzonek) dł. 135mm z linijką | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Uchwyt skalpela nr 4l (trzonek długi ) dł. 215mm. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Uchwyt skalpela nr 3 (trzonek) dł.125mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Nożyczki chirurgiczne proste dł. 165mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Nożyczki do szwów (z twardą wkładką ) utwardzane zakrzywoine dł.180mm. Branże tnace ze szlifem falistym. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Nożyczki preparacyjne utwardzane typ metzenbaum odgięte dł 200 mm. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Pinceta anatomiczna dł.160mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Pinceta chirurgiczna 3x4 ząbki dł.160mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Kleszcze naczyniowe typ kocher -ochsner 1x2 ząbki proste dł.185mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Kleszczyki naczyniowe typ kocher-ochsner proste 1x2 ząbki dł. 225 mm skok ząbków 0,9 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Kleszczyki naczyniowe typ bayby-ceile (pean) zakrzywione dł.140mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Kleszczyki naczyniowe delikatne typ crile (pean) odgięte dł. 160 mm skok ząbków 0,7 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Kleszczyki preparacyjne i do podwiązek typ overholt-geissendoerfer odgięte fig.1 dł.210mm skok ząbków 0,7 mm. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Imadło chirurgiczne typ hegar-mayo dł.150mm z twardą wkładką. Szczęki z nacięciami krzyżowymi 0,5 mm. Ucha złocone | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Imadło chirurgiczne utwardzane typ hegar,dł 205 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Hak operacyjny typ kocher 60x20mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Hak operacyjny typ volkmann cztero zębny, ostry 9x19mm dł.220mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Hak operacyjny typ volkmann 1z.tępy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Hak operacyjny typ kocher 1z.tępy dł. 220 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Dźwignia kostna typ hohmann szer.34mm dł. 285 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Dźwignia kostna typ verbrugge-muller szer.44mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Naczynie laboratoryjne stalowe pojemność1,0 litr.wymiary 15,1x10,0x7,3cm. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Naczynie laboratoryjne stalowe pojemność0,4 litr.wymiary 11,1x7,2x5,6cm. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Stalowy kubek miarowy z podziałką o poj. 0,25 litra z uchwytem | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Zacisk histerektomijne typ wertheim dł. 235 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Kleszcze repozyce z koncówkami do duzych kości dł. 205 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Kleszcze repozycyjne z zamkiem dł. 235 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Kościotrzymacz śr. 3,5 dł. 260 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Kościotrzymacz typ verbrugge duży dł. 270 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Szczypce kostne typ stille-ruskin dł. 240 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Kleszcze kostne typ liston (tnące), odgięte,dł. 240 mm. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Raspator typ cottle zakrzywiony, ostry dł. 195 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Raspator typ lambotte szer.10,0 mm dł. 215 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Raspator typ lambotte szer.20,0 mm dł. 215 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Łyżeczka kostna typ volkmann dł. 170 mm figura 0 główka owalna szerokość 5,2 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Łyżeczka ginekologiczna ostra typ simon dł. 240 mm figura 2 główka owalna szerokość 8,5 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Łyżeczka ginekologiczna ostra typ simon dł. 240 mm figura 6 główka owalna szerokość 14,5 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Wiertło 150mm z dwoma rowkami | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Dłuto rowkowane typ stille śr. 10 dł. 205 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Dłuto płaskie ścięte jednostronnie typ stille dł. 205 mm szerokość ostrza 10mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 43. | Osteotom typ stille delikatny szer. 15 mm dł. 205 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Osteotom typ lambotte szer. 10 mm dł. 245 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Osteotom typ lambotte prawy szer. 18 mm dł. 245 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 46. | Pobijak dł. 200 mm główka średnicy 12 mm z nacięciami krzyżowymi podziałka 0,5 mm rękojeść z tworzywa | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 47. | Pobijak dł. 200 mm główka średnicy 116 mm z nacięciami krzyżowymi podziałka 0,5 mm rękojeść z tworzywa | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 48. | Młotek typ ombredanne waga 520 g, głowica-śr.40mm dł 240 mm. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 49. | Młotek metalowy typ hajek, waga 135 g, głowa.-średnica 27mm , dł 220 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 50. | Obcinak główek do twardego drutu do śr.2,5mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 51. | Kleszcze z przekładnią boczne do cięcia drutu kirschnera dł. 235 mm szczęki odgięte ostrza napawane twardym metalem maksymalna średnica drutu 2,2 mm końce ramion złocone | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 52. | Kleszcze do usuwania drutu dł. 180 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 53. | Prowadnica druta typ demel | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 54. | Prowadnica druta wygięcie boczne dł. 225 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 55. | Igła typ deschamps zakrzywiona w lewo dł. 280 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 56. | Igła typ deschamps zakrzywiona w prawo dł.280 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 57. | Linijka elastyczna do pracy w rtg dł. 500 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 58. | Wybijak gwoździ rdzen okrężny śr.4,0 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 59. | Wybijak gwoździ rdzen okrężny śr.3,2 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 60. | Klamra spinająca narzędzia o dł. 140 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 61. | Dźwignia kostna szer.17mm dł. 240 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 62. | Pinceta chirurgiczna średnioszeroka prosta końcówka robocza 1x2 ząbki długość 160 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 63. | Kleszczyki naczyniowe typ kocher-ochsner proste skok ząbków 0,8 mm końcówka robocza 1x2 ząbki długość 160 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 64. | Kleszczyki preparacyjne typ mixter małe zakrzywione skok ząbków 0,5 mm długość 180 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 65. | Hak operacyjny typ kocher jednozębny ostry długość 205 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 66. | Kleszcze repozycyjne do kości typ reill zakrzywione długość 170 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 67. | Hak operacyjny typ us-army długość 220 mm dwustronny wymiary łyżek 26x15/43x15-22x15/39x15 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 68. | Kościotrzymacz zakrzywiony w bok ze śrubą blokującą szerokość części roboczej 2,5/7 mm długość całkowita 190 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 69. | Odgryzacz kostny typ marquardt zakrzywiony z podwójną przekładnią szerokość części roboczej 4 mm długość całk. 200 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 70. | Dłuto rowkowe typ partsch szerokość części roboczej 6 mm długość całkowita 140 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 71. | Kleszcze płaskie do trzymania drutu szczęki krzyżowo ząbkowane z dodatkowymi kanałami pionowym oraz poziomym dł. 170 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 72. | Linijka stalowa wyskalowana w milimetrach i calach długość 150 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 73. | Wbijak/wybijak gwoździ rdzeń okrągły śr.2,4 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 74. | Dźwignia kostna szerokość 15 mm szerokość końcówki 2 mm długość 125 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 75. | Kleszcze płaskie model marburg szczęki .żłobione dł. 140 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 76. | Kleszcze płaskie do trzmania drutu uchwyt boczny szczęki poprzecznie ząbkowane długość całkowita 200 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 77. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 592x285x209mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.2** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw ortopedyczny do biodra **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Rozszerzacz biodrowy 90° stand ostry śr. 28 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Rozszerzacz biodrowy 90° stand ostry śr. 28 mm końcówka o kształcie v | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dźwignia kostna szer.17 mm dł. 240 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dźwignia kostna szer.43 mm dł. 230 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Dźwignia kostna typ hohmann-aldinger dł. 270 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Wiertło do usuwania głowki kości udowej | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Osteotom kątowy z rączką typ lexer dł.275mm szerokość 0strza 15mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Łyżeczka ginekologiczna ostra typ schroder dł. 310 mm 12 figura 1 główka owalna szerokość 6,8 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Łyżeczka ginekologiczna ostra typ schroder dł. 310 mm figura 4 główka owalna szerokość 11,5 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Łyżeczka ginekologiczna ostra typ schroder dł. 310 mm 12 figura 6 główka owalna szerokość 14,5 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Nożyczki do chrząstek typ resano odgięte dł. 250 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Wbijak do protezy główki biodrowej | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Pinceta chirurgiczna 1x2 ząbki dł.160mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 592x285x142mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.3** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw ortopedyczny do ręki **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Kleszcze do materiałów opatrunkowych typ maier długość 265 mm odgięte szerokość szczęki 7 mm skok ząbków 1,25 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Spinak do serwet papierowych dł. 115 mm jeden koniec szczęk kielichowy drugi kulisty odgięty po łuku rozstaw szczęk 19,5 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Spinak do serwet typ backhaus dł. 110 mm odgięty 50 stopni rozstaw szczęk 14 mm | 8 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Uchwyt skalpela nr 3 (trzonek) dł.125mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Kleszczyki preparacyjne i do podwiązek typ baby-mixter odgięte dł. 140 mm skok ząbków 0,5 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Stalowy kubek miarowy z podziałką o poj. 0,25 litra z uchwytem | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Naczynie laboratoryjne stalowe pojemność0,4 litr.wymiary 11,1x7,2x5,6cm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Rozwieracz typ weitlaner tępy 2x3z. Dł. 110 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Rozwieracz typ weitlaner półostry 3x4z. Dł. 130 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Dźwignia kostna typ buck-gramcko szer. 7,5mm dł. 150 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Dźwignia kostna szer 15,0 mm, dł. 125 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Kościotrzymacz 3x3 z. Dł. 145 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Odgryzacz kostny typ luer-friedmann lekko odgięty dł.145mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Kleszcze do cięcia kości delikatnie zakrzywione z przekładnią typ bohller dł.145mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Kleszcz do repozycji palcy dł. 135 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Raspator (skrobaczka) typ pennybaker , odgięta , dł.165mm , szer.6,0mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Raspator typ koenig dł. 155 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Dissektor-elewator typ freer , dwustronny ostro/tępy, dł. 185mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Łyżeczka kostna typ williger dł. 170 mm figura 00 główka owalna szerokość 3,4 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Osteotom typ lambotte dł. 125 mm szerokość 6 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Osteotom typ lambotte dł. 125 mm szerokość 8 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Osteotom typ lambotte dł. 125 mm szerokość 10 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Osteotom typ lexer-mini szer. 4mm dł. 180 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Kleszcze repozycyjne z prowadnicą typ wiertlaner dł. 170 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Młotek metalowy typ hajek, waga 135 g, głowa.-średnica 27mm , dł 220 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Dłuto kostne rowkowe typ partsch dł. 140 mm szerokość 3 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Kleszcze płaskie model marburg szczęki .żłobione dł. 140 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Przecinak drutu dł. 180 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Igła do podwiązek typ deschamps zakrzywiona,tępa , prawa dł. 215 mm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Aluminiowa ręka dla dziecka | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Aluminiowa ręka dla dorosłych | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Kleszcze okrągłe dł. 180 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Wbijak i wybijak gwoździ rdzeń śr. 2,4 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Haczyk operacyjny delikatny czterozębny tępy 4,5x9,5 mm długość 165 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Hak operacyjny typ langenbeck-green 6x16 mm długość 160 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Pinceta naczyniowa z uzębieniem atraumatycznym typ de bakey prosta szerokość szczęki 2 mm długość 150 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Pinceta chirurgiczna delikatna typ adson 1x2z. Dł. 120 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Imadło chirurgiczne typ hegar-mayo szczęki proste z twardą wkładką skok 0,5 mm do nici do 3/0 długość 150 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Nożyczki chirurgiczne proste tępo ostre długość 165 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Nożyczki do ligatury odgięte długość 145 mm ostrza tępo tepe utwardzone z twardą wkładką złote ucha | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Nożyczki preparacyjne odgięte delikatne typ baby-metzenbaum długość 145 mm ostrza tępo tepe utwardzone z twardą wkładką złote ucha | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Kleszczyki naczyniowe typ kocher proste skok ząbków 0,8 mm końcówka robocza 1x2 ząbki długość 140 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 43. | Kleszczyki naczyniowe typ pean proste skok ząbków 0,9 mm długość 140 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Kleszczyki naczyniowe typ halsted zakrzywione delikatne skok ząbków 0,6 mm długość 125 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 592x285x142mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.4** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw ortopedyczny do ręki miękki **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Naczynie laboratoryjne stalowe pojemność 0,4 litra wymiary 11,1(góra)x7,2(dół)x5,6(wysokość) cm. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Stalowy kubek miarowy z podziałką o poj. 0,25 litra z uchwytem | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kleszczyki do opatrunków odgięte typ maier dł. 265mm z zamkiem szerokość szczęki 7mm skok ząbków 1,25mm | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Uchwyt skalpela numer 3 długość 125 mm | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Rozwieracz typ weitlaner półostry 3x4 zęby długość 130 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Haczyk operacyjny do tchawicy delikatny jednozębny ostry długość 165 mm | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Hak operacyjny typ langenbeck-green 6x16 mm długość 160 mm | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Hak operacyjny typ us-army długość 220 mm dwustronny wymiary łyżek 26x15/43x15-22x15/39x15 | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Pinceta naczyniowa z uzębieniem atraumatycznym typ de bakey prosta szerokość szczęki 2 mm długość 150 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Pinceta chirurgiczna typ adson delikatna prosta długość 120 mm końcówka robocza 1x2 ząbki | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Imadło chirurgiczne typ hegar-mayo szczęki proste z twardą wkładką skok 0,5 mm do nici do 3/0 długość 150 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Nożyczki chirurgiczne proste tępo ostre długość 165 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Nożyczki do ligatury odgięte długość 145 mm ostrza tępo tepe utwardzone z twardą wkładką złote ucha | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Nożyczki preparacyjne odgięte delikatne typ baby-metzenbaum długość 145 mm ostrza tępo tepe utwardzone z twardą wkładką złote ucha | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Kleszczyki preparacyjne typ mixter małe zakrzywione skok ząbków 0,5 mm długość 140 mm | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Kleszczyki naczyniowe typ kocher proste skok ząbków 0,8 mm końcówka robocza 1x2 ząbki długość 140 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Kleszczyki naczyniowe typ pean proste skok ząbków 0,9 mm długość 140 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Kleszczyki naczyniowe typ halsted zakrzywione delikatne skok ząbków 0,6 mm długość 125 mm | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Zacisk opatrunkowy typ backhaus odgięty pod kątem 50° rozstaw szczęk 14 mm długość 110 mm | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Kleszcze do przecinania drutu z podwójną przekładnią śr. Max 1,5 mm (druty twarde) / 2 mm (druty miękkie) długość 145 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Osteotom typ lambotte prosty szerokość części roboczej 6 mm długość całkowita 125 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Odgryzacz kostny typ luer-friedmann zakrzywiony szerokość części roboczej 3 mm długość całkowita 145 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Kleszcze płaskie model marburg szczęki .żłobione dł. 140 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Dźwignia kostna typ buck-gramcko szerokość 7,5 mm szerokość końcówki 2 mm długość 150 mm | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 592x285x142mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.5** Narzędzia chirurgiczne: Narzędzia dodatkowe **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt./op.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Piła amputacyjna typ charriere długość brzeszczotu 180 mm długość całkowita 270 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kleszcze do przecinania gwoździ i drutów o średnicy maksymalnej 5 mm dłguość 470 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Uchwyt t dł.150 z opr.trójsz.do śr.6,5mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Retraktor beckmann-eaton do laminektomii 7x7 ostry 323mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Nożyce do gipsu typ stille dł. 370 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Nożyce do cięcia gipsu i materiałów opatrunkowych dł.235mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Kleszcze do odginania gipsu typ wolff dł. 250 mm 10" szczęki odgięte ząbkowane jedna sprężynka rozwierająca | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Rozwieracz do gipsu typ lawton dł. 220 mm 8 3/4" szerokość szczęki 30 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Nożyczki chirurgiczne proste tępo ostre długość 165 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Retraktor inge do laminektomii 275mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Rozwieracz do rany adson 4x4 półostry wygięty dł. 210 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Ostrza skalpela ze stali nierdzewnej 1 opakowanie zawiera 100 szt . Nr ostrza 10 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Ostrza skalpela ze stali nierdzewnej 1 opakowanie zawiera 100 szt . Nr ostrza 11 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Ostrza skalpela ze stali nierdzewnej 1 opakowanie zawiera 100 szt . Nr ostrza 15 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Ostrza skalpela ze stali nierdzewnej 1 opakowanie zawiera 100 szt . Nr ostrza 19 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Ostrza skalpela ze stali nierdzewnej 1 opakowanie zawiera 100 szt . Nr ostrza 21 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.6** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw do artroskopii ACL **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Naczynie laboratoryjne stalowe pojemność 0,4 litra wymiary 11,1(góra)x7,2(dół)x5,6(wysokość) cm. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Stalowy kubek miarowy z podziałką o poj. 0,25 litra z uchwytem | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kleszczyki do opatrunków odgięte typ maier dł. 265mm z zamkiem szerokość szczęki 7mm skok ząbków 1,25mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Uchwyt skalpela numer 3 długość 125 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Nożyczki chirurgiczne proste tępo ostre długość 165 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Nożyczki preparacyjne odgięte typ metzenbaum długość 200 mm ostrza tępo tepe utwardzone z twardą wkładką złote ucha | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Imadło chirurgiczne typ hegar-mayo szczęki proste z twardą wkładką skok 0,5 mm do nici do 3/0 długość 150 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Hak operacyjny typ kocher wymiary części roboczej 60x20 mm długość 230 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Hak operacyjny typ volkmann trójzębny ostry 9x13 mm długość 220 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Osteotom typ lambotte prosty szerokość części roboczej 10 mm długość całkowita 125 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Raspator typ lambotte szerokość części roboczej 10 mm długość całkowita 215 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Kleszczyki preparacyjne typ overholt-geissendoerfer figura 1 zakrzywione długość 205 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Kleszczyki naczyniowe typ kocher proste skok ząbków 0,8 mm końcówka robocza 1x2 ząbki długość 140 mm | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Łyżka ostra vollkman śr. 5 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Pinceta chirurgiczna średnioszeroka prosta końcówka robocza 1x2 ząbki długość 160 mm | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 300x285x142mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.7** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw do artroskopii zwykłej **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Naczynie laboratoryjne stalowe pojemność 0,4 litra wymiary 11,1(góra)x7,2(dół)x5,6(wysokość) cm. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Stalowy kubek miarowy z podziałką o poj. 0,25 litra z uchwytem | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kleszczyki do opatrunków odgięte typ maier dł. 265mm z zamkiem szerokość szczęki 7mm skok ząbków 1,25mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Uchwyt skalpela numer 3 długość 125 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Nożyczki chirurgiczne proste tępo ostre długość 165 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Imadło chirurgiczne typ hegar-mayo szczęki proste z twardą wkładką skok 0,5 mm do nici do 3/0 długość 150 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Pinceta chirurgiczna średnioszeroka prosta końcówka robocza 1x2 ząbki długość 160 mm | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 300x285x142mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.8** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw do kręgosłupa **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Haczyk do nerwów typ caspar,90°,5mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kerrison rozkl.130°góry 200mm 3mm cienka stopka | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kerrison rozkl.130°góry 200mm 5mm cienka stopka | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Szczypce typ caspar 3mm trzon 155mm prosty | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Szczypce typ caspar 4mm trzon 155mm prosty | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Kaniula ssąca de'bakey dł. 160 mm śr. 5mm srednia | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Ostra łyżka caspar prosta nr. 000 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Osteotom typ lexer prosty szerokość części roboczej 7 mm rękojeść z tworzywa peek długość całkowita 225 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Raspator prosty okrągły śr. 20 mm dł. 200 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Prosektor davis, dwustronny, dł. 245 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Pinceta bagnetowa część robocza 1/2 ząbki długość 200 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 300x285x142mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.9** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw do usuwania cementu **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Podbijak z rowkiem o wadze głowy 680 gr z ergonomiczną rękojeścią dł 280 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Hak do usuwania cementu 6mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ekstraktor do cementu z gwint śr.8mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Osteotom typ lambotte prosty szerokość części roboczej 8 mm długość całkowita 300 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Osteotom typ lambotte zakrzywiont szerokość części roboczej 8 mm długość całkowita 300 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Kontener bezobsługowy w systemie otwartym, wanna ze stopu aluminium o wymiarach 300x285x112mm. Na wannie po obu stronach miejsce na plomby | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

**PAKIET NR 17.10** Narzędzia chirurgiczne: Zestaw do mikrochirurgii **(CPV:** [33169000-2](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/przyrzady-chirurgiczne-2910) Przyrządy chirurgiczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** | **Numer katalogowy / Symbol** | **Producent** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1. | Nożyczki mikrochirurgiczne proste dł.160mm końce ostre dł.ostrza 15mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Mikropinceta typ mueller prosta szerokość końcówki 0,5 mm część robocza 1x2 ząbki długość całkowita 160 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Imadło mikrochirurgiczne odgięte wąski pyszczek uchwyt półokrągły z zapadką długość 150 mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Spód kontenera (wanna) aluminiowa typ mini o wymiarach 310x132x57mm | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Aluminiowa pokrywa perforowana do kontenera typ mini o wymiarach 305x140x25mm , srebrna , z uchwytami tabliczek identyfikacyjnymi | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Kosz w wersji mini przeznaczony do drobnych akcesoriów przeznaczony do mini kontenerów jk188 i jn188 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Silikonowa mata do kontenerów typ mini tzw. "jeżyk" o wymiarach 276x125x17mm , perforowana , do mikroinstrumentów | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (kpl):** | | | |  | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŁĄCZNIE ZA PAKIET NR 17** | **Ilość zestawów** | **Wartość jednostkowa netto zestawu** | **Wartość netto zestawów za ilość określoną w kol. 3** | **VAT w %** | **Wartość brutto zestawów za ilość określoną w kol. 3** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Z-01. ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO DUŻYCH KOŚCI | 1 |  |  |  |  |
| 2. | Z-02. ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO BIODRA | 2 |  |  |  |  |
| 3. | Z-03. ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO RĘKI | 2 |  |  |  |  |
| 4. | Z-04. ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO RĘKI MIĘKKI | 3 |  |  |  |  |
| 5. | Z-05. NARZĘDZIA DODATKOWE | 1 |  |  |  |  |
| 6. | Z-06. ZESTAW DO ARTROSKOPII ACL | 2 |  |  |  |  |
| 7. | Z-07. ZESTAW DO ARTROSKOPII ZWYKŁEJ | 3 |  |  |  |  |
| 8. | Z-08. ZESTAW DO KRĘGOSŁUPA | 1 |  |  |  |  |
| 9. | Z-09. ZESTAW DO USUWANIA CEMENTU | 1 |  |  |  |  |
| 10 | Z-10. ZESTAW DO MIKROCHIRURGII | 1 |  |  |  |  |
| **SUMA PAKIET NR 17** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia , itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.1** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 1, ZADANIE 1 – APARAT DO ZNIECZULANIA WYSOKIEJ KLASY Z MOŻLIWOŚCIĄ ZNIECZULANIA DZIECI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2020 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Aparat na podstawie jezdnej (bez konieczności zawieszenia na kolumnie anestezjologicznej) w pełni przystosowany do znieczulania ogólnego dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 2 | Zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz | Tak |  |
| 3 | Zasilanie awaryjne z wbudowanych akumulatorów przy maksymalnym obciążeniu zapewniające pracę na min. 60 min. | Tak, podać |  |
| 4 | Wyposażony w blat do pisania i minimum 1 szufladę na akcesoria | Tak, podać |  |
| 5 | Kółka jezdne z hamulcem | Tak |  |
| 6 | Zasilanie gazowe (N2O,O2, powietrze) z sieci centralnej,  ze złączami dostosowanymi do instalacji gazowej typu AGA.  W zestawie z aparatem dreny do N2O, O2, powietrza | Tak |  |
| 7 | Awaryjne zasilanie gazowe z butli O2 (reduktor i uchwyt na butlę w wyposażeniu) | Tak |  |
| 8 | Precyzyjne przepływomierze elektroniczne dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza, wyświetlanie przepływów gazów w systemie anestezji z niskimi i minimalnymi przepływami | Tak |  |
| 9 | Mieszalnik gazów sterowany elektronicznie zapewniający stałe stężenie O2 w mieszaninie oddechowej przy zmianie przepływów gazów | Tak |  |
| 10 | Przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi minimalnymi przepływami | Tak |  |
| 11 | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu  w mieszaninie oddechowej | Tak |  |
| **UKŁAD ODDECHOWY** | | | |
| 12 | Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności | Tak |  |
| 13 | Układ oddechowy o prostej budowie, łatwy do wymiany i sterylizacji pozbawiony lateksu o całkowitej pojemności nie większej niż 4,0Lwraz z pojemnikiem absorbera CO2, bypassem CO2 | Tak |  |
| 14 | Aparat umożliwiający współpracę z wielorazowymi oraz jednorazowymi pochłaniaczami dwutlenku węgla.  Na wyposażeniu każdego aparatu wielorazowy pochłaniacz w obudowie przeziernej o pojemności maksymalnie 1,5L. | Tak |  |
| 15 | Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną (zestaw do odciągów - rura i króciec AGSS w wyposażeniu) | Tak |  |
| **TRYB WENTYLACJI** | | | |
| 16 | Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej natychmiast po przełączeniu z wentylacji mechanicznej | Tak |  |
| 17 | Elektroniczny mieszalnik gazów zapewniający stałe stężenie O2 podczas zmian przepływu gazów | Tak |  |
| 18 | Tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny | Tak |  |
| 19 | Tryb wentylacji objętościowo zmienny | Tak |  |
| 20 | SIMV - synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona  w trybie objętościowym i ciśnieniowym | Tak |  |
| 21 | Tryb wentylacji PS (wspomaganie ciśnieniowe) z ustawieniem wspomagania ciśnieniowego | Tak |  |
| 22 | Tryb wentylacji z gwarantowaną objętością | Tak |  |
| 23 | Możliwość wstrzymania przepływu gazów i środków wziewnych podczas wentylacji mechanicznej i ręcznej | Tak |  |
| 24 | Zakres PEEP min. Od 4 do 25 cm H20 | Tak |  |
| 25 | Szybka zmiana stężeń O2, środka wziewnego i przepływu świeżych gazów sterowana bezpośrednio z ekranu wentylatora | Tak |  |
| 26 | Do aparatu dostarczony zostanie zestaw masek wielorazowych w co najmniej 4 rozmiarach oraz zestaw startowy 10 układów oddechowych | Tak |  |
| **REGULACJE** | | | |
| 27 | Regulacja stosunku wdechu do wydechu - minimum 2:1 do 1:4 | Tak |  |
| 28 | Regulacja częstości oddechu minimum od 4 do 80 /min wentylacja objętościowa i ciśnieniowa | Tak |  |
| 29 | Zakres objętości oddechowej minimum od 50 do 1500 ml -wentylacja objętościowa | Tak, podać |  |
| 30 | Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 5 do 60 cm H2O | Tak, podać |  |
| **ALARMY** | | | |
| 31 | Alarm braku zasilania w energię elektryczną | Tak |  |
| 32 | Alarm braku zasilania w gazy | Tak |  |
| **POMIAR I OBRAZOWANIE** | | | |
| 33 | Stężenie tlenu w gazach oddechowych | Tak |  |
| 34 | Pomiar objętości oddechowej TV | Tak |  |
| 35 | Pomiar pojemności minutowej MV | Tak |  |
| 36 | Pomiar częstości oddechowej | Tak |  |
| 37 | Ciśnienia szczytowego | Tak |  |
| 38 | Ciśnienia średniego | Tak |  |
| 39 | Ciśnienia PEEP | Tak |  |
| 40 | Stężenie wdechowe i wydechowe tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania metodą paramagnetyczną lub równoważną (nie dopuszcza się czujników galwanicznych, elektrochemicznych) | Tak |  |
| 41 | Pomiar stężenia gazów (m.in. CO2, N20, O2) i środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej wraz z prezentacją na ekranie aparatu do znieczulania. | Tak |  |
| 42 | Automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i pomiar z uwzględnieniem wieku pacjenta w aparacie do znieczulania | Tak |  |
| 43 | Ekran kolorowy dotykowy do prezentacji parametrów znieczulania i krzywych o przekątnej minimum 15” umieszczony na ruchomym ramieniu | Tak |  |
| 44 | Parownik sterowany elektronicznie z poziomu monitora wentylacji. Nie dopuszcza się regulacji ręcznej. | Tak |  |
| 45 | Możliwość podłączenia parowników do sevofluranu, desfluranu. Minimum jedno gniazdo dla parownika aktywnego | Tak, podać |  |
| 46 | Na wyposażeniu parowniki sterowane elektronicznie do sevofluranu i desfluranu ze szczelnym wlewem | Tak |  |
| 47 | Wbudowany ssak injectorowy do podłączenia pojemników z wymiennymi wkładami. | Tak |  |
| 48 | Monitor wyposażony w ekran kolorowy, dotykowy  o przekątnej min. 15" umożliwiający wyświetlanie przynajmniej 8 krzywych dynamicznych jednocześnie oraz pełną obsługę funkcji monitora pacjenta. | Tak |  |
| 49 | Możliwość konfiguracji i zapisu różnych widoków ekranu | Tak |  |
| 50 | Pamięć trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 24 h. | Tak |  |
| 51 | W zestawie odpowiednie kable połączeniowe i pomiarowe - 2 zestawy w cenie oferty | Tak |  |
| 52 | Ciągła rejestracja i możliwość równoczesnej prezentacji min. 6 odprowadzeń EKG | Tak |  |
| 53 | Pomiar częstości serca | Tak |  |
| 54 | Analiza położenia odcinka ST z możliwością ustawienia alarmów i wyświetlania trendów | Tak |  |
| 55 | Podstawowa analiza arytmii serca. Możliwość rozbudowy  o zaawansowaną analizę arytmii | Tak |  |
| 56 | Detekcja sygnału stymulatora serca | Tak |  |
| 57 | Respiracja impedancyjna (prezentacja krzywej oddechowej  i ilości oddechów w minucie) w zakresie min. 4-100 odd/min. | Tak |  |
| 58 | Pomiar saturacji w zakresie min. 30-100% z możliwością ustawiania progów alarmowych | Tak, podać |  |
| 59 | Czujnik wielorazowy do pomiaru na palec, dostępny w różnych rozmiarach - co najmniej 2 zestawy dla dorosłych (czujnik i kabel przedłużający) w cenie oferty. Preferowane czujniki silikonowe na palec. | Tak |  |
| 60 | Pomiar temperatury obwodowej - powierzchniowej - co najmniej 3 zestawy do pomiaru temperatury w cenie oferty. | Tak |  |
| 61 | Możliwość pomiaru temperatury T1, T2 i różnicy temperatur jednocześnie | Tak |  |
| 62 | Ciśnienie tętnicze krwi metodą nieinwazyjną | Tak |  |
| 63 | Pomiar wyzwalany ręcznie, automatycznie w wybranych odstępach czasowych, ciągłe pomiary przez określony czas,  czas repetycji pomiarów automatycznych min. 1 - 240 min. | Tak |  |
| 64 | Wielorazowe mankiety bez lateksu dostarczone w cenie oferty w co najmniej dwóch rozmiarach dla dorosłych (2 szt. w każdym rozmiarze) oraz kabel połączeniowy monitor z mankietami o długości, co najmniej 1,5 m | Tak |  |
| 65 | Pomiar ciśnienia krwi metodą bezpośrednią (krwawą) min. 2 kanały: tętnicze i OCŻ. Pomiar ciśnień inwazyjnych w zakresie min. od 25 do 320 mmHg.  Kardiomonitor współpracuje z czujnikami zamawianymi przez Zamawiającego - niezbędne adaptery w cenie oferty. | Tak |  |
| 66 | Aparat do znieczulania wyposażony w funkcję pomiaru zwiotczenia mięśniowego z modułu pomiarowego w monitorze funkcji życiowych lub z niezależnego zewnętrznego modułu.  W komplecie 3 zestawy akcesoriów umożliwiających wykonywanie pomiaru u dorosłych | Tak |  |
| 67 | Oprogramowanie aparatu, monitora i modułów w języku polskim. | Tak |  |
| 68 | Do aparatu dołączony zostanie manometr do pomiaru ciśnienia rurki intubacyjnej | Tak |  |
| 69 | Gwarancja minimum 48 miesięcy - w okresie gwarancji w cenie oferty wszelkie przeglądy wraz z wymianą zestawów serwisowych oraz elementów zdefiniowanych w instrukcji serwisowej i instrukcji obsługi jako elementy podlegające cyklicznej wymianie (m.in. akumulatory, czujniki, itp.) | Tak |  |
| 70 | Konfiguracja i wyposażenie aparatu w pełni umożliwiająca wykorzystanie wymaganej przez Zamawiającego funkcjonalności - wszelkie niezbędne moduły, elementy dodatkowe i akcesoria w cenie oferty | Tak |  |
| 71 | Automatyczny test funkcjonalny aparatu do znieczulania | Tak |  |
| 72 | Aparat z możliwością napełnienia parownika w czasie pracy | Tak |  |
| 73 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 1, ZADANIE 2 – RESPIRATOR STACJONARNY Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2020 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
| 1 | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego typu do stosowania na różnych oddziałach szpitalnych oraz w transporcie wewnątrzszpitalnym | Tak |  |
| 2 | Respirator napędzany turbiną, niezależny od centralnego zasilania sprężonym powietrzem, przeznaczony dla pacjentów od wagi 5 kg do 200 kg. | Tak |  |
| 3 | Respirator wyposażony w certyfikowany przez producenta respiratora uchwyt do stawiania butli z tlenem bezpośrednio na podstawie jezdnej respiratora, co umożliwi użycie urządzenia do transportu wewnątrz szpitala | Tak |  |
| 4 | Respirator zamocowany na wózku z blokadą kół | Tak |  |
| 5 | Wózek wyposażony w ramię podtrzymujące układ oddechowy | Tak |  |
| 6 | Możliwość zamocowania respiratora bez wózka na półce | Tak |  |
| **ZASILANIE RESPIRATORA** | | | |
| 7 | Zasilanie w tlen ze źródła sprężonych gazów o zakresie ciśnienia min. 2,8 - 6 bar | Tak |  |
| 8 | Zasilanie w powietrze z wbudowanej w respirator turbiny powietrza | Tak |  |
| 9 | Przewód zasilania tlenowego o dł. min. 3 m. ze złączem dostosowanym do instalacji gazowej typu AGA | Tak, podać |  |
| 10 | Układ mieszania gazów oddechowych elektroniczno-pneumatyczny z płynną regulacją | Tak |  |
| 11 | Automatyczna kompensacja przepływu w przypadku braku podaży tlenu w celu utrzymania zaprogramowanej objętości oddechowej | Tak |  |
| 12 | Zasilanie awaryjne z wewnętrznej baterii na min. 90 minut pracy przy wszystkich trybach i zakresach parametrów pracy. | Tak, podać |  |
| 13 | Napięcie zasilania AC 230 V, 50 Hz ( 10%) | Tak |  |
| **RODZAJE WENTYLACJI** | | | |
| 14 | Wentylacja z zadaną objętością | Tak |  |
| 15 | Wentylacja z zadanym ciśnieniem | Tak |  |
| 16 | Wentylacja ze wspomaganiem oddechu spontanicznego ciśnieniem | Tak |  |
| 17 | Wentylacja awaryjna przy niewydolnej wentylacji wspomaganej | Tak |  |
| 18 | Synchroniczna przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV  ze wspomaganiem ciśnieniowym SIMV-VC oraz SIMV-PC | Tak |  |
| 19 | Wentylacja typu AutoFlow, APV, VC+, PRVC | Tak |  |
| 20 | Wentylacja nieinwazyjna NIV ciśnieniowo kontrolowana (NIV-PC) oraz ciśnieniowo wspomagana (NIV-PS) | Tak |  |
| 21 | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu: BiLevel lub DuoPAP lub BiPAP lub Bi-Vent | Tak |  |
| 22 | Wyzwalanie oddechu przepływem regulowane ręcznie | Tak |  |
| 23 | Wyzwalanie oddechu ciśnieniem regulowane ręcznie | Tak |  |
| 24 | Wyzwalanie oddechu ciśnieniem regulowane w szerokim zakresie minimum od -1 do -10 cm H20 | Tak, Podać |  |
| 25 | Wdech manualny | Tak |  |
| 26 | Wbudowany system nebulizacji aktywowany i regulowany z pozycji ekranu respiratora. Nebulizator na wyposażeniu respiratora | Tak |  |
| 27 | Możliwość regulacji kończenia fazy wdechowej w zakresie minimum 10- 70% przepływu szczytowego | Tak, podać |  |
| 28 | Funkcja powrotu do poprzedniego trybu i ustawień wentylacji | Tak |  |
| 29 | Funkcja natlenowania | Tak |  |
| 30 | Funkcja wstrzymania na wdechu do minimum 20 sekund | Tak, podać |  |
| 31 | Funkcja wstrzymania na wydechu | Tak |  |
| 32 | Automatyczna kompensacja podatności układu oddechowego | Tak |  |
| 33 | Funkcja natlenowywania z regulowanym stężeniem tlenu i automatycznego rozpoznawania odłączenia i podłączenia pacjenta przy czynności odsysania z dróg oddechowych z zatrzymaniem pracy respiratora | Tak |  |
| 34 | Tryb wentylacji z automatycznym przełączaniem pomiędzy trybem wentylacji wspomaganej do trybu wentylacji kontrolowanej i odwrotnie w zależności od inicjacji przez pacjenta oddechu spontanicznego lub rozpoznania braku oddechu spontanicznego wraz z funkcją alarmu związanego z przełączaniem pomiędzy trybami. Zamawiający dopuszcza respirator z trybem wentylacji z automatycznym przełączaniem pomiędzy trybem wentylacji wspomaganej do trybu wentylacji kontrolowanej i odwrotnie w zależności od inicjacji przez pacjenta oddechu spontanicznego lub rozpoznania braku oddechu spontanicznego wraz z funkcją alarmu związanego z przełączaniem pomiędzy trybami | Tak |  |
| **PARAMETRY NASTAWIANE** | | | |
| 35 | Częstość oddechów, minimalny zakres 5 - 100 oddechów/min | Tak, Podać |  |
| 36 | Objętość pojedynczego oddechu, minimalny zakres 20 - 2000 ml | Tak, Podać |  |
| 37 | Regulowany stosunek wdechu do wydechu min. w zakresie 4:1 - 1:10 dla trybu VC i PC | Tak, Podać |  |
| 38 | Regulowany czas wdechu minimalny zakres 0,2 do 5,0 sekund | Tak, podać |  |
| 39 | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowanie płynnie w zakresie min. 21-100% | Tak, podać |  |
| 40 | Ciśnienie wdechowe PCV, minimalny zakres 5 - 80 cmH2O | Tak, Podać |  |
| 41 | Ciśnienie wdechowe PCV, regulacja w szerokim zakresie 5 - 80 cmH2O | Tak, Podać |  |
| 42 | Ciśnienie wspomagania PSV, minimalny zakres 0 - 50 cmH2O | Tak, Podać |  |
| 43 | PEEP minimalny zakres 1 - 40 cmH2O | Tak, Podać |  |
| 44 | Programowalna przez użytkownika konfiguracja startowa respiratora wraz z zakresami alarmowymi | Tak |  |
| **PARAMETRY WYSWIETLANE** | | | |
| 45 | Kolorowy monitor o przekątnej minimum 12 cali do obsługi respiratora i obrazowania parametrów przez ekran dotykowy | Tak, podać |  |
| 46 | Obsługa respiratora i opisy w języku polskim | Tak |  |
| 47 | Całkowita częstość oddychania | Tak |  |
| 48 | Częstość i wentylacja minutowa oddechów własnych pacjenta | Tak |  |
| 49 | Wdechowa i wydechowa objętość pojedynczego oddechu | Tak |  |
| 50 | Wydechowa objętość całkowitej wentylacji minutowej | Tak |  |
| 51 | Ciśnienie szczytowe | Tak |  |
| 52 | Średnie ciśnienie w układzie oddechowym | Tak |  |
| 53 | Ciśnienie pauzy wdechowej | Tak |  |
| 54 | Ciśnienie PEEP | Tak |  |
| 55 | Podatność statyczna i dynamiczna | Tak |  |
| 56 | Opory wdechowe i wydechowe | Tak |  |
| 57 | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji | Tak |  |
| 58 | Graficzna prezentacja min. następujących krzywych dynamicznych:  - ciśnienie/czas  - przepływ/czas  - objętość/czas  Pętle oddechowe:  - ciśnienie/objętość  - przepływ/objętość | Tak |  |
| 59 | Możliwość jednoczesnej prezentacji przebiegów dynamicznych i pętli oddechowych | Tak |  |
| 60 | Automatyczne ustawianie skali przy zapisie krzywych na monitorze | Tak |  |
| **ALARMY** | | | |
| 61 | Braku zasilania w energię elektryczną | Tak |  |
| 62 | Braku zasilania w tlen | Tak |  |
| 63 | Objętości minutowej (wysokiej i niskiej) | Tak |  |
| 64 | Wysokiego ciśnienia w układzie pacjenta | Tak |  |
| 65 | Bezdechu | Tak |  |
| 66 | Stężenia tlenu w gazach wdechowych | Tak |  |
| 67 | Niezdolności do pracy (uszkodzenia kontroli elektronicznej lub mechanicznej) | Tak |  |
| 68 | Kategorie alarmów według ważności | Tak |  |
| 69 | Pamięć trendów parametrów min. 72 godziny | Tak, podać |  |
| **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** | | | |
| 70 | Układ pomiarowy przepływu umieszczony w obrębie obudowy respiratora wielorazowego użytku | Tak |  |
| 71 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak |  |
| 72 | Autotest aparatu sprawdzający poprawność działania elementów pomiarowych, szczelność i podatność układu oddechowego | Tak |  |
| 73 | Możliwość stosowania jednorazowych układów oddechowych od różnych producentów | Tak |  |
| 74 | Zestaw akcesoriów startowych:  - jednorazowy układ oddechowy - 20 układów  - filtry oddechowe – 20 szt.  - jednorazowa maska do NIV – 20 szt. | Tak |  |
| 75 | Płuco testowe wielokrotnego użytku | Tak |  |
| 76 | Nebulizator do podawania leków w formie aerozolu (1sztuka) | Tak |  |
| 77 | W trakcie trwania gwarancji w cenie oferty uwzględnione wszystkie elementy wymieniane okresowo oraz podczas przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta i instrukcją obsługi urządzenia | Tak |  |
| 78 | Elektroniczny system pomiaru przepływu – nie wymagający cyklicznej wymiany | Tak |  |
| 79 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.2** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 2** – **DEFIBRYLATOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i oceniany*** | ***Opis parametru oferowanego*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| 1. 1 | Menu, oznaczenia na panelu sterowania i komunikaty głosowe w języku polskim | Tak |  |
| 1. 2 | Zasilanie akumulatorowe:  - akumulator litowo-jonowy  - czas pracy na 1 akumulatorze min. 180 min. ciągłego monitorowania EKG lub 100 defibrylacji z maks. energią  - czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności maks. 5 h | Tak, podać |  |
| 1. 3 | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym | Tak |  |
| 1. 4 | Funkcja codziennego autotestu:  - bez potrzeby włączania urządzenia i bez udziału Użytkownika,  - z wydrukiem potwierdzającym jego wykonania zawierającym: datę, nr seryjny aparatu i wynik testu  - - wykonywany przy zainstalowanym akumulatorze oraz przy podłączeniu do sieci elektrycznej | Tak |  |
| 1. 5 | Wspomaganie RKO, metronom pracujący w 4 trybach:  - pacjent dorosły zaintubowany  - pacjent dorosły niezaintubowany  - pacjent pediatryczny zaintubowany  - pacjent pediatryczny niezaintubowany | Tak |  |
| 1. 6 | Defibrylator wyposażony w moduł do saturacji (SpO2) | Tak |  |
| 1. 7 | Dwufazowa fala defibrylacyjna | Tak |  |
| 1. 8 | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna | Tak |  |
| 1. 9 | Możliwość wykonania kardiowersji | Tak |  |
| 1. 10 | Energia defibrylacji w zakresie min. 5-360J | Tak, podać |  |
| 1. 11 | Różne poziomy energii defibrylacji | Tak |  |
| 1. 12 | Defibrylacja półautomatyczna  – możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min. w przedziale od 150 do 360J  - z systemem komunikatów głosowych | Tak, podać |  |
| 1. 13 | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – zintegrowane łyżki dla dorosłych/pediatryczne | Tak |  |
| 1. 14 | Ładowanie i wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na panelu sterowania | Tak |  |
| 1. 15 | Czas ładowania do energii 360J maks. 10 sek. | Tak, podać |  |
| 1. 16 | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 5,5” o wysokim kontraście | Tak, podać |  |
| 1. 17 | Możliwość wyświetlania min. 2 krzywych dynamicznych jednocześnie | Tak, podać |  |
| 1. 18 | Wbudowana drukarka termiczna | Tak |  |
| 1. 19 | Monitorowanie EKG z 3 odprowadzeń | Tak |  |
| 1. 20 | Zakres pomiaru częstotliwości akcji serca min. 20-300/min | Tak, podać |  |
| 1. 21 | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora | Tak |  |
| 1. 22 | Stymulacja przezskórna w trybach: na żądanie i asynchronicznym | Tak |  |
| 1. 23 | Wyjściowe natężenie prądu w zakresie min. od 0 do 200mA | Tak, podać |  |
| 1. 24 | Częstość stymulacji min. od 50 do 150 impulsów/min. | Tak, podać |  |
| 1. 25 | Defibrylator wyposażony pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP) | Tak |  |
| 1. 26 | Wyposażenie: - kabel EKG 3-odprowadzeniowy - min. 1 szt.  - łyżki twarde dla dorosłych/pediatryczne zintegrowane – 1 szt.  - elektrody do defibrylacji/stymulacji – 1 zestaw  - kabel przyłączeniowy do w/w elektrod– 1 sztuka  - czujnik saturacji dla dorosłych typu klips – min. 2 sztuki  - kabel przyłączeniowy do w/w czujnika saturacji – min. 1 sztuki  - mankiet do pomiary NIBP z kablem przyłączeniowym – min. 2 szt. dla dorosłych | Tak, podać |  |
| 1. 27 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.3** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 3, ZADANIE 1** – **OGRZEWACZ PACJENTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Ilość | 1 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | System składający się z:  - podgrzewacza umożliwiającego jednoczesne podłączenie, co najmniej dwóch koców /materaców grzewczych - 1 szt.  - materaca grzewczego - 1 szt. | Tak |  |
| **Podgrzewacz** | | | | |
| 2 | Umożliwiający indywidualną regulację temperatury dla każdego z koców/materacy w zakresie min. od 37 st. C do 39 st. C. Podgrzewacz posiada zabezpieczenie nadtemperaturowe oraz alarm niskiej temperatury | Tak |  |
| 3 | Podgrzewacz wyposażony w uchwyt umożliwiający montaż do pionowej rurki oraz szyny medycznej | Tak |  |
| 4 | Podgrzewacz wykorzystujący do ogrzewania pacjenta niskie napięcie prądu zapewniające bezpieczeństwo pacjenta oraz personelu nawet w przypadku mechanicznego uszkodzenia materaca/koca | Tak |  |
| 5 | Podgrzewacz o masie całkowitej nie większej niż 6 kg | Tak |  |
| **Materac grzewczy - wymagania ogólne** | | | | |
| 6 | Elementy grzejne wykonane z włókien węglowych | Tak |  |
| 7 | W pełni przezierny dla promieniowania RTG | Tak |  |
| 8 | Umożliwiający używanie diatermii podczas zabiegu | Tak |  |
| 9 | Posiadający właściwości przeciwodleżynowe | Tak |  |
| 10 | Powierzchnia łatwo dezynfekowalna i szczelna. Dodatkowo wraz z materacem zostanie dostarczony pokrowiec ochronny. | Tak |  |
| 11 | Przystosowane do wielokrotnego użytku - bez limitu użyć | Tak |  |
| 12 | Konstrukcja materaca zapewniająca dostosowanie się kształtu materaca do ciała pacjenta | Tak |  |
| 13 | System zapewniający równomierne ogrzewanie całej powierzchni materaca | Tak |  |
| 14 | Wymiary materaca  - długość w zakresie od 120 cm do 130 cm  - szerokość w zakresie od 50 cm do 55 cm | Tak, podać |  |
| 15 | Uszkodzenie materaca nie powoduje wyciekania cieczy z wnętrza | Tak |  |
| **Wymagania ogólne dla ogrzewacza pacjenta** | | | | |
| 16 | System w pełni przystosowany do pracy w środowisku bloku operacyjnego | Tak |  |
| 17 | System w pełni bezpieczny dla pacjenta i personelu oraz posiadający zabezpieczenia przez oparzeniem oraz porażeniem prądem | Tak |  |
| 18 | System umożliwiający przeprowadzenie defibrylacji bez konieczności odłączania od zasilania | Tak |  |
| 19 | System wyposażony w szybkozłączki pomiędzy podgrzewaczem a materacem umożliwiającym odłączenie poszczególnych elementów bez konieczności stosowania narzędzi | Tak |  |
| 20 | Materac wyposażony dodatkowo (poza przewodem trwale związanym z materacem) w przewód umożliwiający wydłużenie odległości pomiędzy podgrzewaczem a materacem | Tak |  |
| 21 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 3, ZADANIE 2** – **OGRZEWACZ PŁYNÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 zestaw |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **Ogrzewacz komorowy** | | | |
| 1 | Urządzenie medyczne do podgrzewania we wszelkiego rodzaju pojemnikach płynów infuzyjnych, irygacyjnych, leków anestezjologicznych | Tak |  |
| 2 | Pojemność komory 35 L (+/- 5L) | Tak, podać |  |
| 3 | Mikroprocesorowy system regulacji temperatury w zakresie co najmniej od 30 ºC do +70 ºC | Tak, podać |  |
| 4 | Wymiary zewnętrzne nie większe niż:  - szerokość – 40 cm  - głębokość – 55 cm  - wysokość – 40 cm | Tak, podać |  |
| 5 | Dokładność stabilizacji temperatury w punkcie +/- 0,1 ºC | Tak, podać |  |
| 6 | Możliwość ustawienia zadanej temperatury na co najmniej 24 godziny pracy lub ustawienia pracy z zadaną temperaturą w trybie ciągłym | Tak, podać |  |
| 7 | Naturalny (grawitacyjny) obieg powietrza | Tak |  |
| 8 | Alarm akustyczny i dźwiękowy  - niedomknięcia szuflady  - niskiej/wysokiej temperatury w odniesieniu do temperatury zadanej | Tak |  |
| 9 | Możliwość pracy urządzenia w trybie automatycznym i manualnym | Tak |  |
| 10 | Wyświetlacz temperatury wskazujący aktualną temperaturę wewnątrz urządzenia | Tak |  |
| 11 | Obudowa wykonana z powłoki umożliwiającej łatwe mycie i dezynfekcję | Tak |  |
| 12 | Certyfikat medyczny – możliwość pracy na Bloku Operacyjnym | Tak |  |
| **Ogrzewacz przepływowy** | | | |
| 13 | Ogrzewacz umożliwiający przepływowe podgrzanie płynów infuzyjnych oraz preparatów krwiopodobnych w trakcie zabiegów chirurgicznych | Tak |  |
| 14 | Ogrzewacz wyposażony w elastyczny silikonowy profil grzewczy o długości co najmniej 120 cm i średnicy umożliwiającej wprowadzenie drenu infuzyjnego. Ogrzewacz nie wymagający żadnych dodatkowych materiałów eksploatacyjnych jednorazowego użytku. | Tak |  |
| 15 | Ogrzewacz zapewniający ogrzanie min. 20 ml płynu infuzyjnego na minutę z regulacją temperatury w zakresie od min. 35 do 40 st. C | Tak, podać |  |
| 16 | Ogrzewacz wyposażony w ekran wyświetlający ustawioną temperaturę, aktualną temperaturę, alarmy. | Tak |  |
| 17 | Na wyposażeniu dodatkowo uchwyt do montażu na pręcie infuzyjnym oraz przewód zasilający oraz pozostałe elementy zapewniające uruchomienie i eksploatację urządzenia bez konieczności dokupowania dodatkowych elementów | Tak |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| **Uwaga!**  Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.  Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.  /kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/ | | | |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.4** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 4** – **KARDIOMONITOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  |  | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Kardiomonitor kompaktowy wyposażony w ekran kolorowy, dotykowy o przekątnej min. 19" umożliwiający wyświetlanie min. 6 krzywych dynamicznych jednocześnie oraz pełną obsługę funkcji monitora pacjenta. | Tak |  |
| 2 | Możliwość konfiguracji i zapisu różnych widoków ekranu | Tak |  |
| 3 | Pamięć trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 72 h. | Tak |  |
| 4 | Kardiomonitor w pełni współpracujący z posiadaną przez Zamawiającego centralą monitorowania pacjenta Emtel FX 3000C. W cenie oferty Zamawiający wymaga pełnej konfiguracji dostarczonych kardiomonitorów z w/w centralą. | Tak |  |
| 5 | Kardiomonitor wyposażony w akumulator umożliwiający co najmnie 30 min. pracy bez zasilania elektrycznego z sieci | Tak |  |
| **POMIAR EKG** | | | |
| 6 | W zestawie odpowiednie kable połączeniowe i pomiarowe - 1 zestaw z min. 6 odprowadzeniami w cenie oferty | Tak |  |
| **POMIAR SATURACJI I TĘTNA** | | | |
| 7 | Pomiar saturacji w zakresie min. 10%-100% z opcją ustawiania progów alarmowych | Tak, podać |  |
| 8 | Czujnik wielorazowy do pomiaru na palec, dostępny w różnych rozmiarach - co najmniej 2 zestawy dla dorosłych (czujnik i kabel przedłużający) w cenie oferty. | Tak |  |
| **POMIAR TEMPERATURY** | | | |
| 9 | Pomiar temperatury obwodowej - powierzchniowej - co najmniej 2 czujniki do pomiaru temperatury w cenie oferty. | Tak |  |
| 10 | Możliwość pomiaru temperatury T1, T2 i różnicy temperatur jednocześnie | Tak |  |
| **POMIAR CIŚNIENIA** | | | |
| 11 | Ciśnienie tętnicze krwi metodą nieinwazyjną w zakresie min. 10-250 mmHg | Tak |  |
| 12 | Pomiar wyzwalany ręcznie, automatycznie w wybranych odstępach czasowych, ciągłe pomiary przez określony czas | Tak |  |
| 13 | Wielorazowe mankiety bez lateksu dostarczone w cenie oferty - w co najmniej dwóch rozmiarach dla dorosłych (2 szt. w każdym rozmiarze) oraz kabel połączeniowy monitor z mankietami o długości, co najmniej 1,5 m | Tak |  |
| 14 | Pomiar ciśnienia krwi metodą bezpośrednią (krwawą) min. 2 kanały: tętnicze i OCŻ. Pomiar ciśnień inwazyjnych w zakresie min. od 25 do 320 mmHg.  Kardiomonitor współpracuje z czujnikami zamawianymi przez Zamawiającego - niezbędne adaptery w cenie oferty. | Tak |  |
| **POMIAR CO2** | | | |
| 15 | Pomiar CO2 w strumieniu bocznym – w cenie oferty min. 3 zestawy do pomiaru CO2 | Tak |  |
| **INNE** | | | |
| 16 | Kardiomonitor na dedykowanym wózku lub zawieszeniu ściennym wraz z koszykiem na akcesoria – do wyboru przez Zamawiającego podczas dostawy | Tak |  |
| 17 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.5** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 5** – **SSAK STANOWISKOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***l.p.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | *2021* |  |
| 5 | Zamawiana ilość | *2 szt.* |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany***  ***i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Ssak zapewniający wydajność ssania min. 25 l/min. oraz maksymalne do uzyskania podciśnienie min. 84 kPa | Tak, podać |  |
| 2 | Ssak wyposażony w manometr oraz pokrętło do płynnej regulacji siły ssania | Tak |  |
| 3 | Ssak w obudowie z odpornego tworzywa ABS wyposażony w nieskładany uchwyt umożliwiający bezpieczne przenoszenie ssaka | Tak |  |
| 4 | Czas pracy na akumulatorze w najwyższym stopniu ssania w trybie ciągłym - min. 40 minut. Wskaźnik naładowania akumulatora na obudowie. | Tak, podać |  |
| 5 | Wraz ze ssakiem na wyposażeniu dwa zbiorniki o pojemności 1000 ml, wielokrotnego użytku przeznaczone do sterylizacji z pokrywą, filtrem antybakteryjnym, zaworem anty-przelewowym. Pojemniki przystosowane do używania z workami jednorazowymi. | Tak |  |
| 6 | Max. natężenie hasłu podczas pracy poniżej 70dB. | Tak |  |
| 7 | Ssak niewymagający okresowych czynności serwisowych | Tak |  |
| 8 | Waga ssaka niższa niż 5,5 kg z pełnym oprzyrządowaniem | Tak, Podać |  |
| 9 | Wraz ze ssakiem zostanie dostarczony zestaw startowy składający się z  - filtrów antybakteryjnych -10 szt.  - jednorazowych wkładów do zbiornika – 10 szt.  - zestawu drenów wielorazowych – 3 szt. | Tak |  |
| 10 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.6** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 6, ZADANIE 1 – ŁÓŻKO PACJENTA ELEKTRYCZNE DO INTENSYWNEJ TERAPII**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany i oceniany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\*** |
| 1 | Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych lakierowanych metodą proszkową, odporną na uszkodzenia, zadrapania oraz środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 2 | Leże łóżka w pełni regulowane, podzielone na 4 segmenty, z czego min. 3 są ruchome.  Zewnętrzne elementy konstrukcyjne ramy leża osłonięte estetycznym tworzywem bez rogów i kątów prostych, zaprojektowane pod kątem bezpieczeństwa użytkowania oraz w celu łatwej i dokładnej dezynfekcji. | Tak |  |
| 3 | Segmenty leża wypełnione płytami HPL - łatwymi do dezynfekcji i utrzymania w czystości, o konstrukcji zapewniającej stały dopływ powietrza do dolnej części materaca.  Narożniki segmentów oparcia pleców oraz podudzia zakończone ogranicznikami zabezpieczającymi materac przed przemieszczaniem wzdłuż oraz na boki | Tak |  |
| 4 | Łóżko wyposażone w cztery ergonomiczne barierki boczne (dwie po każdej stronie), zabezpieczające pacjenta na całej długości leża (nie dopuszcza się barierek ¾, dodatkowych wypełnień, ani barierek trzyczęściowych) | Tak |  |
| 5 | Barierki wykonane z wysokiej jakości tworzywa - odlewane lub formowane z jednej części, zaokrąglone (bez łączeń, miejsc klejenia, ostrych krawędzi i rogów) łatwe do dezynfekcji i utrzymania w czystości | Tak |  |
| 6 | Barierki niezależne od siebie z możliwością opuszczenia / odbezpieczenia dowolnej z nich za pomocą klamki dostępnej jedynie dla personelu medycznego | Tak |  |
| 7 | System opuszczania barierek bocznych wspomagany sprężynami gazowymi umożliwiającymi ciche, lekkie i płynne ruchy wykonywane przez personel medyczny | Tak |  |
| 8 | Barierki poruszające się wraz segmentem oparcia pleców, chroniące pacjenta również w pozycji siedzącej i fotelowej | Tak |  |
| 9 | Barierki posiadające wyprofilowane, wygodne uchwyty ułatwiające pacjentowi wstawanie z łóżka. Uchwyty do wstawania dostępne również po opuszczeniu barierek | Tak |  |
| 10 | Wysokość barierek bocznych min. 40 cm w celu umożliwienia zastosowania systemów przeciwodleżynowych | Tak |  |
| 11 | Konstrukcja barierek bocznych zapewniająca bezpieczeństwo pacjenta i personelu bez stref mogących spowodować uraz lub przypadkowe zakleszczenie | Tak |  |
| 12 | Możliwość opuszczenia barierek poniżej poziomu materaca w sposób ułatwiający transfer pacjenta, a także wstawanie oraz siedzenie na łóżku | Tak |  |
| 13 | Łóżko wyposażone we wskaźniki kąta nachylenia: min. oparcia pleców, pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga. Wskaźniki znajdujące się na barierkach bocznych, widoczne niezależnie od pozycji barierek | Tak |  |
| 14 | W czterech narożnikach tuleje do mocowania wieszaka kroplówki lub wyposażenia dodatkowego | Tak |  |
| 15 | Sterowanie funkcjami łóżka za pomocą przewodowego pilota min.  - regulacja segmentu oparcia pleców  - regulacja segmentu uda  - regulacja wysokości leża  - regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga  - regulacja funkcji autokontur | Tak |  |
| 16 | Sterowanie funkcjami łóżka wbudowane w barierki boczne (przyciski membranowe). Panele sterujące dla personelu od strony zewnętrznej oraz dla pacjenta od strony wewnętrznej. Panele wyposażone w przyciski bezpieczeństwa, aktywujące w sposób świadomy funkcje sterowania.  Sterowanie min. następującymi funkcjami: regulacja segmentu oparcia pleców, segmentu uda, regulacja wysokości leża  Przyciski w barierkach wysokiej jakości, zabezpieczone przed przedostawaniem się płynów i odklejaniem. | Tak |  |
| 17 | Funkcja zabezpieczająca przed zakleszczeniem pacjenta | Tak |  |
| 18 | Zakres elektrycznych regulacji:  - segment oparcia pleców min. 0 - 70°  -segment uda min. 0 – 40°  - pozycja Trendelenburga min. 12o  -pozycja anty-Trendelenburga min. 12o  - regulacja wysokości leża liczona bez materaca w zakresie min. od 35cm do 85 cm | Tak, podać |  |
| 19 | Łóżko wyposażone w system CPR | Tak |  |
| 20 | Narożniki łóżka wyposażone w krążki odbojowe dwuosiowe lub stożkowe zabezpieczające ściany i łóżko przed uszkodzeniami podczas jazdy oraz podczas zmiany wysokości łóżka | Tak |  |
| 21 | Szczyty łóżka wykonane z wysokiej jakości tworzywa - odlewane lub formowane z jednej części (bez łączeń, miejsc klejenia, ostrych krawędzi i rogów) łatwe do dezynfekcji i utrzymania w czystości.  Szczyty łóżka posiadające wyprofilowane, wygodne uchwyty ułatwiające przemieszczanie łóżka | Tak |  |
| 22 | Szczyty łóżka z możliwością szybkiego demontażu oraz blokowania (np. na czas transportu łóżka). Blokowanie i odblokowywanie szczytów bez użycia narzędzi. Szczyty łóżka całkowicie przylegające do ramy leża (bez szczelin), w celu wyeliminowania urazów kończyn | Tak |  |
| 23 | Dopuszczalne obciążenie łóżka we wszystkich pozycjach min. 250 kg | Tak, podać |  |
| 24 | Podstawa łóżka wyposażona w system centralnej blokady kół oraz koło kierunkowe, antystatyczne (koła o średnicy min. 150 mm) | Tak |  |
| 26 | Wymiary:  - długość całkowita łóżka nie większa niż 220 cm  - szerokość całkowita łóżka z barierkami nie większa niż 100 cm  - przedłużenie leża o min. 25 cm | Tak, podać |  |
| 27 | Wyposażenie łóżka min.  - materac p.odleżynowy zmiennociśnieniowy z pompą przystosowany do pracy do Instensywnej Terapii  - rama ortopedyczna z wysięgnikiem na rękę i wysięgnikiem na kroplówkę-  - metalowe uchwyty do zawieszania worków urologicznych oraz drenażowych umiejscowione po obu stronach łóżka  - oparcie pleców przezierne dla promieniowania RTG  - zasilanie akumulatorowe  - półka na pościel  - uchwyt na kule pacjenta  - szafka przyłóżkowa wykonana z płyty HPL u wymiarach w. 55 cm, sz. 45 cm, wys. 85 cm - (+/-5 cm) wyposażona w przechylny blat boczny o udźwigu min. 10 kg z relingami zapobiegającymi upadkom przedmiotów, min. 1 szufladę, min. 1 zamykaną szafkę, uchwyt na szklankę, uchwyt na ręcznik. | Tak, podać |  |
| 28 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 6, ZADANIE 2 - ŁÓŻKO PACJENTA ELEKTRYCZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i oceniany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 6 szt. |  |
|  | * + - 1. **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia  warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości | Tak |  |
| 2 | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 140 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych | Tak |  |
| 3 | Wymiary zewnętrzne łóżka:  - długość całkowita: 215 cm (+/-5 cm)  - szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi max 100 cm  - wymiary leża min. 200 cm x 85 cm | Tak, podać |  |
| 4 | Leże łóżka 4 segmentowe, z czego min. 3 segmenty ruchome | Tak |  |
| 5 | Regulacje elektryczne:  - segment oparcia pleców min. 0-75° z optycznym wskaźnikiem kąta przechyłu,  - segment uda min. 0-40°  - kąt przechyłu Trendlelenburga min. 0-15°  - kąt przechyłu anty-Trendlenburga min. 0-15°  - regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. | Tak, podać |  |
| 6 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. od 30 cm do 80 cm | Tak, podać |  |
| 7 | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z podświetlanymi klawiszami umożliwiającymi łatwe sterowanie łóżkiem w nocy.  Pilot z możliwością blokady funkcji przez personel medyczny | Tak |  |
| 8 | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łóżka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych oraz uzyskiwanych za pomocą jednego przycisku funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego | Tak |  |
| 9 | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) | Tak |  |
| 10 | Leże wypełnione płytami z polipropylenu odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Możliwość demontażu płyt bez użycia narzędzi | Tak |  |
| 11 | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego | Tak |  |
| 12 | Łóżko z przedłużenia leża o min.. 20 cm | Tak, podać |  |
| 13 | Szczyty łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości min. 8 mm, możliwość demontażu bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy z możliwością wykorzystania płyty jako deska reanimacyjna | Tak |  |
| 14 | Łóżko wyposażone w opuszczane aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczytem a barierką nawet w przypadku wydłużenia leża (zintegrowane ze szczytem łóżka).  Elastyczne listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami | Tak |  |
| 15 | Wysuwana półka do odkładania pościeli, niewystająca poza obrys ramy łóżka | Tak |  |
| 16 | Możliwość zamontowania po dwóch stronach łóżka uchwytów na worki urologiczne | Tak |  |
| 17 | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe a od strony głowy krążki dwuosiowe chroniące ściany i łóżko podczas zmiany położenia w pozycji wertykalnej i horyzontalnej | Tak |  |
| 18 | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca | Tak |  |
| 19 | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową | Tak |  |
| 20 | Bezpieczne obciążenie min. 250 kg | Tak, podać |  |
| 21 | Wyposażenie łóżka min.  - materac o grubości min. 12 cm w pokrowcu odpornym na zachlapanie  - rama ortopedyczna z wysięgnikiem na rękę (2 szt.) i wysięgnikiem na kroplówkę  - metalowe uchwyty do zawieszania worków urologicznych oraz drenażowych umiejscowione po obu stronach łóżka  - oparcie pleców przezierne dla promieniowania RTG  - zasilanie akumulatorowe  - półka na pościel  - uchwyt na kule pacjenta  - panel centralny do sterowania funkcjami  - szafka przyłóżkowa wykonana z płyty HPL u wymiarach w. 55 cm, sz. 45 cm, wys. 85 cm - (+/-5 cm) wyposażona w przechylny blat boczny o udźwigu min. 10 kg z relingami zapobiegającymi upadkom przedmiotów, min. 1 szufladę, min. 1 zamykaną szafkę, uchwyt na szklankę, uchwyt na ręcznik. | Tak |  |
| 22 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.7** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 7 – POMPA INFUZYJNA PRZEPŁYWOWA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
|  | **Wymagania podstawowe** | | |
| 1. 1 | Pompa objętościowa do podawania dożylnego za pomocą drenów dostarczanych przez różnych producentów | Tak |  |
| 1. 2 | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego umożliwiające min. 3 godziny pracy na akumulatorze | Tak, podać |  |
| 1. 3 | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą wbudowanego w pompę zasilacza – nie jest dopuszczalny zasilacz zewnętrzny | Tak |  |
| 1. 4 | Możliwość instalacji pompy w stacji dokującej | Tak |  |
| 1. 5 | Automatyczne zabezpieczenie przed swobodnym przepływem podczas otwarcia drzwiczek pompy | Tak |  |
| 1. 6 | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej przy pomocy dedykowanego elementu/uchwytu, który jest dostarczony wraz z pompą | Tak |  |
| 1. 7 | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | Tak |  |
| 1. 8 | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
| 1. 9 | Auto-test uruchamiany automatycznie po założeniu drenu sprawdzający prawidłową pracę pompy w połączeniu z weryfikacją założenia zestawu infuzyjnego – eliminacja ryzyka niekontrolowanego przepływu | Tak |  |
| 1. 10 | Ciągły pomiar i wizualizacja ciśnienia w linii. | Tak |  |
| 1. 11 | Biblioteka leków, min. 100 leków wraz z protokołami infuzji (domyślne przepływy, dawki, prędkości bolusa, stężenia itp.) | Tak |  |
| 1. 12 | Funkcja wykrywania powietrza w linii | Tak |  |
| **Alarmy i ostrzeżenia** | | | |
| 1. 13 | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | Tak |  |
| 1. 14 | Alarm przypominający – zatrzymana infuzja | Tak |  |
| 1. 15 | Alarm okluzji | Tak |  |
| 1. 16 | Alarm rozładowanego akumulatora | Tak |  |
| 1. 17 | Alarm braku lub źle założonego zestawu infuzyjnego | Tak |  |
| 1. 18 | Alarm wstępny przed końcem infuzji | Tak |  |
| 1. 19 | Alarm powietrza w linii | Tak |  |
| 1. 20 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.8** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 8, ZADANIE 1 – LARYNGOSKOP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
|  | **Wymagania podstawowe** | | |
| 1 | Laryngoskop składający się z rękojeści oraz 3 łyżek światłowodowych w rozmiarach 2, 3 i 4 | Tak |  |
| 2 | Rękojeść wyposażony w diodę LED zasilaną maks. dwoma bateriami w standardzie R14 | Tak, podać |  |
| 3 | Rękojeść oraz łyżki przystosowane do sterylizacji parowej w temp. 134 st. C – wykonane ze stali nierdzewnej | Tak |  |
| 4 | Na wyposażeniu walizka do umieszczenia rękojeści oraz wszystkich zaoferowanych łyżek | Tak |  |
| 5 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 8, ZADANIE 2** – **LARYNGOSKOP TYPU MCCOY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
|  | **Wymagania podstawowe** | | |
| 1 | Laryngoskop składający się z rękojeści oraz 3 łyżek światłowodowych do trudnej intubacji z ruchomym końcem sterowanym dźwignią przy uchwycie w rozmiarach 2, 3 i 4 | Tak |  |
| 2 | Rękojeść wyposażony w diodę LED zasilaną maks. dwoma bateriami w standardzie R14 | Tak, podać |  |
| 3 | Rękojeść oraz łyżki przystosowane do sterylizacji parowej w temp. 134 st. C – wykonane ze stali nierdzewnej | Tak |  |
| 4 | Na wyposażeniu walizka do umieszczenia rękojeści oraz wszystkich zaoferowanych łyżek | Tak |  |
| 5 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 8, ZADANIE 3** – **AMBU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
|  | **Wymagania podstawowe** | | |
| 1 | Resuscytator wielokrotnego użytku dla dorosłych i dzieci o masie ciała powyżej 30 kg wyposażony w rezerwuar tlenu oraz maskę twarzową dla dorosłych | Tak |  |
| 2 | Resuscytator wyposażony w dodatkowy pasek umożliwiający pewny chwyt worka podczas prowadzenia ręcznej wentylacji pacjenta | Tak |  |
| 3 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.9** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 9 – APARAT USG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  |  | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\**** |
| **Konstrukcja** | | | |
| 1 | Aparat fabrycznie nowy, model z najnowszym dostępnym oprogramowaniem. | Tak |  |
| 2 | Dynamika systemu min.290 dB | Tak, podać |  |
| 3 | Liczba niezależnych kanałów odbiorczych min. 4 500 000 | Tak, podać |  |
| 4 | Zakres częstotliwości pracy aparatu min. od 2 do 18 MHz | Tak, podać |  |
| 5 | Maksymalna głębokość skanowania w zakresie min. od 1 do 40 cm | Tak, podać |  |
| 6 | Podstawa jezdna z możliwością blokowania min. 2 kół, ruchomy panel sterujący regulowany, regulacja w zakresie lewo-prawo, góra-dół | Tak, podać |  |
| 7 | Ilość niezależnych identycznych gniazd dla różnego typu głowic obrazowych min. 4 | Tak, podać |  |
| 8 | Urządzenie wyposażone w wieszaki na głowice | Tak |  |
| 9 | Monitor cyfrowy LCD lub OLED na ruchomym ramieniu o ekranie min. 21” i rozdzielczości min. 1920x1080 pikseli | Tak |  |
| 10 | Możliwość regulacji położenia monitora prawo/lewo, przód/tył, góra/dół, pochylenie | Tak |  |
| 11 | Port USB do archiwizacji na pamięci typu Pen-Drive | Tak |  |
| 12 | Dotykowy panel sterowania na pulpicie o przekątnej min. 12” | Tak, podać |  |
| 13 | Klawiatura alfanumeryczna | Tak |  |
| 14 | Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów | Tak |  |
| 15 | Ustawienia wstępne Użytkownika (presety) dla aplikacji i głowic | Tak |  |
| **Tryby obrazowania** | | | |
| 16 | Aparat w cenie oferty wyposażony co najmniej w poniższe tryby obrazowania:  1) Tryb 2D (B-mode)  2) Tryb M-mode  3) Tryb Kolor M-mode  4) Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)  5) Tryb Duplex (2D + PWD)  6) Tryb Triplex (2D + PWD + CD)  7) Tryb Doppler ciągły (CW)  6) Tryb Doppler kolorowy (CD)  7) Tryb Power Doppler  8) Doppler tkankowy kolorowy oraz spektralny  9) Tripplex mode | Tak |  |
| 17 | Technologia optymalizująca obraz w trybie B-mode w zależności od badanej struktury – dopasowanie do prędkości rozchodzenia się fali ultradźwiękowej w zależności od badanej tkanki. | Tak |  |
| 18 | Automatyczna optymalizacja parametrów obrazu przy pomocy jednego przycisku | Tak |  |
| 19 | Ciągła optymalizacja wzmocnienia w trybie 2D | Tak |  |
| 20 | Oprogramowanie zwiększające dokładność, eliminujące szumy i cienie obrazu dla zapewnienia poprawy jakości obrazowania małych struktur | Tak, podać |  |
| 21 | Tryb dopplerowski o wysokiej czułości zapewniający większą rozdzielczość w obrazowaniu małych przepływów. | Tak |  |
| 22 | Obrazowanie panoramiczne pozwalające na tworzenie anatomicznych przekrojów dowolnych struktur | Tak |  |
| 23 | Obrazowanie harmoniczne zapewniające uzyskanie wysokiej jakości obrazu głęboko położonych struktur | Tak |  |
| 24 | Regulacja uchylności bramki Dopplera Kolorowego na zaoferowanej głowicy liniowej min. +/- 20 stopni | Tak |  |
| **Oprogramowanie pomiarowe wraz z pakietem obliczeniowym** | | | |
| 25 | Oprogramowanie aplikacyjne z pakietem oprogramowania pomiarowego do badań ogólnych: brzuszne, tarczycy, małych narządów, mięśniowo-szkieletowych, naczyniowych, ortopedyczne, kardiologiczne z pakietem obliczeniowym. | Tak |  |
| 26 | Automatyczny obrys spektrum Dopplera w czasie rzeczywistym oraz na obrazie zamrożonym wraz z pakietem oprogramowania obliczeniowego | Tak |  |
| 27 | Pakiet do automatycznego wyznaczania Intima Media Thicknes | Tak |  |
| 28 | Oprogramowanie umożliwiające wyznaczenie procentu unaczynienia w danym obszarze | Tak |  |
| **Archiwizacja** | | | |
| 29 | Zintegrowany z aparatem system archiwizacji obrazów | Tak |  |
| 30 | System archiwizacji z możliwością zapisu w formatach co najmniej JPEG, AVI, DICOM | TAK, podać |  |
| 31 | Eksportowanie na nośniki przenośne z załączaną przeglądarką DICOM | Tak |  |
| 32 | Napęd CD/DVD wbudowany w aparat | Tak |  |
| 33 | Wewnętrzny twardy dysk HDD o pojemności min. 500GB | Tak, podać |  |
| 34 | Videoprinter czarno-biały | Tak |  |
| 35 | Możliwość wydrukowania bezpośrednio z aparatu raportu z badań | Tak |  |
| 36 | Wbudowane w aparat wyjście wideo umożliwiające podłączenie dodatkowego monitora | Tak |  |
| 37 | Wbudowane w aparat wyjście Ethernet do podłączenia aparatu do systemu PACS/RIS | Tak, podać |  |
| **Głowice** | | | |
| 38 | **Convex wieloczęstotliwościowa do badań ogólnych, typu single crystal** – zakres częstotliwości: min. 1-5 MHz, kąt skanowania min. 70 stopni, min. 160 elementów w jednej linii | TAK, podać |  |
| 39 | **Liniowa wykonana w technologii matrycowej lub równoważnej -** zakres częstotliwości min. 2-22 MHz, ilość elementów min. 1000, FOV głowicy min. 40 mm (+/- 4 mm) | TAK, podać |  |
| 40 | **Liniowa typu hokejowa do badania układów mięśniowo-szkieletowych** zakres częstotliwości: min. 7- 15 MHz, FOV głowicy 25 mm (+/-2mm) | TAK, podać |  |
| 41 | **Sektorowa kardiologiczna dla dorosłych typu single crystal** o zakresie częstotliwości min. 1-5 MHz | TAK, podać |  |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
| 42 | Pełna gwarancja wykonywana przez autoryzowany serwis producenta (bez wyłączeń i bez limitu badań) min. 24 m-ce do 36 msc | Tak, podać |  |
| 43 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 44 | Protokół komunikacji DICOM 3.0 do przesyłania obrazów i danych min. Klasy DICOM PRINT STORE, QUERY/RETRIVE, WORKLIST | Tak |  |
| 45 | Dostarczenie oraz zainstalowanie w urządzeniu:  1. Licencji DICOM CStore na przesyłanie badań do systemu PACS  2. Licencji DICOM Modality Worklist do obsługi list roboczych  Licencje przydzielone bezterminowo.  W cenie oferty również Wykonawca przewidzi asystę serwisu podczas konfiguracji aparatu z systemem PACS/RIS – planowany termin konfiguracji w trakcie trwania gwarancji po wdrożeniu systemu informatycznego. | Tak |  |
| 46 | Urządzenie musi spełniać standardy komunikacyjne DICOM i posiadać DICOM Conformance Statement (deklarację zgodności DICOM) | Tak |  |
| 47 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.10** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 10 – SSAK JEZDNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany***  ***i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Ssak wytwarzający maksymalne podciśnienie min. 90 kPa | Tak, podać |  |
| 2 | Zmienna wydajność ssaka w min. trzech zakresach: 40, 50, 60 l/min (podana wartość mierzona w zakresie pracy za zbiornikiem na wydzieliny) | Tak, podać |  |
| 3 | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia | Tak |  |
| 4 | Możliwość precyzyjnego ustawienia podciśnienia za pomocą regulatora | Tak |  |
| 5 | Ssak przystosowany do pracy ciągłej min. 12 h/dobę oraz w środowisku bloku operacyjnego | Tak, |  |
| 6 | Pompa bezolejowa, nie wymagająca konserwacji | Tak |  |
| 7 | Trwała obudowa z tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 8 | Cicha praca – maksymalny poziom wytwarzanego hałasu 47 dB | Tak, podać |  |
| 9 | Zawór przełączający ssanie z jednego zbiornika na drugi bez odpinania drenów | Tak |  |
| 10 | Na wyposażeniu min. trzy zbiorniki min. 2,5 litrowe wielorazowe z poliwęglanu do wkładów jednorazowych na wydzielinę. | Tak |  |
| 11 | Ssak na wózku jezdnym z blokadą oraz z szyną na zbiorniki i akcesoria. Panel sterowania ssaka umieszczony co najmniej 60 cm od podłoża. | Tak |  |
| 12 | Wyposażenie startowe dostarczonego ssaka obejmuje minimum:  - filtry antybakteryjne - min. 40 sztuk  - dren silikonowy dla pacjenta o długości min. 4 m – min. 4 szt.  - wkłady do ssaka – min. 40 szt. wkładów współpracujących ze ssakiem  - ssak próżniowy przystosowany do podłączenia do gniazda próżni w razie awarii ssaka z króćcem w standardzie AGA – 1 szt. | Tak, podać |  |
| 13 | Wraz ze ssakiem zostanie dostarczony włącznik/wyłącznik nożny, zbiornik zabezpieczający przed przelaniem oraz uchwyt na dren | Tak |  |
| 14 | Waga urządzenia z wózkiem max. 20 kg | Tak |  |
| 15 | Zasilanie 230 V AC 50 Hz +/- 10% | Tak |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.11** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 11** – **APARAT RTG Z WYPOSAŻENIEM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp*.*** | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Nazwa i typ | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **RAMIĘ C** | | | |
| 1 | Cyfrowy aparat RTG z ramieniem C z hamulcami wszystkich ruchów ramienia z wyraźnymi oznaczeniami kierunku blokowanego ruchu. | TAK |  |
| 2 | Głębokość ramienia C min. 68 cm, odległość SID co najmniej 85 cm | TAK, podać |  |
| 3 | Zakres ruchu ramienia min.  - wzdłużny (poziomy) – min. 20 cm  - pionowy – min. 40 cm  - orbitalny – min. 115 stopni  - rotacja ramienia (wokół osi poziomej) – min. 210 stopni | TAK, podać |  |
| 4 | Szerokość wózka z ramieniem C poniżej 80 cm – kółka wózka wyposażone w zabezpieczenia przed najechaniem na leżące przewody. Kółka umożliwiające ruch wózka we wszystkich kierunkach. | TAK, podać |  |
| **GENERATOR** | | | |
| 5 | Generator RTG o mocy co najmniej 20 kW | TAK, podać |  |
| 6 | Zakres napięcia min. od 40 do 120 kV | TAK, podać |  |
| 7 | Prąd dla fluoroskopii min. od 3mA do 200 mA | TAK, podać |  |
| 8 | Maksymalny prąd dla radiografii cyfrowej min. 200 mA | TAK, podać |  |
| 9 | Tryb fluoroskopii oraz fluoroskopii o obniżonej dawce | TAK |  |
| 10 | Automatyczny dobór parametrów ekspozycji | TAK |  |
| 11 | Zasilanie 230 V ±10%, 50Hz | TAK |  |
| **LAMPA RTG** | | | |
| 12 | Lampa RTG wyposażona w aktywny system chłodzenia pozwalający na nieprzerwaną pracę urządzenia. | Tak, |  |
| 13 | Lampa RTG dwuogniskowa (0,3 mm i 0,6mm) o wirującej anodzie | TAK |  |
| 14 | Filtracja min. 3 mmAl | Tak, podać |  |
| 15 | Kolimator szczelinowy z rotacją | TAK |  |
| 16 | Symetryczna półprzepuszczalna przesłona szczelinowa | TAK |  |
| 17 | Kolimacja iris | TAK |  |
| 18 | Regulacja ustawień wraz z podglądem bez konieczności ekspozycji | TAK |  |
| 19 | Ustawienie kolimatora z podglądem bez promieniowania (na obrazie zamrożonym z wyświetlaniem aktualnego położenia krawędzi przesłon) | TAK |  |
| 20 | Pojemność cieplna anody min. 350 kHU | TAK, podać |  |
| 21 | Prędkość chłodzenia anody min. 75 kHU/min | TAK, podać |  |
| 22 | Pojemność cieplna kołpaka min. 5MHU | TAK, podać |  |
| 23 | Zabezpieczenie przed przegrzaniem się lampy RTG | TAK |  |
| **DETEKTOR** | | | |
| 24 | Kamera CCD ze wzmacniaczem o średnicy co najmniej 30 cm lub płaski detektor cyfrowy o wymiarach min. 30x30 cm. Rozdzielczość min. 1024x1024 piksele | TAK, podać |  |
| 25 | Kratka przeciwrozproszeniowa | Tak |  |
| **SYSTEM CYFROWEJ OBRÓBKI OBRAZU I PAMIĘĆ** | | | |
| 26 | Liczba pamiętanych obrazów przy pełnej matrycy min. 100 000 | TAK, podać |  |
| 27 | Możliwość płynnego obrotu zapamiętanego obrazu LIH bez konieczności ekspozycji | TAK |  |
| 28 | Wyświetlanie mozaiki obrazów - min. 10 obrazów/ekran | TAK, podać |  |
| 29 | Powiększenie obrazu, przesuwanie powiększonego obrazu, cyfrowe blendy, obraz lustrzany, negatyw, dodawanie komentarzy, oznakowanie strony (L/P) | TAK |  |
| 30 | Wzmocnienie krawędzi i redukcja szumów, kontrola parametrów okna w czasie rzeczywistym, funkcja pomiaru odległości i kątów | TAK |  |
| 31 | Redukcja artefaktów wywołanych ruchem pacjenta w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| 32 | System nanoszenia opisów, wpisywania danych pacjenta, zarządzania bazą danych z pacjentami. | TAK |  |
| 33 | Funkcja zapamiętania min. 15 sekund sekwencji z częstotliwością min. 25 obrazów /sekundę i odtwarzanie ich w pętli | TAK, podać |  |
| 34 | Pulpit operatora z możliwością poglądu LIH oraz obrazu fluoroskopii w postaci ekranu dotykowego umieszczony na ruchomym wysięgniku ramienia C, z regulacją położenia góra/dół, prawo/lewo | TAK |  |
| **WYŚWIETLANIE EKSPOZYCJI** | | | |
| 35 | Wózek z dwoma monitorami LCD min. 19 cali - osobny element zestawu ramienia C, połączony z ramieniem C za pomocą przewodu, gniazda przewodu zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi. | Tak, podać |  |
| 36 | Dodatkowa para monitorów LCD min. 19 cali gotowa do zamocowania na uchwycie w standardzie VESA w miejscu na sali operacyjnej wskazanym przez Zamawiającego. Monitory połączone z ramieniem C za pomocą wewnętrznej sieci bezprzewodowej aparatu (konfiguracja sieci wraz z dostarczeniem wszelkich niezbędnych elementów do jej pracy w cenie oferty). Zasilanie monitorów z sieci 230 V. | Tak, podać |  |
| 37 | Rozdzielczość monitorów min.1280x1024, kontrast. min. 1000:1, luminacja min.1000cd/m2, | TAK, podać |  |
| 38 | Minimalny kąt widzenia min.   1. pionowy – 175° 2. poziomy - 175° | TAK, podać |  |
| 39 | Obrót monitorów wokół osi pionowej względem podstawy wózka | TAK |  |
| 40 | Wskaźnik włączonego promieniowania na wózku z monitorami oraz na dodatkowych monitorach. | TAK |  |
| **ŚRODKI DOKUMENTACYJNE I ARCHIWIZACYJNE** | | | |
| 41 | Zapis obrazów poprzez port USB w formacie DICOM | TAK |  |
| 42 | Dostarczenie oraz zainstalowanie w urządzeniu:  1. Licencji DICOM CStore na przesyłanie badań do systemu PACS  2. Licencji DICOM Modality Worklist do obsługi list roboczych  Wymagane licencje bezterminowe  W cenie oferty musi być zawarta także integracja i konfiguracja dostarczonego urządzenia do współpracy systemem PACS/RIS, które zostaną w przyszłości zakupione przez Zamawiającego – w szczególności praca serwisu oraz jego dojazd w celu konfiguracji (planowane uruchomienie systemu w trakcie trwania gwarancji) | TAK |  |
| 43 | Drukarka na papier termiczny format A4 | TAK |  |
| **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | |
| 44 | Wielofunkcyjny bezprzewodowy przycisk nożny służący m.in. do wyzwalania fluoroskopii/akwizycji oraz dodatkowy ręczny włącznik promieniowania. | TAK |  |
| 45 | Zintegrowany system monitorowania, wyświetlania i rejestracji dawki RTG. | TAK |  |
| 46 | Gniazdo umożliwiające przesłanie obrazu z aparatu do dowolnego innego monitora w formacie cyfrowym – dopuszcza się standard gniazda video DVI lub 3G SDI | TAK, podać |  |
| 47 | Gniazdo RJ-45 do przesyłu danych do systemu PACS w formacie DICOM oraz komunikacji z systemem RIS/HIS | TAK |  |
| 48 | W cenie oferty wykonanie wszelkich testów akceptacyjnych i specjalistycznych niezbędnych do uzyskania pozwolenia na użytkowanie aparatu | TAK |  |
| 49 | **Środki ochrony indywidualnej** dostarczone w cenie oferty min.  - Fartuch jednostronny zabezpieczający przód, boki, łopatki. Zapięcie fartucha z przodu na zatrzaskowe klamry. Wykonane z lekkiego materiału ochronnego. Równoważnik osłabienia promieniowania: 0,5 mmPb – 6 szt.  - Osłony na tarczycę (ślinianki) 0,5 mm Pb – 6 szt. Długość śliniaka min 10 cm.  - Okulary ochronne – google 0,75mm Pb – 6 szt. | TAK |  |
| 50 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.12** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 12, ZADANIE 1** – **KOLUMNA ENDOSKOPOWA- TOR WIZYJNY Z WYPOSAŻENIEM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany i oceniany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Zaoferowany zestaw zostanie dostarczony wraz z wszelkim asortymentem i komponentami (m.in. procesor, głowica kamery, optyki, monitor, okablowanie monitora, itp.) zapewniającymi końcowe otrzymanie obrazu w jakości UHD 4K (min. 3840x2160p) bez strat jakościowych na poszczególnych modułach. | *Tak* |  |
| 2 | **Procesor - 1 szt.** | *Tak* |  |
| 3 | Procesor umożliwiający podłączanie i obsługę zaoferowanej głowicy kamery 4K w rozdzielczości min. 3840x2160p. W zestawie kompletne okablowanie umożliwiające prawidłową prace zestawu w najwyższej możliwej jakości obrazu bez konieczności dokupowania dodatkowych akcesoriów | Tak |  |
| 4 | Procesor wyposażony w medyczny archiwizator umożliwiający zapis video w rozdzielczości min. 3840x2160p i zdjęć wykonywanych procedur medycznych i przypisanie ich do konkretnego pacjenta. Zamawiający dopuszcza zaoferowanie archiwizatora jako niezależnego urządzenia peryferyjnego o funkcjach równoważnych. | Tak, podać |  |
| 5 | **Głowica kamery 2D 4K UHD - 1 szt.** | Tak |  |
| 6 | Głowica kamery  - przystosowana do pracy w rozdzielczości 4K 3840 x 2160 pikseli  - wyposażona w uniwersalne mocowanie optyk ze zintegrowanym łącznikiem  - wyposażona w min. 2 przyciski sterujące z możliwością przypisania im różnych funkcji w zależności od preferencji operatora | Tak |  |
| 7 | **Monitor medyczny 4K UHD min 32”- 1 szt.** | Tak |  |
| 8 | Monitor medyczny do obrazowania  - z przekątna ekranu min. 32"  - o rozdzielczości min. 3840 x 2160 pikseli (4K)  - z funkcją Picture-in-Picture  - z systemem mocowania w standardzie VESA do ramienia będącego częścią składową zaoferowanego wózka  - wyposażony w zdejmowaną osłonę na matrycę | Tak, podać |  |
| 9 | **Źródło światła LED – 1szt.** | Tak |  |
| 10 | Źródło światła LED  - z możliwością sterowania funkcjami z poziomu panelu czołowego bądź z poziomu dołączonego do zestawu tabletu.  - gwarantowany czas pracy lampy min. 15000h  - wyposażone w moduł komunikacji do współpracy z procesorem  - wyposażone w uniwersalne przyłącze światłowodów różnych producentów bez stosowania dodatkowych adapterów. | Tak, podać |  |
| 11 | **Pompa do zabiegów artroskopowych – 1szt.** | Tak |  |
| 12 | Wielospecjalistyczna pompa do przepłukiwania oraz odsysania przeznaczona do zabiegów artroskopowych  - sterowanie za pomocą panelu czołowego pompy i dostarczonego sterownika nożnego  - funkcja pracy w trybie napływu/odpływu  - zakres ciśnienia pracy min. 0-120 mmHg oraz przepływ regulowany automatycznie do min. 1500 ml/min. Monitorowanie parametrów w czasie rzeczywistym.  - współpracująca z konsolą shavera w zakresie zwiększenia przepływu w chwili uruchomienia funkcji shavera | Tak, podać |  |
| 13 | **Wielofunkcyjna konsola do napędów** | Tak |  |
| 14 | Konsola wyposażona min.  - w dwa gniazda umożliwiające podłączenie dwóch urządzeń jednocześnie – automatyczne rozpoznawanie podłączonego urządzenia.  - przełącznik nożny  - shaver z przyciskami i z przewodem o min. 2.5m długości – 4 szt. | Tak |  |
| 15 | Konsola oraz shaver zapewniający  - maksymalna prędkość obrotów shavera nie mniejsza niż 8000 obr/min  - oscylacja shavera min. 3000 obr/min | Tak, podać |  |
| 16 | Shaver wyposażony min. w  - programowalne przyciski sterujące  - mocowanie ostrzy w systemie zatrzaskowym  - króciec kanału ssania  Shaver do sterylizacji w autoklawie – na wyposażeniu każdego shavera pojemnik do jego sterylizacji.  Możliwość zastosowania ostrzy shavera o średnicach ostrza w zakresie 2.0 - 5.5mm różnych producentów | Tak, podać |  |
| 17 | **Wózek – 1 szt.** | *Tak* |  |
| 18 | Dedykowany wózek wyposażony w  - min. 4 półki  - wysięgnik do płynów  - dwa ramiona uchylne umożliwiające zawieszenie obok siebie dwóch monitorów min. 32’’ na uchwytach w standardzie VESA – jednego monitora zaoferowanego z torem oraz drugiego posiadanego przez Zamawiającego  - listwę zasilającą z min. 5 gniazdami 230V | *Tak* |  |
| 19 | **Napęd akumulatorowy o dużej mocy – 2 szt.** | *Tak* |  |
| 20 | Napęd składający się min. z  - rękojeści (jednostki napędowej) z możliwością podłączenia nasadki piły oscylacyjnej (Zamawiający dopuszcza rękojeść napędu możliwości podłączenia nasadki piły oscylacyjnej – dodatkowa rękojeść z piłą oscylacyjną w cenie oferty)  - sterylnego pojemnika na akumulator wraz z nakładką do sterylnego montażu akumulatora  - akumulatora niesterylnego Li-Ion o pojemności min. 2 Ah – 2 szt.  - nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 0,8 mm- 2,0 mm  - nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 2,0 mm – 3,2 mm  (Zamawiający dopuszcza zaoferowanie jednej nasadki do drutów Kirchnera o średnicy min. 0,8 mm – 3,2 mm)  - nasadka wierarska Jacobs z kluczykiem o średnicy min. 0-6,4 mm  - nasadka AO mała  - nasadka AO duża  - nasadki piły oscylacyjnej  - kontenera do sterylizacji wszystkich w/w elementów | *Tak, podać* |  |
| 21 | **Napęd akumulatorowy mały – 2 szt.** | *Tak* |  |
| 22 | Napęd składający się min. z  - rękojeści (jednostki napędowej) dwuprzyciskowej z funkcją oscylacji  - sterylnego pojemnika na akumulator wraz z nakładką do sterylnego montażu akumulatora  - akumulatora niesterylnego Li-Ion o pojemności min. 2 Ah – 2 szt.  - nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 0,8 mm- 2,0 mm  - nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 2,0 mm – 3,2 mm  (Zamawiający dopuszcza zaoferowanie jednej nasadki do drutów Kirchnera o średnicy min.0,8 mm – 3,2 mm)  - nasadka wierarska Jacobs z kluczykiem o średnicy min. 0-6,4 mm  - małej nasadki AO  - nasadki piły oscylacyjnej  - nasadka długopisowa z 10 wiertłami do cięcia bocznego  - kontenera do sterylizacji wszystkich w/w elementów | *Tak, podać* |  |
| 23 | **Ładowarka do akumulatorów – 1 szt.** | *Tak* |  |
| 24 | Ładowarka umożliwiająca jednoczesne ładowanie co najmniej 4 zaoferowanych wraz z napędami akumulatorów | *Tak, podać* |  |
| 25 | **Napęd przewodowy (2 szt.) z konsolą** | *Tak* |  |
| 26 | Konsola umożliwiająca pracę zaoferowanych napędów przewodowych.  Zamawiający dopuszcza, aby zaoferowana konsola obsługiwała również zaoferowane shavery - w takim przypadku Wykonawca dostarczy jedną konsolę do obsługi napędów przewodowych i shaverów | *Tak, podać* |  |
| 27 | Napęd przewodowy o rękojeści prostej („ołówek”) wyposażony w :  - nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 0,8 mm- 2,0 mm  - nasadka do drutów Kirschnera do drutów o średnicy min. 2,0 mm – 3,2 mm  (Zamawiający dopuszcza zaoferowanie jednej nasadki do drutów Kirchnera o średnicy min. 0,8 mm – 3,2 mm)  - nasadka wierarska Jacobs z kluczykiem o średnicy min. 0-6,5 mm  - małej nasadki AO  - nasadki piły oscylacyjnej lub osobny napęd z funkcją piły oscylacyjnej | *Tak, podać* |  |
| 28 | **Zasilacz opasek zaciskowych – 1 szt.** | *Tak* |  |
| 29 | Zasilacz elektryczny do wykonywania zabiegów w niedokrwieniu umożliwiający podłączenie dwóch niezależnych opasek umieszczony na dedykowanym statywie na kółkach. Zasilacz wyposażony w system umożliwiający pracę podczas zaniku zasilania w energię elektryczną na sali operacyjnej.  Na wyposażeniu aparatu min. n/w opaski :  - opaska na udo 85cm x 14 cm (+/- 20%) - 1 szt.  - opaska na udo 120 cm x 13 cm (+/-20 %) - 1 szt.  - opaska na ramię 65 cm x 15 cm (+/-20%) - 2 szt.  - opaska podwójna 65 cm x 15 cm (+/-20%) - 1 szt.  - opaska dziecięca pojedyncza – 1 szt. | Tak, podać |  |
| 30 | 1) Optyka artroskopowa - 2 szt.:  - rozdzielczość min. FullHD , autoklawowalna  - możliwość podłączenia światłowodów innych firm  - średnica 4mm (+/- 0,5mm), kąt 30 stopni  - długość robocza 200 mm (+/-10mm)  - pojemnik do sterylizacji do każdej optyki  2) Optyka artroskopowa - 2 szt.:  rozdzielczość min. FullHD , autoklawowalna  - możliwość podłączenia światłowodów innych firm  - średnica 4mm (+/- 0,5mm), kąt 70 stopni  - długość robocza 200 mm (+/ -10mm)  - pojemnik do sterylizacji do każdej optyki  3 ) Optyka artroskopowa - 2 szt.:  - rozdzielczość 4K, autoklawowalna  - możliwość podłączenia światłowodów innych firm  - średnica 2,7 mm, kąt 30 stopni  - długość robocza w zakresie 70-120mm  - pojemnik do sterylizacji do każdej optyki  4) Optyka artroskopowa - 5 szt.:  - rozdzielczość 4K, autoklawowalna  - możliwość podłączenia światłowodów innych firm  - średnica 4 mm, kąt 30 stopni  - długość robocza w zakresie 140 mm-153mm  - pojemnik do sterylizacji do każdej optyki | Tak, podać |  |
| 31 | 1) Płaszcz artoskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz kaniulowany obturator artroskopowy z rękojeścią do zaoferowanej optyki nr 1 - 2szt.  2) Płaszcz artroskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz obturator zwykły do zaoferowanej optyki nr 2 – 2 szt.  3) Płaszcz artroskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz obturator zwykły do zaoferowanej optyki nr 3 – 2 szt.  4) Płaszcz artroskopowy z dwoma zaworami obrotowymi oraz obturator zwykły do zaoferowanej optyki nr 4 – 5 szt.  - światłowód współpracujący z zaoferowanym źródłem światła oraz optykami o długości min. 250 cm – 4 szt.  - pojemniki do sterylizacji płaszczy – 11 szt. | Tak |  |
| 32 | Zestaw narzędzi wielorazowych, autoklawowalny, zawierający, co najmniej:  - haczyk artroskopowy 5mm (+/- 1 mm ), długość 150 mm- 4 szt.  - haczyk do artroskopii biodra długi – min. 200 mm – 1 szt.  - haczyk do chirurgii reki – długość 70 mm (+/-10%) - 1 szt.  - kleszcze tnące (2,7 mm lub 3,4 mm (+/-10%)) - 6 szt  - chwytak z mechanizmem zatrzaskowym 3,4 mm - 2 szt.  - narzędzie do mikro-złamań zagięte - 2 szt  - nóż haczykowy długość 250 mm (+/- 10 mm) – 1 szt.  - tace sterylizacyjne do wszystkich narzędzi umożliwiające sterylizacje i rozdział narzędzi na min. trzy zestawy | Tak, podać |  |
| 33 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.13** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 13 – DIATERMIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **Wymagania ogólne** | | | | |
| 1 | Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną | TAK |  |
| 2 | Urządzenie na wózku – dedykowany wózek w cenie oferty. | TAK |  |
| 3 | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz | TAK |  |
| 4 | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333 kHz+/-10% | TAK |  |
| 5 | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji | TAK |  |
| 6 | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe | TAK |  |
| 7 | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów | TAK |  |
| 8 | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu | TAK |  |
| 9 | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego | TAK |  |
| 10 | Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy,  nie mniejszy niż 9” | TAK |  |
| 11 | Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenia, wysokości ustawienia urządzenia itp.) | TAK |  |
| 12 | Możliwość regulacji jasności ekranu | TAK |  |
| 13 | Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do sali operacyjnej, ciemna do pracowni endoskopowej) | TAK |  |
| 14 | Komunikacja w języku polskim | TAK |  |
| 15 | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. Możliwość wyboru elektrody neutralnej dzielonej dla dorosłych i dzieci lub dla noworodków | TAK |  |
| 16 | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim | TAK |  |
| 17 | System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia | TAK |  |
| 18 | Urządzenie wyposażone w 4 wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi | TAK |  |
| 19 | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji | TAK |  |
| 20 | Możliwość zapamiętania min. 10 programów i zapisania ich pod dowolną nazwą | TAK |  |
| 21 | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktywowanego trybu pracy | TAK |  |
| 22 | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej | TAK |  |
| 23 | Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych  z możliwością regulacji czasu | TAK |  |
| 24 | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem, wyświetlanym na ekranie urządzenia. Historia błędów archiwizowana dla potrzeb serwisu. | TAK |  |
| 25 | Praca z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym – włącznik na wyposażeniu | TAK |  |
| **Parametry pracy urządzenia** | | | | |
| 26 | Cięcie monopolarne z mocą 350W | TAK |  |
| 27 | Minimum cztery rodzaje cięcia monopolarnego w tym cięcie specjalistyczne artroskopowe umożliwiające pracę w środowisku płynu | TAK |  |
| 28 | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia | TAK |  |
| 29 | Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą do 200W | TAK |  |
| 30 | Minimum cztery rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray) | TAK |  |
| 31 | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej | TAK |  |
| 32 | Koagulacja bipolarna z mocą min. 120W | TAK |  |
| 33 | Minimum dwa rodzaje koagulacji bipolarnej, w tym tryb specjalistyczny przeznaczony do zabiegów artroskopowych | TAK |  |
| 34 | Minimum 8 efektów dostępnych w trybie koagulacji bipolarnej | TAK |  |
| 35 | Specjalny tryb cięcia w soli fizjologicznej przeznaczony do zabiegów artroskopowych | TAK |  |
| 36 | Specjalny tryb koagulacji w soli fizjologicznej przeznaczony do zabiegów artroskopowych | TAK |  |
| 37 | Możliwość współpracy z bipolarnymi wielorazowymi elektrodami waporyzacyjnymi | TAK |  |
| 38 | Możliwość współpracy z instrumentami przystosowanymi do systemu rozpoznawania narzędzi | TAK |  |
| 39 | Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna  w min. jednym z trybów | TAK |  |
| 40 | Minimum dwa rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryb cięcie specjalistyczne do artroskopii umożliwiające pracę w środowisku płynu | TAK |  |
| 41 | Minimum 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego | TAK |  |
| **Wyposażenie** | | | | |
| 42 | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe  z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, powierzchnia przewodząca 110cm2 (+/-10%), bez ograniczenia mocy maksymalnej - 500 szt. | TAK |  |
| 43 | Kabel elektrod neutralnych jednorazowych dł. 3m - 2 szt. | TAK |  |
| 44 | Bezprzewodowy (radiowy) włącznik nożny 3-przyciskowy - 1 szt. | TAK |  |
| 45 | Uchwyt elektrody monopolarnej 4mm, z przyciskami do aktywacji cięcia  i koagulacji, z nierozłącznym kablem o dł. min. 3m, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do min. 300 cykli sterylizacji - 6 szt. | TAK, podać ilość cykli sterylizacji |  |
| 46 | Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, długość min.3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi - 4 szt.58 | TAK |  |
| 47 | Elektroda bipolarna do waporyzacji, okrągła, dł. 115mm z nierozłącznym kablem o dł. min. 3m kompatybilnym z systemem rozpoznawania narzędzi, przeznaczona do wielokrotnej sterylizacji - 4 szt. | TAK |  |
| 48 | Elektroda bipolarna do waporyzacji, okrągła, dł. 170 mm (+/-5%),  z nierozłącznym kablem o dł. min. 3m kompatybilnym z systemem rozpoznawania narzędzi, przeznaczona do wielokrotnej sterylizacji - 4 szt. | TAK |  |
| 49 | Elektroda bipolarna, haczyk, zagięta 90°, 1,5x4mm (+/-5%) , dł. 115mm (+/-5%), z nierozłącznym kablem o dł. min. 3 m kompatybilnym z systemem rozpoznawania narzędzi, przeznaczona do wielokrotnej sterylizacji - 3 szt. | TAK |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Uchwyt monopolarny, jednorazowy z elektrodą typu nóż z kablem o dł. min. 3 m kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 100 szt. | TAK |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Szczypce penseta bipolarna prosta wielorazowego użytku o długości 195 mm (+/-5%) z branszą 1 mm do zastosowania z zaoferowanym kablem – 2 szt. | TAK |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Szczypce penseta bipolarna prosta wielorazowego użytku o długości 160 mm (+/-5%) z branszą 1 mm do zastosowania z zaoferowanym kablem – 2 szt. | TAK |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Szczypce penseta bipolarna zagięta wielorazowego użytku o długości 160 mm (+/-5%) z branszą 1 mm do zastosowania z zaoferowanym kablem – 2 szt. | TAK |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Elektroda monopolarna długa typu nóż prosty wielorazowego użytku o długości 100 mm (+/- 5%) i wymiarach końcówki 2,4 mm x 10 mm do zastosowania z zaoferowanym kablem – 2 szt. | TAK |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Elektroda monopolarna typu nóż prosty wielorazowego użytku wymiarach końcówki 3,5 mm x 25 mm do zastosowania z zaoferowanym kablem – 10 szt. | TAK |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |  | |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.14** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 14 – PULSOKSYMETR PRZENOŚNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Pulsoksymetr transportowy z opcją wykorzystania jako pulsoksymetr stacjonarny (możliwość ustawienia na półce) wyposażono w kolorowy wyświetlacz LCD o wielkości min. 2,5”. Waga pulsoksymetru bez baterii i czujnika maks. 300 gram. | Tak, podać |  |
| 2 | Zasilanie akumulatorowe umożliwiające pracę co najmniej przez 2h bez dostępu do zasilania sieciowego. Na wyposażeniu akumulator oraz ładowarka sieciowa. W razie uszkodzenia akumulatorów pulsoksymetr umożliwiający wykorzystanie standardowych baterii. | Tak, podać |  |
| 3 | Regulowane granice alarmowe, funkcja wyciszenia alarmu. | Tak |  |
| 4 | Parametry pomiarowe  - zakres pomiaru SpO2 min . 35% -100%  - zakres regulacji granic alarmowych SpO2 min. 35%-100%  - dokładność maks. +/- 2% dla zakresu 70-100%,  - zakres pomiaru pulsu min. 30 -240 uderzeń na minutę z dokładnością co najmniej 2 uderzeń/minutę | Tak, podać |  |
| 5 | Pulsoksymetr w obudowie chroniącej przed uszkodzeniem lub wyposażony w pokrowiec ochronny | Tak |  |
| 6 | Wyposażenie pulsoksymetru  - ładowarka sieciowa i akumulatorowe  - czujnik SPO2 dla dorosłych typu klips – 1 szt.  - czujnik SPO2 dla dorosłych sylikonowy – 1 szt.  - kabel przedłużający pomiędzy pulsoksymetrem a czujnikiem – 1 szt. | Tak |  |
| 7 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.15** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 15** – **STÓŁ OPERACYJNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Ilość | 1 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem  spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **I.WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
| I.1 | Mobilny stół operacyjny elektrohydrauliczny lub elektromechaniczny przeznaczony m.in. do operacji ogólnochirurgicznych, ortopedycznych, ginekologicznych, urologicznych współpracujący z wyposażeniem dodatkowym ginekologicznym, urologicznym, ortopedycznym i innym | Tak |  |
| I.2 | Stół wyposażony w 4 podwójne koła jezdne zapewniające pełną mobilność oraz system blokowania kół jezdnych podczas wykonywania zabiegu. | Tak |  |
| I.3 | Stół wyposażony w system rozpoznawania zainstalowanych modułów i automatyczny dobór odpowiednich parametrów ich ruchu | Tak |  |
| I.4 | Poszczególne elementy blatu stołu łączone na zasadzie gniazda wpustowego (np. szybkozłączka, hak, zatrzask), bez dodatkowych manipulacji w innych płaszczyznach oraz bez użycia narzędzi (jedno kliknięcie/osadzenie powinno stanowić bezpieczne połączenie elementów) bez konieczności użycia pokręteł i śrub | Tak |  |
| I.5 | Podstawa stołu (kształt i konstrukcja) ułatwiająca personelowi medycznemu dostęp do pacjenta ze wszystkich stron. | Tak |  |
| I.6 | Elementy konstrukcyjne zewnętrzne stołu wykonane ze stali nierdzewnej.  Zamawiający dopuszcza zastosowanie  - silikonowych osłon części ruchomej kolumny stołu  lub  - górną osłonę kolumny wykonaną z tworzywa sztucznego zabezpieczoną przed zalaniem | Tak |  |
| I.7 | Stół umożliwiający zamianę miejscami segmentu plecowego z nożnym | Tak |  |
| I.8 | Konstrukcja blatu modułowa pozwalająca na dobór odpowiedniej konfiguracji i długości blatu w zależności od rodzaju zabiegu | Tak |  |
| I.9 | Blat stołu dzielony na min. n/w segmenty :   * podgłówek z możliwością podwójnej regulacji kąta ustawienia głowy,  1. segment plecowy, 2. siedzisko, 3. segment nożny dzielony, 4 częściowy (dwa podnóżki dwuczęściowe) | Tak |  |
| I.10 | Stół wyposażony w zasilanie akumulatorowe umożliwiające co najmniej 10 godzin nieprzerwanej pracy z wbudowanym układem zasilania – brak zewnętrznych zasilaczy. Przewód zasilający ze złączem IEC o długości min. 5 metrów w zestawie. | Tak |  |
| I.11 | Stół zapewniający awaryjną pracę z sieci 230V w przypadku awarii akumulatorów wewnętrznych | Tak |  |
| I.12 | Stół wyposażony po obu stronach blatu w szyny sprzętowe ze stali nierdzewnej o przekroju 10 x25 [mm] wzdłuż wszystkich segmentów blatu | Tak |  |
| I.13 | Maksymalne dopuszczalne obciążenie całkowite stołu min. 450 kg | Tak |  |
| I.14 | Maksymalna dopuszczalna waga pacjenta umożliwiająca użycie stołu w dowolnym położeniu min. 225 kg | TAK, podać |  |
| I.15 | Masa stołu w podstawowej konfiguracji (bez dodatkowych przystawek poza opisanymi w pkt. I.10) nie przekraczająca 350 kg | Tak |  |
| I.16 | Stół o wymiarach całkowitych w konfiguracji 5 segmentowej  - długość minimum 200 cm  - szerokość z szynami bocznymi minimum 58 cm | Tak |  |
| I.17 | Stół umożliwiający regulację wysokości (bez materaca) w zakresie co najmniej od 65 cm do 100 cm | Tak |  |
| I.18 | Przesuw wzdłużny blatu co najmniej 31 cm | Tak |  |
| I.19 | Materace przeciwodleżynowe, wielowarstwowe, demontowane, odporne na środki dezynfekcyjne, wodoodporne, zespalane bezszwową metodą, o grubości min. 75 [mm]. Materace z funkcją pamięci kształtu . | Tak |  |
| I.20 | Blat stołu wraz z materacem przezierne dla promieniowania RTG -przystosowany do monitorowania ramieniem C. Brak umiejscowienia poprzeczek wzmacniających mogących przesłaniać obraz RTG | Tak |  |
| **II.STEROWANIE STOŁEM** | | | |
| II.1 | Stół wyposażony w pilot bezprzewodowy oraz dodatkowy panel sterujący umieszczony na kolumnie stołu | Tak |  |
| II.2 | Pilot bezprzewodowy zdalnego sterowania wyposażony c najmniej w:  - wyświetlacz LCD informujący min. o położeniu stołu, stanie naładowania akumulatorów, stanie blokady hamulców stołu,  - czytelne przyciski sterujące ruchami poszczególnych elementów składowych stołu  - funkcję pamięci co najmniej 2 zdefiniowanych przez użytkownika pozycji stołu – automatyczne ustawienie segmentów stołu po wybraniu odpowiedniej pozycji  - zewnętrzną ładowarkę umożliwiającą bezprzewodowe ładowanie akumulatorów pilota  - pilot o szczelnej obudowie odpornej na czyszczenie i zachlapania  - podświetlenie ułatwiające pracę przy ograniczonym dostępie do światła  - zabezpieczenie przed interferencją z innymi urządzeniami bezprzewodowymi pracującymi na sali operacyjnej i w jej okolicy  - pilot wyposażony w przycisk „0” umożliwiający powrót do ustawień wyjściowych poprzez wciśnięcie tego przycisku | Tak |  |
| II.3 | Panel sterujący umieszczony na kolumnie stołu wyposażony co najmniej w :  - komplet przycisków sterujących  - zabezpieczenie przed przypadkowym użyciem funkcji przez operatora | Tak |  |
| **III.WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE** | | | |
| III.1 | Regulacja nachylenia wzdłużnego sterowana z pilota i panela sterującego  - pozycja Trendelenburga w zakresie min.- 25° do +25°.  - pozycja anty-Trendelenburga w zakresie min.- 35° do +35°  Wraz ze stołem zostaną dostarczone oparcia barkowe umożliwiające stabilizację pacjenta od strony barku podczas ułożenia w pozycji Trendelenburga. | Tak |  |
| III.2 | Regulacja nachyleń bocznych w zakresie min. 20**°** w obie strony sterowana z pilota i panela sterującego | Tak |  |
| III.3 | Regulacja nachylenia płyty plecowej w zakresie min. -35° do +70° sterowana z pilota i panela sterującego | Tak |  |
| III.4 | Regulacja nachylenia płyty plecowej w konfiguracji odwróconej min. -90° do +70°sterowana z pilota i panela sterującego | Tak |  |
| III.5 | Ruchome przedłużenie części pleców umożliwiające wypiętrzenie klatki piersiowej sterowane z pilota i panela sterującego – Zamawiający dopuszcza zastosowanie wypiętrzenia klatki piersiowej realizowane z pilota i panelu sterującego wykorzystywane również do pozycji flex. | Tak |  |
| III.6 | Podnóżek dwuelementowy (każdy element 2-częściowy, dzielony poprzecznie) z możliwością odwiedzenia na boki w zakresie min. 70˚ całego podnóżka, przednia część opuszczana do min. 90°, odchylana na boki z mechanizmem blokującym. Segment podnóżka sterowany z pilota i panela sterującego | Tak |  |
| III.7 | Zakres elektrohydraulicznej lub elektromechanicznej regulacji segmentu nóg min. -90°/+70° | Tak |  |
| III.8 | Podgłówek regulowany manualnie w dwóch płaszczyznach za pomocą dźwigni odpowiadających za poszczególne osie/płaszczyzny. Zakres regulacji podgłówka w zakresie min. ~~(~~ -30 /+25 ˚) | Tak |  |
| III.9 | Pozycja flex sterowana z pilota i panela sterującego w zakresie min. -20°/+20° | Tak |  |
| III.10 | Pozycja reflex sterowana z pilota i panela sterującego w zakresie min. -20°/+20° | Tak |  |
| **IV.WYPOSAŻENIE DODATKOWE STOŁU** | | | |
| IV.1 | Regulowana ramka ekranu anestezjologicznego z przedłużeniem po obu stronach z zaciskiem uniwersalnym do mocowania na szynie bocznej stołu - **1 kpl.** | Tak |  |
| IV.2 | Anestezjologiczna podpórka ręki wraz z dwoma pasami mocującymi, długa min. 50 cm, na przegubie kulowym, obrót o 360° i przechył min. +/- 30° z zaciskami uniwersalnymi do mocowania na szynie bocznej stołu - **2 szt.** | Tak |  |
| IV.3 | Podpora pod rękę dł. min 400 mm na przegubie kulowym z możliwością dowolnego ułożenia ręki względem stołu, z regulacją w 3 płaszczyznach z funkcją blokady, mocowana do szyny bocznej zaciskiem, wyposażona w pasy mocujące rękę wraz z uchwytami **– 2 szt** | Tak |  |
| IV.4 | 1. Pas do mocowania pacjenta mocowany do szyn bocznych– **2 szt.**  2. Pas do mocowania pacjenta bariatryczny mocowany do szyn bocznych dł. min. 2 000 mm z klamrami do mocowania do szyn bocznych stołu **-1 szt.** | Tak |  |
| IV.5 | Wspornik ułożeń/podparć bocznych umożliwiający obrót w min. 2 płaszczyznach oraz regulację podpórek zarówno w pionie jak i w poziomie, zawierający klamrę mocującą do szyn bocznych umożliwiającą zmianę kąta ustawień - **3 szt.** | Tak |  |
| IV.6 | Wałek podpierający - **1 szt.** | Tak |  |
| IV.7 | Podpórka pleców / pośladków - **2 szt**. | Tak |  |
| IV.8 | Żelowy krążek pod głowę, średnica około 200 mm lub pozycjoner pod głowę z pianki w pokrowcu zdejmowalnym– **1 szt.** | Tak |  |
| IV.9 | Poduszka półkolista „półwałek”, materac z obiciem antystatycznym - **1 szt.** | Tak |  |
| IV.10 | Materac w kształcie tunelu do podparcia kończyny dolnej w ułożeniach na boku **– 1 szt.** | Tak |  |
| IV.11 | Pas udowy, do dzielonej sekcji nóg,  z klamrami mocującymi do szyn bocznych lub z mocowaniem na rzepy dł. min 1200 mm – **1 para** | Tak |  |
| IV.12 | Materac klinowy – podwójny, w kształcie trapezu, stabilizujący ramiona i głowę lub materac na podstawie kwadratu o wymiarach min. 190 x 190 mm, z wyprofilowanym zagłębieniem w postaci połączonych trapezów (klinów) stabilizujący głowę – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.13 | Uchwyt nadgarstka mocowany do szyny stołu przy ułożeniu ręki wzdłuż ciała pacjenta – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.14 | Uchwyt przewodów anestetycznych – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.15 | Wieszak na płyny infuzyjne mocowany do szyny bocznej – **2 szt.** | Tak |  |
| IV.16 | Zacisk mocujący ,obrotowy do statywów o min. śr.16-18mm z systemem szybkiego mocowania i zdejmowania oraz regulacją kąta – **5 szt** | Tak |  |
| IV.17 | Wózek na akcesoria umożliwiający odwieszenie wszystkich akcesoriów będących na wyposażeniu stołu z koszem na drobne elementy wyposażenia – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.18 | Wyciąg ortopedyczny, kompletny, składający się min. z:  - 2 wsporników belek wydłużających i 2 belek wyciągowych,  - 2 kompletnych mechanizmów wyciągowych wraz z butami wyciągowymi dla dorosłych,  - siedziska,  - 1 kołka zaporowego dla pozycji grzbietowej,  - adaptera zapewniającego prawidłowy montaż wyciągu do zaoferowanego stołu operacyjnego – adapter wyposażony w siedzisko z materacem oraz gniazdo do zainstalowania kołka zaporowego | Tak |  |
| IV.19 | Gniazdo mocowania wyciągu ortopedycznego umieszczone na kolumnie stołu, zabezpieczone pokrętłem lub szybko-złączką lub stół operacyjny z przystawką ortopedyczna mocowaną do stołu za pomoca dwóch agregatów mocowanych w blacie stołu gdzie belki wyciągowe instalowane są pod blatem przystawki do specjalnie przygotowanych gniazd | Tak |  |
| IV.20 | Ramiona przystawki bezpiecznie mocowane za pomocą szybko-złączek lub pokręteł pod blatem siedziska stołu; ramiona montowane w gniazdach bazy połączonej z blatem stołu; montaż bez użycia dodatkowych narzędzi lub stół operacyjny z przystawką ortopedyczna mocowaną do stołu za pomoca dwóch agregatów mocowanych w blacie stołu gdzie belki wyciągowe instalowane są pod blatem przystawki do specjalnie przygotowanych gniazd | Tak |  |
| IV.21 | Sterowanie ramionami za pomocą dedykowanych uchwytów/pokręteł zwalniających poszczególne przeguby | Tak |  |
| IV.22 | Ramiona przystawki zapewniające możliwość ruchu w płaszczyźnie poziomej odwiedzenia i przywiedzenia | Tak |  |
| IV.23 | Możliwość montażu na segmencie trakcyjnym/ urządzeniu wyciągowym akcesoriów typu: but trakcyjny, płyta pod stopę, uchwyt do drutów Kirschnera, itp. | Tak |  |
| IV.24 | Uchwyt z możliwością rotacji do drutów Kirschnera – **1 szt**. lub stół, w którego wyposażeniu ortopedycznym uchwyt do drutów Kirschnera rotowany jest za pomocą mechanizmu wyciągowego specjalnym pierścieniem rotacyjnym | Tak |  |
| IV.25 | Lekki podnóżek montowany w gniazdach podnóżka standardowego lub do bazy wyciągu – **2 szt.** | Tak |  |
| IV.26 | Przedłużenie szyn bocznych do stosowania wraz z wyciągiem ortopedycznym - **1 para** | Tak |  |
| IV.27 | Wózek na zmontowaną przystawkę ortopedyczną – **1 szt**. | Tak |  |
| IV.28 | Gruba poduszka na wałek zaporowy do operacji artoskopii biodra – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.29 | Kołek zaporowy do pozycji bocznej – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.30 | Wyciąg Weinbergera do chirurgii ręki wraz z wałkiem zaporowym – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.31 | Przystawka do artroskopii kolana z materacykiem żelowym – **1 szt** | Tak |  |
| IV.32 | Segment blatu karbonowy jednoczęściowy do wykonania operacji kręgosłupa w pełni przezierny dla promieniowania RTG o długości co najmniej 115 cm i szerokości co najmniej 50 cm – **1 [szt.]** | Tak |  |
| IV.33 | Płyta do artroskopii barku mocowana w miejsce sekcji nóg lub płyty pleców, z opuszczanymi lub indywidualnie odłączanymi poduszkami dla łatwego dostępu do barków, z podparciem bocznym pacjenta **- 1 szt.** | Tak |  |
| IV.34 | Profilowana podpórka głowy do operacji artroskopii barku – hełm w kształcie litery U wraz z regulowanym elementem łączącym - **1 szt.** | Tak |  |
| IV.35 | Stolik do operacji ręki, w pełni przezierny dla RTG (z wyłączeniem elementów konstrukcyjnych) z materacem antystatycznym, o wymiarach min. 80x35 cm, mocowany do szyny bocznej z regulacją wysokości min. 40 cm – 1 szt. | Tak |  |
| IV.36 | Całość oferowanego wyposażenia w pełni współpracująca z zaoferowanym stołem operacyjnym i składająca się z kompletnego wyposażenia zapewniającego możliwość pracy z wykorzystaniem wyposażenia | Tak |  |
| IV.37 | Stolik Mayo w konfiguracji umożliwiającej jego zawieszenie na szynie bocznej – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.38 | Materac do pozycjonowania na brzuchu w celu wypiętrzenia kręgosłupa – **1 szt.** | Tak |  |
| IV.39 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.16** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 16 – PRZYSTAWKA DO ARTROSKOPII KOLANA STEROWANA ELEKTRYCZNIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Przystawka wyposażona w mechanizm sterowany elektrycznie umożliwiający zmianę jej położenia | Tak |  |
| 2 | Przystawka wyposażona w standardowy system mocowania umożliwiający jej instalację do szyny montażowej przy dostępnych na rynku stołach operacyjnych. | Tak |  |
| 3 | Sterowanie ruchami przystawki za pomocą przełącznika nożnego będącego wyposażeniem uwzględnionym w cenie oferty | Tak |  |
| 4 | Przystawka wyposażona w materacyk żelowy chroniący udo pacjenta | Tak |  |
| 5 | Cały zaoferowany zestaw umożliwiający pracę zgodnie z instrukcją obsługi bez konieczności dokupowania dodatkowego wyposażenia | Tak |  |
| 6 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.17** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 1 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO DUŻYCH KOŚCI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
| 1. 1 | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
| 1. 2 | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
| 1. 3 | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
| 1. 4 | - nieuszkodzony, | Tak |  |
| 1. 5 | - nieregenerowany | Tak |  |
| 1. 6 | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
| 1. 7 | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
| 1. 8 | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
| 1. 9 | - odporny na korozję | Tak |  |
| 1. 10 | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
| 1. 11 | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
| 1. 12 | - matowane | Tak |  |
| 1. 13 | - równe | Tak |  |
| 1. 14 | - gładkie | Tak |  |
| 1. 15 | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
| 1. 16 | - pozbawione porów | Tak |  |
| 1. 17 | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
| 1. 18 | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
| 1. 19 | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
| 1. 20 | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
| 1. 21 | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.b | Kleszczyki, imadła, klemy, pensety, Haki - X20Cr13 ( DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.c | Dłuta- X50CrMoV15 (DIN EN 10088-1,2,3) lub równoważna | Tak |  |
| 21.d | Młotki- Twardość w zakresie 42-50 HRC , dłuta 52-58 HRC lub równoważna | Tak |  |
| 1. 22 | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
| 1. 23 | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
| 1. 24 | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
| 1. 25 | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
| 1. 26 | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
| 1. 27 | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
| 1. 28 | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
| 1. 29 | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
| 1. 30 | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
| 1. 31 | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
| 1. 32 | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
| 1. 33 | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
| 1. 34 | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
| 1. 35 | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
| 1. 36 | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
| 1. 37 | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
| 1. 38 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 2 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO BIODRA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 3 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO RĘKI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.b | Kleszczyki, imadła, klemy, pensety, Haki - X20Cr13 ( DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.c | Dłuta- X50CrMoV15 (DIN EN 10088-1,2,3) lub równoważna | Tak |  |
| 21.d | Młotki- Twardość w zakresie 42-50 HRC , dłuta 52-58 HRC lub równoważna | Tak |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 4 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW ORTOPEDYCZNY DO RĘKI MIĘKKI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.b | Kleszczyki, imadła, klemy, pensety, Haki - X20Cr13 ( DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 5 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, NARZĘDZIA DODATKOWE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.b | Kleszczyki, imadła, klemy, pensety, Haki - X20Cr13 ( DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 6 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW DO ARTROSKOPII ACL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.b | Kleszczyki, imadła, klemy, pensety, Haki - X20Cr13 (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 7 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW DO ARTROSKOPII ZWYKŁEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
| 21.b | Kleszczyki, imadła, klemy, pensety, Haki - X20Cr13 ( DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 8 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW DO KRĘGOSŁUPA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 27.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 27.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 27.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 27.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 9 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW DO USUWANIA CEMENTU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 ( dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 27.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 27.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 27.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 27.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**PAKIET NR 17, ZADANIE 10 – NARZĘDZIA CHIRURGICZNE, ZESTAW DO MIKROCHIRURGII**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Zamawiający wymaga, aby zaoferowany przedmiot zamówienia był: |  |  |
|  | - wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku, | Tak, |  |
|  | - fabrycznie nowy, | Tak |  |
|  | - nieuszkodzony, | Tak |  |
|  | - nieregenerowany | Tak |  |
|  | - nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw | Tak |  |
|  | - kompletny i gotowy do użycia - nie wymagający procedur przygotowania przez użytkownika | Tak |  |
|  | - hartowany próżniowo, | Tak |  |
|  | - odporny na korozję | Tak |  |
|  | - poddany przez producenta wstępnej pasywacji | Tak, |  |
|  | Narzędzia mają posiadać powierzchnię: |  |  |
|  | - matowane | Tak |  |
|  | - równe | Tak |  |
|  | - gładkie | Tak |  |
|  | - pozbawione zadziorów | Tak |  |
|  | - pozbawione porów | Tak |  |
|  | - pozbawione pęknięć | Tak |  |
|  | - pozbawione wyżłobień. | Tak |  |
|  | Narzędzia muszą być łączone za pomocą śrubki lub nitu, odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym odkręceniem lub wypadnięciem | Tak |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy- PN-EN 10088-1 lub równoważna, - 1998 (ISO 7153-1)lub równoważna- spełniające standard dla stali, EN ISO 13485:2012 lub EN ISO 13485:2016 lub równoważna DIN 58298 (dot. twardości stali) lub równoważna | Tak, podać |  |
|  | Narzędzia mają być wykonane ze stali narzędziowej szlachetnej, spełniającej wymagania normy: |  |  |
| 21.a | Nożyczki- X50CrMoV15 bez twardej wkładki, X20Cr13 z twardą wkładką (DIN 17440, 10088-1,2,3,4,5) lub równoważna | Tak |  |
|  | W przypadku posiadania normy równoważnej do wymaganej Wykonawca poda jej nazwę przy dostawie | Tak |  |
|  | Wykonawca dostarczy przy dostawie kopię dokumentu wydanego przez organ certyfikujący potwierdzającego zgodność z wymaganymi normami . | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga aby narzędzia nie ulegały uszkodzeniu : | Tak |  |
|  | - podczas sterylizacji parowej w temperaturze 134 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | - i dezynfekcji maszynowej w myjniach – dezynfektorach o konstrukcji zgodnej z PN-EN 15883 | Tak |  |
|  | - oraz w roztworach preparatów dezynfekcyjnych dopuszczonych do obrotu na terenie UE. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga dodatkowo oznakowania na narzędziach oprócz oznakowania wytwórcy: | Tak |  |
| 28.a | trwałym napisem: PCR SOPOT 2021 metodą elektrochemiczną lub laserową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe. | Tak |  |
| 28.b | unikalnym kodem w systemie DATA MATRIX naniesionym techniką laserową bądź udarową (z wyjątkiem narzędzi i urządzeń na których z przyczyn technicznych takie znakowanie jest niemożliwe | Tak |  |
| 28.c | kod DATA MATRIX musi być dobrze czytany przez skaner kodów DATA MATRIX | Tak |  |
| 28.d | narzędzia o identycznym numerze katalogowym nie mogą posiadać identycznego oznakowania | Tak |  |
|  | Dostawca zobowiązany będzie do dołączenia przy dostawie fotografii narzędzi pojedynczych oraz całych zestawów narzędziowych z uwzględnieniem nazwy i określeniem nr katalogu, a w przypadku zestawu – całego zestawu ( 1 kpl. w wersji papierowej i 1 kpl. w wersji elektronicznej) | Tak |  |
|  | Zmawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na trwałość oznaczeń na narzędziach, jednak okres ten nie może być krótszy niż okres gwarancji na narzędzie chirurgiczne. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wykonawca udzielił minimum 24 m-cy do 36 m-cy gwarancji na narzędzia. | Tak; podać ile miesięcy |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków czyszczących dopuszczonych do manualnego doczyszczania trudnych zabrudzeń na instrumentarium – przy dostawie. | Tak |  |
|  | Wymienione środki muszą być skuteczne w usuwaniu trudnych zabrudzeń z narzędzi, bez uszkadzania tych narzędzi | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby Dostawca narzędzi podał listę środków do konserwacji narzędzi przed sterylizacją parową – w formie papierowej (1 kpl) i elektronicznej ( 1 kpl). przy dostawie. | Tak |  |
|  | Środki konserwujące nie mogą utrudniać procesu sterylizacji | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy (przy dostawie) instrukcję producenta dotyczącą dekontaminacji ( oczyszczania, mycia, dezynfekcji i sterylizacji) narzędzi w języku polskim w ilości co najmniej trzech egzemplarzy, | Tak |  |
|  | Wykonawca narzędzi dostarczy do dostawy katalog narzędziowy producenta oferowanego sprzętu wraz z opisem oferowanego produktu w języku polskim | Tak |  |
|  | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 5** |
| **WYKAZ DOSTAW**  **WYKAZ WYKONANYCH, A W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ POWTARZAJĄCYCH SIĘ LUB CIĄGŁYCH RÓWNIEŻ WYKONYWANYCH CO NAJMNIEJ DWÓCH DOSTAW**:  d.1) dla Pakietu 1 – urządzeń medycznych typu aparaty do znieczulenia oraz urządzeń medycznych typu respiratory,  d.2) dla Pakietu 2 – urządzeń medycznych typu defibrylatory,  d.3) dla Pakietu 3 – urządzeń medycznych typu ogrzewacze medyczne,  d.4) dla Pakietu 4 – urządzeń medycznych typu monitory pacjenta,  d.5) dla Pakietu 5 – urządzeń medycznych,  d.6) dla Pakietu 6 – urządzeń medycznych typu łóżka elektryczne pacjenta,  d.7) dla Pakietu 7 – urządzeń medycznych,  d.8) dla Pakietu 8 – urządzeń medycznych,  d.9) dla Pakietu 9 – urządzeń medycznych typu aparatów USG,  d.10) dla Pakietu 10 – urządzeń medycznych,  d.11) dla Pakietu 11 – urządzeń medycznych typu aparatów RTG,  d.12) dla Pakietu 12 – urządzeń medycznych typu kolumna endoskopowa,  d.13) dla Pakietu 13 – urządzeń medycznych typu diametria – elektrochirurgiczna,  d.14) dla Pakietu 14 – urządzeń medycznych,  d.15) dla Pakietu 15 i 16 – urządzeń medycznych typu stoły operacyjne,  d.16) dla Pakietu 17 – urządzeń medycznych typu narzędzia chirurgiczne,  w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania oraz podmiotów na rzecz których dostawy były wykonane lub odpowiednio są wykonywane |

**Znak: 1/PN/21**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa, adres i telefon Odbiorcy** | **Opis przedmiotu zamówienia: należy podać realizowane dostawy oraz wskazać rodzaj** | **Data wykonania dostaw**  **(od – do)**  (należy podać datę wykonanych dostaw,  Dzień/miesiąc/rok rozpoczęcia i zakończenia o ile są zakończone) | **Wartość**  **brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 6** |
| **OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/**  **OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** |

...............................................dnia ...............................

*/ miejscowość/*

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 1/PN/21**

**OświadczenieWykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

**o przynależności\*/ lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej \***

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością **– postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego – Znak: 1/PN/21**

oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję:

1**. *należy \*/ nie należy*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.Dz.U. 2019.369)z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty lub oferty częściowe w niniejszym postępowaniu.

2. Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*\* niewłaściwe skreślić*

/kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Uwaga! Grupa kapitałowa** – według ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.t.j.2019.369) rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę

W sytuacji, gdy w postępowaniu złożyli odrębne oferty wykonawcy należący do tej samej grupy kapitałowej, wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 7** |
| **WZÓR - ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**  **ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY** |

..........................................., dnia .................................

*/ miejscowość/*

/oznaczenie Podmiotu /

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

**ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Działając w imieniu: ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………....................… zobowiązuje się do oddania do dyspozycji Wykonawcy pod nazwą:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

następujących zasobów:

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

niezbędnych do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego **Znak: 1/PN/21** na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego dla Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością na okres konieczny dla wykonania zamówienia w razie zawarcia umowy o zamówienie publiczne z tym Wykonawcą.

W celu oceny, czy w/w Wykonawca będzie dysponował moimi zasobami w stopniu umożliwiającym należyte wykonanie zamówienia oraz oceny, czy stosunek nas łączący gwarantuje rzeczywisty dostęp do moich zasobów wskazuję:

1) zakres moich zasobów dostępnych Wykonawcy:

**……………………………………………………………………………………………………………**

2) sposób udostępnienia i wykorzystania moich zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu w/w zamówienia;

**……………………………………………………………………………………………………………**

3) okres udostępnienia przy wykonywaniu w/w zamówienia:

**……………………………………………………………………………………………………………**

kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej