**Formularz parametrów technicznych i użytkowych**

**Zadanie Nr 1- Elektrokardiograf z wózkiem -3 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
|  | Wyświetlacz LCD; prezentacja: * od 1 do 12 przebiegów EKG
* wyników analizy i interpretacji
* badań zapisanych w pamięci
 | TAK |  |
|  | Klawiatura membranowa (alfanumeryczna, przyciski fukcyjne) | TAK |  |
|  | Możliwość komunikacji z komputerem; komunikacja z siecią | TAK |  |
|  | Możliwość zapisu wstecznego przy badaniu automatycznym do schowka oraz przy badaniu ręcznym | TAK |  |
|  | Wewnętrzna baza badań i pacjentów  | TAK |  |
|  | Rejestracja min. 12 standardowych odprowadzeń EKG | TAK |  |
|  | Automatyczna funkcja zapisu podczas badania do wewnętrznej pamięci ze wszystkich odprowadzeń (data, godzina badania, ustawienia filtrów, czas zapisu badania) | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku z wewnętrznej pamięci w grupach po 3 odprowadzenia | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku analizy i interpretacji badania EKG | TAK |  |
|  | Możliwość dołączenia danych pacjenta do wydruku przebiegu EKG  | TAK |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna (membranowa) z przyciskami funkcyjnymi | TAK |  |
|  | Prezentacja krzywych w układzie standardowym lub Cabrera | TAK |  |
|  | Pamięć z ustawialnym limitem ostatnich badań od 5 do min. 1000 | TAK |  |
|  | Automatyczna detekcja zespołów QRS | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar częstości akcji serca | TAK |  |
|  | Filtr:* Izolinii
* zakłóceń mięśniowych
* zakłóceń sieciowych
* dolnoprzepustowy
* autoadaptacyjny
 | TAK |  |
|  | Przystosowanie do bezpośredniej pracy na otwartym sercu | TAK |  |
|  | Detekcja odpięcia elektrody, niezależna dla każdej elektrody | TAK |  |
|  | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących | TAK |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa wykrytych pobudzeni stymulatora serca | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | TAK |  |
|  | Papier EKG RA4 (112 mm) | TAK |  |
|  | Dodatkowe wyposażenie: wózek  | TAK |  |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 2 - Lampa bakteriologiczna przenośna - 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
| 2. | Lampa przepływowa, jednofunkcyjna, na statywie przejezdnym. | TAK |  |
| 3. | Możliwość przebywania personelu i pacjentów w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |  |
| 4. | energooszczędna - pobór mocy: 115 VA | TAK |  |
| 5. | element emitujący promieniowanie UV-C: 2x55W | TAK |  |
| 6. | trwałość promiennika: min 8000 h | TAK |  |
| 7. | wydajność wentylatora: min 199 m3/h | TAK |  |
| 8. | dezynfekowana kubatura: 45-90 m3/h | TAK |  |
| 9. | zasięg działania lampy: 18-36 m2 | TAK |  |
| 10. | klasa zabezpieczenia przeciwpożarowego: I  | TAK |  |
| 11. | typ obudowy: IP 20 | TAK |  |
| 12. | licznik czasu pracy | TAK |  |
| 13. | obudowa wykonana z blachy kwasoodpornej | TAK |  |
| 14. | przewód z wtyczką do kontaktu | TAK |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 3 - Aparat do mierzenia ciśnienia - 3 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wyświetlacz: cyfrowy, LCD ciekłokrystaliczny | TAK |  |
| 2. | Metoda pomiarowa: oscylometryczna | TAK |  |
| 3. | Zakres pomiarowy: ciśnienie 0-299 mmHg, tętno 40-180 uderzeń/min | TAK |  |
| 4. | Pamięć: 2 x 60 pomiarów z datą i godziną | TAK |  |
| 5. | Dokładność: ciśnienie +/-3 mmHg, tętno +/- 5% | TAK |  |
| 6. | Pompowanie: automatyczne z zastosowaniem technologii Fuzzy Logic | TAK |  |
| 7. | Wypuszczanie powietrza: automatyczne przez sterowany zawór spustowy | TAK |  |
| 8. | Zasilanie: 4 baterie alkaliczne AA (paluszki) i zasilacz sieciowy | TAK |  |
| 9. | Wymiary mankietu: 532 x 145 [mm] (średnica 75 mm) dla ramion o obwodzie 22-42 cm | TAK |  |
| 10. | Technologia "Intellisense" | TAK |  |
| 11. | Funkcja wykrywania nieregularnego tętna występującego przy arytmii | TAK |  |
| 12. | Walidacja kliniczna dla ogólnej populacji, dla diabetyków i kobiet w ciąży | TAK |  |
| 13. | Wskaźnik wysokiego ciśnienia | TAK |  |
| 14. | Wskaźnik prawidłowo założonego mankietu | TAK |  |
| 15. | Wskaźnik błędu z powodu ruchu podczas pomiaru | TAK |  |
| 16. | 2 niezależne tory pamięci (2x60 pomiarów z datą i godziną) | TAK |  |
| 17. | Funkcja uśredniania 3 ostatnich wyników z 10 minut | TAK |  |
| 18. | Energooszczędny – min. 1000 pomiarów na nowych bateriach alkalicznych | TAK |  |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej. | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 4 - Ssak elektryczny - 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Pompa próżniowa | TAK |  |
| 2. | Przepływ minimum 32 l/min | TAK |  |
| 3. | Podciśnienie max. 82 kPa | TAK |  |
| 4. | Głośność max. 50 dB  | TAK |  |
| 5. | Zasilanie sieciowe 230 V (50/60Hz)  | TAK |  |
| 6. | Przewód zasilający min. 3 m | TAK |  |
| 7. | Możliwość pracy ciągłej ( 24 godz.) | TAK |  |
| 8. | Filtr bakteryjny | TAK |  |
| 9. | Pojemnik z nietłukącego się tworzywa | TAK |  |
| 10. | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
| 12. | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
| 13. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
| 14. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
| 15. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
| 16. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 17. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
| 18. | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 5 - Mikroskop świetlny - 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Zakres ogniskowania w pionie: min.15 mmŚruba mikro- i makrometryczna pozwalająca na ruch rewolweru z obiektywami w górę i w dół pozwalająca ogniskować się na preparacie (wyostrzyć obraz) | TAK |  |
| 2. | Wbudowany stolik mechaniczny | TAK |  |
| 3. | Siedmiopozycyjny kondensor obrotowy z miejscem dla obserwacji w kontraście fazowym, w jasnym polu, w jasnym polu dla małych powiększeń, w w ciemnym polu | TAK |  |
| 4. | Aparatura numeryczna min. NA=1,25 | TAK |  |
| 5. | Nasadka okularowa szerokopolowa o numerze pola FN=22 | TAK |  |
| 6. | Zmienny kąt nachylenia zakres 5-35 stopni | TAK |  |
| 7. | Regulacja rozstawu okularów, zakres 48-75 mm | TAK |  |
| 8. | Okulary szerokopolowe o FN-22 | TAK |  |
| 9. | Powiększenie 10x | TAK |  |
| 10. | Zwijane i rozwijane osłonki gumowe | TAK |  |
| 11. | Certyfikat CE IVD | TAK |  |
| 12. | Obiektywy:* Planachromatyczny obiektyw 4x, odległość robocza 18,5 mm, apertura numeryczna NA=0,10. Korekcja na dowolnej grubości szkiełko nakrywkowe
* Planachromatyczny obiektyw 10x, odległość robocza 10,6 mm, apertura numeryczna NA=0,25. Korekcja na dowolnej grubości szkiełko nakrywkowe, do obserwacji w jasnym polu kontraście fazowym
* Planachromatyczny obiektyw 20x, odległośc robocza 1,2 mm, apertura numeryczna NA=0,40, korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17 mm, do obserwacji w jasnym polu i kontraście fazowym
* Planachromatyczny obiektyw 40x, odległość robocza 0,6 mm, apertura numeryczna NA=0,65, korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17 mm, do obserwacji w jasnym polu i kontraście fazowym
* Planachromatyczny NA=1,25, do obserwacji w jasnym polu i kontraście fazowym
 | TAK |  |
| 13. | Możliwość rozbudowy o fluorescencję | TAK |  |
| 14. | Możliwość instalacji przystawki konsultacyjnej | TAK |  |
| 15. | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 16. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
| 17. | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
| 18. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
| 19. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
| 20. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
| 21. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 22. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
| 23. | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 6 - Wirówka laboratoryjna z chłodzeniem - 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Funkcja opóźnionego startu | TAK |  |
| 2. | Po osiągnieciu zadanej temp. rozpoczyna pracę | TAK |  |
| 3. | Schładzanie po wirowaniu | TAK |  |
| 4. | Wstępne schładzanie bez/z wirowaniem | TAK |  |
| 5. | Silnik indukcyjny | TAK |  |
| 6. | Wygaszanie ekranu po okresie bezczynności | TAK |  |
| 7. | Wskazanie na wyświetlaczu:* Temperatury
* Czasu
* RCF
* Zadanej i bieżącej wartości prędkości
 | TAK |  |
| 8. | Programy użytkownika min. 100 | TAK |  |
| 9. | Komora wirowania ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 10. | Manualne ustawienia promienia wirowania | TAK |  |
| 11. | Dwa tryby zliczania czasu | TAK |  |
| 12. | Tryb pracy ciągłej | TAK |  |
| 13. | Możliwość zmiany parametrów podczas wirowania | TAK |  |
| 14. | Automatyczne otwieranie pokrywy | TAK |  |
| 15. | Automatyczna identyfikacja wirnika | TAK |  |
| 16. | Możliwość blokowania wybranych funkcji | TAK |  |
| 17. | Rejestrowanie parametrów wirowania przez złącze USB | TAK |  |
| 18. | Regulacja dla wirnika* RPM min. 5000
* RCF min. 4200
 | TAK |  |
| 19. | Zamek domykający pokrywę | TAK |  |
| 20. | Min. 10 charakterystyk rozpędzania i hamowania | TAK |  |
| 21. | Blokada pokrywy podczas wirowania | TAK |  |
| 22. | Blokada startu przy otwartej pokrywie | TAK |  |
| 23. | Awaryjne otwieranie pokrywy | TAK |  |
| 24. | Czujnik niewyważenia | TAK |  |
| 25. | Wirnik kompletny horyzontalny umożliwiający wirowanie: * min. 26 próbówek biochemicznych 5,5 ml
* min. 26 próbówek koagulologiczne 3 ml

  | TAK |  |
| 26. | Możliwość dopasowania wirówki w wirnik wychyłowy, umożliwiający przygotowanie min. 4 preparatów cytodiagnostycznych z możliwością uzyskania nadsącza | TAK |  |
| 27. | Wyrób medyczny | TAK |  |
| 28. | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 29. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
| 30. | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
| 31. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
| 32. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
| 33. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
| 34. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 35. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
| 36. | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 7 - Łaźnia wodna do rozmrażania osocza - 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Regulacja temperatury; zakres od 10oC do 70oC | TAK |  |
| 2. | Dokładność stabilizacji temperatury do 0,2oC | TAK |  |
| 3. | Minimalna różnica pomiędzy temperaturą otoczenia a temperaturą zadaną: 0oC z zew. schładzaniem; 5oC bez zew. schładzania |  |  |
| 4. | Komunikat na wyświetlaczu odczytu temperatury wody | TAK |  |
| 5. | Komunikat na wyświetlaczu czasu grzania | TAK |  |
| 6. | Komunikat na wyświetlaczu o zadanej temperaturze | TAK |  |
| 7. | Komunikat na wyświetlaczu o uszkodzeniu czujnika temperatury z blokadą grzania | TAK |  |
| 8. | Komunikat na wyświetlaczu o niskim poziomie wody z blokadą grzania | TAK |  |
| 9. | Sygnalizacja dźwiękowa o osiągnięciu zadanej temperatury  | TAK |  |
| 10. | Sygnalizacja dźwiękowa o końcu zaprogramowanym czasu grzania z blokadą | TAK |  |
| 11. | Sygnalizacja dźwiękowa o niskim poziomie wody z blokadą | TAK |  |
| 12. | Dioda LED sygnalizująca grzanie wody | TAK |  |
| 13. | Zasilanie 230-240 VAC | TAK |  |
| 14. | Pobór mocy max. 1000 W | TAK |  |
| 15. | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 16. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
| 17. | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
| 18. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
| 19. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
| 20. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
| 21. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 22. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
| 23. | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 8 - Pompa infuzyjna -6 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
|  | Pompa objętościowa sterowana elektronicznie, umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi, przeznaczona do stosowania u dorosłych w celu okresowego lub ciągłego podawania leków zalecanych do terapii infuzyjnej | TAK |  |
|  | System alarmów i ostrzeżeń; akustyczno-optyczny | TAK |  |
|  | Niezbędne alarmy do bezpiecznego prowadzenia terapii | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji dołączanej | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji przy stopniowym wzroście i spadku prędkości. Infuzja składa się z 3 faz: wzrostu, utrzymania i spadku | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji w trybie okresowym, składującym się z 2 faz: bolusa i prędkości. | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji w trybie programowanym, z możliwością zaprogramowania min. 12 faz. Każda faza o określonych parametrach takich jak prędkość, czas, objętość | TAK |  |
|  | Automatyczne prowadzenie terapii dawka w czasie. Po wprowadzeniu parametrów dawki i czasu pompa automatycznie obliczy prędkość infuzji | TAK |  |
|  | Automatyczne przekazywanie danych o podawanym żywieniu (pozajelitowym i dojelitowym) do systemu kontrolowanej insulinoterapii. W bibliotece leków zawarte dane żywienia | TAK |  |
|  | Biblioteka Leków zawierająca min. 600 leków z możliwością podzielenia na min. 30 grup | TAK |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min. 5 stężeń dla każdego leku | TAK |  |
|  | Bolus o określonej objętości . Bolus podawany na żądanie .Maksymalna objętość bolusa po alarmie okluzji ≤0,2ml | TAK |  |
|  | Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≤ 0,01 ml | TAK |  |
|  | Dokładność mechaniczna <±0,5% | TAK |  |
|  | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika | TAK |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji min. od 1min | TAK |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) min. 0,1 ml, max. 9999 ml | TAK |  |
|  | Historia pracy obejmująca min. 200 wpisów | TAK |  |
|  | Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232 | TAK |  |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji | TAK |  |
|  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem składający się z dwóch elementów – jeden w pompie jeden na drenie | TAK |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy | TAK |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA, PCEA, TCI | TAK |  |
|  | Możliwość podaży cytostatyków w układzie zamkniętym zgodnie z definicją NIOSH | TAK |  |
|  | Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych | TAK |  |
|  | Możliwość podaży żywienia dojelitowego | TAK |  |
|  | Możliwość pracy pompy w środowisku MRI - w dedykowanej stacji | TAK |  |
|  | Precyzyjna podaż z lub bez czujnika kropli | TAK |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h) | TAK |  |
|  | Możliwość rozszerzenia zakresu ciśnienia okluzji o trzy dodatkowe poziomy 50 mmHg, 100 mmHg, 150 mmHg | TAK |  |
|  | Możliwość skonfigurowania min. 50 oddziałów w jednej pompie. | TAK |  |
|  | Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania oprogramowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały. | TAK |  |
|  | Współpraca z czytnikiem kodów kreskowych | TAK |  |
|  | Współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii | TAK |  |
|  | Wymiany akumulatora przez użytkownika bez użycia narzędzi. | TAK |  |
|  | Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub Stacji Dokującej | TAK |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur i szyn medycznych pionowych i poziomych | TAK |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia zestaw 2 i 3 pomp zasilanych jednym przewodem | TAK |  |
|  | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji min. 9 poziomów | TAK |  |
|  | Pompa przygotowana do rozbudowy o moduł do bezprzewodowej komunikacji pomp z komputerem poza stacją dokującą  | TAK |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej | TAK |  |
|  | Regulacja głośności w zakresie min. 59dBA max. 74dBA min. 9 poziomów | TAK |  |
|  | Regulacja jasności i kontrastu ekranu min. 9 poziomów | TAK |  |
|  | W przypadku niewłaściwej dawki 1,4 ml spowodowanej niepoprawnym działaniem urządzenia, pompa wyłączy się automatycznie | TAK |  |
|  | Wypełnienie drenu ze stale widoczną na ekranie i możliwą do kontrolowania informacją o przetoczonej objętości | TAK |  |
|  | Zakres ciśnienia okluzji min. 225 mmHg max. 900mmHg, z wyborem na 9 poziomach | TAK |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 max. 1 200 ml/h Prędkość infuzji w zakresie min 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz. | TAK |  |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min 16 h przy przepływie 25 ml/h lub min. 13 h przy przepływie 100ml/h | TAK |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |
|  | Zużycie energii - pobór mocy przez jedną pompę maksymalnie 8VA | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 9 - Nebulizator - 3 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Ciągły tryb pracy | TAK |  |
| 2. | Głośność max. 57dB | TAK |  |
| 3. | Wydajność kompresora 14l/min | TAK |  |
| 4. | Przepływ powietrza 0,54 ml/min | TAK |  |
| 5. | Ciśnienie max. 3,5 bar (+/- 0,5 bar) | TAK |  |
| 6. | Podawana objętość leku:* minimalna 2 ml,
* maksymalna 8 ml
 | TAK |  |
| 7. | Dwa tryby rozpylania | TAK |  |
| 8. | Frakcja respirabilna <5m (FPF)%: 76% <5m | TAK |  |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
| 10. | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 1 - Kozetka lekarska - 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Konstrukcja metalowa malowana proszkowo | TAK |  |
| 2. | Na kółkach jezdnych z blokadą | TAK |  |
| 3. | Leżysko dwusegmentowe tapicerowane gąbką i skajem odporne na agresywne środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 4. | Wyposażone w uchwyt na papier jednorazowy w rolce | TAK |  |
| 5. | Zagłówek regulowany w zakresie min -300 do + 300 stopni ( + 50) | TAK |  |
| 6. | Elektryczna zmiana wysokości leżyska w zakresie min 550 – 950 mm za pomocą pilota | TAK |  |
| 7. | Wymiary leżyska: * Szerokość całkowita: 600 mm (+ 20 mm);
* Długość całkowita: 2000 mm ( + 20 mm );
* Wysokość całkowita : 620 mm (+ 20 mm)
 | TAK |  |
| 8. | Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg | TAK |  |
| 9. | Gwarancja min. 12 m-ce | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 2 - Szafa lekarska - 2 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Szafa opatrunkowo – zabiegowa dzielona poziomo | TAK |  |
| 2. | Przeszklona górą, wyposażona w drzwi jednoskrzydłowe w górnej i dolnej części | TAK |  |
| 3. | 5 półek przestawnych | TAK |  |
| 4. | Przeszklenie drzwiczek oraz półki, ze szkła bezpiecznego | TAK |  |
| 5. | Szafa wykonana w systemie stelaża aluminiowego z wypełnieniem z płyty laminowanej zabezpieczone okleiną PCV o grubości min. 2 mm | TAK |  |
| 6. | Wymiary: 500x550x2000 mm +/-20 mm | TAK |  |
| 7. | Gwarancja min. 12 m-ce | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)