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

**Załącznik nr 1 do SWZ**

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

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

**Wartość netto:**

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

**Wartość brutto:**

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

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

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

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

**Wartość netto:**

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

**Wartość brutto:**

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

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

1. **Pulsoksymetr przenośny**

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

1. **Termometr bezdotykowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1. | Producent | Podać |  |
| 2. | Model | Podać |  |
| 3. | Rok produkcji min. 2020 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy). Użyte baterie ew. akumulatory z roku produkcji minimum 2023. | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
|  | Bezkontaktowy termometr medyczny na podczerwień, przystosowany do pomiaru ciepłoty ciała pacjentów dorosłych i małych dzieci bez konieczności kontaktu z ciałem pacjenta (pomiar bezdotykowy) | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury ciała pacjenta niezależny od temperatury pokojowej | TAK |  |
|  | Termometr przeznaczony do użytku szpitalnego (duża ilość pomiarów realizowana w krótkich przedziałach czasowych), posiada wymagane badania kliniczne dopuszczające do użytku w placówkach ochrony zdrowia | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury w stopniach Celsjusza, realizowany w czasie 1-2 sek. | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru temperatury ciała: min. 34,0 do 42,5 °C | TAK |  |
|  | Zakres odległości od mierzonego obiektu 5-10 cm | TAK |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Pamięć ostatnich min. 9 pomiarów | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru ± 0,3°C | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne | TAK |  |
|  | Sygnał świetlny przy temperaturze powyżej 38°C | TAK |  |
|  | Kształt ergonomiczny dopasowany do dłoni | TAK |  |
|  | Odporność rękojeści na środek dezynfekcyjny | TAK |  |
|  | Waga urządzenia bez baterii max. 100 g | TAK |  |
|  | Sygnalizacja świetlna informująca o słabych bateriach | TAK |  |
|  | Kalibracja bieżąca aparatu poprzez podręczne menu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna, pokrowiec, baterie dołączone do każdego termometru | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Oferowane termometry muszą być dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z prawem, a w szczególności z przepisami o wyrobach medycznych. Wymagane świadectwo wzorcowania | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

1. **Ciśnieniomierz automatyczny**

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

1. **Aparat ambu dla dzieci**

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

1. **Otoskop**

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

1. **Stetoskop**

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

1. **Lampa podgrzewająca na podczerwień**

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

1. **Inhalator pneumatyczny**

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

1. **System ogrzewania pacjenta**

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

1. **Latarka laryngologiczna**

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

1. **Termometr lodówkowy**

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

1. **Termometr Higrometr do pomieszczeń**

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

1. **Waga ze wzrostomierzem**

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

1. **Termometr podpachowy elektryczny**

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

**15. Holter EKG**

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

**16. Holter ciśnieniowy**

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

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

**1. Szafki przyłóżkowe**

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

**2. Materac piankowy z pokrowcem**

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

**3. Łóżko specjalistyczne**

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

**4. Łóżko transportowe**

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

**Zamawiający dopuszcza łóżko o następujących parametrach bez punktacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** |
| 1. | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości.Łóżko posiadające bezpieczną powłokę lakierniczą.Powłoka lakiernicza zgodna z normą EN ISO 10993-5:2009, potwierdzającą, że stosowana powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych |
| 2. | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w 8 punktach, gwarantująca stabilność leża.Wszystkie przewody umieszczone w listwie stanowiącej tunel dla przewodów zasilających siłowniki. |
| 3. | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem a całym podwoziem wynosząca 173 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi, wjazd do dźwigów osobowych oraz możliwość podjechania podnośnikiem dla pacjentów. |
| 4. | Wymiary zewnętrzne łóżka:-Długość całkowita: 214 cm-Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi poniżej 99,7 cm- wymiar leża 87x200 cm |
| 5. | Leże łóżka czterosegmentowe z czego 3 segmenty ruchome. |
| 6. | Zasilanie elektryczne 220/230 VPrzewód zasilający skrętny wyposażony w tworzywowy uchwyt na kabel zasilający na czas transportu łóżka. |
| 7. | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – posiadające protokół z badań przy dostawie. |
| 8. | Elektryczne regulacje:- segment oparcia pleców 0-70°- segment uda 0-32°- kąt przechyłu Trendelenburga 0-15,5°- kąt przechyłu anty-Trendelenburga 0-15,5° regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. |
| 9. | Łóżko posiadające funkcję krzesła kardiologicznego uzyskiwaną na pilocie pacjenta jednym przyciskiem. |
| 10. | Łóżko posiadające automatyczne zatrzymanie w pozycji poziomej, łózko automatycznie zatrzymuje się w pozycji poziomej podczas zmiany przechyłów wzdłużnych. |
| 11. | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:380 mm do 820 mm |
| 12. | Czas zmiany wysokości leża z pozycji minimalnej do maksymalnej - 23 sekundy. |
| 13. | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z możliwością blokady funkcji przez personel medyczny za pomocą blokady magnetycznej. Pilot pracuje w 2 trybach, tryb pielęgniarski dostęp do funkcji ratunkowych. Pozycje dostępne w trybie pacjenta:Regulacja oparcia pleców, regulacja wysokości leża, regulacja segmentu uda. Dedykowany przycisk dla pozycji siedzącej (pozycja krzesła kardiologicznego). Dedykowany przycisk dla niskiej pozycji leża (tj. Pozycja do spania).Łóżko posiadającą na pilocie funkcję CPR elektryczne poziomowanie leża pozycja do reanimacji pacjenta zaprogramowanym piktogramem w kolorze pomarańczowym |
| 14. | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod segmentem wezgłowia, oznaczona kolorem pomarańczowym.Dźwignia CPR umożliwiająca mechaniczne uniesienie segmentu pleców w przypadku braku zasilania (alternatywny napęd)Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta.(Nie dopuszcza się łóżek posiadających autoregresję segmentu uda powodującą przesuwanie się pacjenta w kierunku szczytu nóg powodującą ryzyko powstawania odleżyn- także stóp) |
| 15. | Leże wypełnione panelami z polipropylenu odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie promieni UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi z otworami do montażu pasów unieruchamiających. |
| 16. | Łóżko z możliwością przedłużenia leża o 180 mm |
| 17. | Szczyty łóżka wykonane z tworzywa z możliwością blokowania przed niezamierzonym wypadnięciem w czasie transportu za pomocą suwaków umieszczonych na ramie leża. Szczyty łatwo odejmowane, odporne na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Wykonane z polipropylenu o grubości ściany 4mm w technologii Rotomulding z kolorowymi wklejkami. |
| 18. | Barierka lakierowana proszkowo, wykonane z 3 profili stalowych owalnych o grubości 20mm składana wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, Barierka pozbawiona ostrych krawędzi oraz miejsc gromadzenia się brudu. Spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52 |
| 19. | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka. |
| 20. | Możliwość zamontowania po dwóch stronach łóżka uchwytów na worki urologiczne, worki umiejscowione na wysokości biodra. |
| 21. | W narożnikach łóżka 4 krążki stożkowe uniemożliwiające przypadkowe wyrwanie parapetów okiennych lub listew ściennych przy regulacji wysokości łóżka. Krążki odbojowe chroniące łóżko i ściany przed uderzeniami oraz otarciami. |
| 22. | Leże w części środkowej wyprofilowane w celu pełnienia funkcji uchwytu materaca. Nie dopuszcza się uchwytów materaca zlokalizowanych w segmencie nożnym leża powodujące urazy kończyn i otarć podczas opuszczania łóżka. |
| 23. | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w koła o średnicy 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. |
| 24. | Bezpieczne obciążenie 250 kg |
| 25. | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wysięgnika z uchwytem do ręki i wieszaka kroplówki (możliwość zamontowania wieszaka w czterech narożnikach leża) |
| 26. | Możliwość wyboru kolorów wypełnień 6 kolorów. |
| 27. | Elementy wyposażenia łóżek: • Zawieszka na worki urologiczne • Uchwyt z wysięgnikiem ręki 7 szt. • Materac piankowy przeznaczony dla szpitali lub innych placówek medycznych, stosowany w profilaktyce przeciwodleżynowej. Materac składający się z dwóch warstw. Górna warstwa materaca o wysokości od 11 -9cm (9cm w sekcji głowy, 11cm w sekcji nóg): wykonana z pianki o gęstości 25 kg/m 3 , posiadający unikalny 3 -strefowy profil (głowa – tułów – nogi), który zmniejsza nacisk na tkankę miękką ciała, poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę, posiadający specjalne, wzdłużne i symetryczne nacięcia w okolicy lędźwiowej części kręgosłupa, kości ogonowej i miednicy niwelujące napięcie powierzchniowe pianki. Dolna warstwa materaca o wysokości 4 cm: wykonana z pianki o gęstości 28 kg/m 3 i zwiększonej twardości, stabilizującej materac oraz zmniejszającej nacisk podłoża na ciało użytkownika. Wymiary dostosowane do leża. Wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny zamek w kształcie litery „C”. |
| 28. | - Deklaracja zgodności ,- Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych- Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny aktualnie obowiązujący potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami- Certyfikat ISO 13485:2016 lub równoważny aktualnie obowiązujący potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. |
| 29. | Gwarancja 24 miesiące |
| 30. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres 10 lat |
| 31. | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat |

**5. Lampa bezcieniowa ścienna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
|  | Diody LED – 3 szt | TAK |  |
|  | Temperatura barwowa min. 5500K | TAK |  |
|  | Natężenie światła dla danej odległości działania 50 000 luksów dla 30 cm, 45 000 luksów dla 50 cm (=/- 5%)lub Natężenie światłaUstawienie wysokiej intensywności:(30 cm)12" odległość: 75 000 luksów(50 cm) Odległość 20": 40 000 luksówUstawienie niskiej intensywności:(30 cm) Odległość 12": 55 000 luksów (50 cm) Odległość 20": 30 000 luksów | TAK |  |
|  | Bezdotykowy przełącznik wł./wył. z regulacją przyciemniania | TAK |  |
|  | Możliwość montażu ściennego | TAK |  |
|  | Czas działania 50 000h (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Sposób wydłużania – gęsia szyja | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim – należy dołączyć do oferty. Dokumenty sporządzone w języku obcym są obowiązkowo składane wraz z tłumaczeniem na język polski. | TAK |  |

**UWAGI do Zadania 1 i 2:**

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

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

 miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy