**ZAŁĄCZNIK NR 1B – dot. Pakietu nr 11**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 1***

Przedmiot zamówienia: Wózek zabiegowy laboratoryjny – 7 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Wózek zabiegowy wykonany ze stali lakierowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Stelaż ze stalowego giętego profilu kwadratowego o przekroju **min. 25x25** **mm**, lakierowanego proszkowo, z szynami instrumentalnym i uchwytami do prowadzenia skierowanymi ku górze stanowiącymi stały element stabilnej konstrukcji. | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w 1 szufladę (wysokość frontu 1x130mm) oraz stalową półkę z pogłębieniem o wym. 450x500mm. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wyposażony w materiał wygłuszający, niechłonący wilgoci i minimalizujący wibracje. | Tak |  |
|  | Stelaż wyposażony w odboje oraz 4 wysoce mobilne koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy **min. 100 mm** w kolorze białym, w tym dwa z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Stelaż lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL - min. 19 kolorów do wyboru przez Zamawiającego. Korpus szuflady, fronty szuflad, półka lakierowany na kolor biały RAL9003. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary stolika bez wyposażenia dodatkowego: - szerokość: **570 mm (+/-10 mm)** - głębokość: **550 mm (+/-10 mm)** - wysokość: **900 mm (+/-10 mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiary blatu/półki:  - szerokość: **450 mm (+/-10 mm)**  - głębokość: **500 mm (+/-10 mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej blatu/półki:  - szerokość: **400 mm (+/-10 mm)** - głębokość: **450 mm (+/-10 mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiary szuflady: -szerokość **450 mm (+/- 10 mm)** -głębokość **500 mm (+/- 10 mm)** -wysokość **155 mm (+/- 10 mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: - szerokość: **375 mm (+/-10 mm)** - głębokość: **430 mm (+/-10 mm)** - wysokość **105 mm (+/- 5 mm)** | Tak, podać |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA :**

**Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 2***

Przedmiot zamówienia: Stolik instrumentalny ver. 1 – 1 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Stolik instrumentalny typu MAYO wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | Tak |  |
|  | Blat z pogłębieniem, obracany w poziomie o 360° z blokadą obrotu | Tak |  |
|  | Blat podnoszony hydraulicznie za pomocą pedału nożnego | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości blatu w zakresie **950-1320 mm (+/- 10mm)** | Tak, podać |  |
|  | Podstawa w kształcie litery T, wyposażona w 3 **pojedyncze** koła w obudowie z tworzywa sztucznego w kolorze szarym o średnicy **min.** **75 mm**,wszystkie z blokadą | Tak, podać |  |
|  | Wymiary blatu: - szerokość **750 mm (+/- 20mm)** - głębokość: **500 mm (+/- 20mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiar powierzchni użytkowej blatu: - szerokość: **685 mm (+/- 20mm)** - głębokość: **435 mm (+/- 20mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiary całkowite: - szerokość: **750 mm (+/- 20mm)** - głębokość: **500 mm (+/- 20mm)** - wysokość: **950-1320 mm (+/- 20mm)** | Tak, podać |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA :**

**Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 3***

Przedmiot zamówienia: Stolik instrumentalny ver. 2– 2 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Stolik instrumentalny wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9. | Tak |  |
|  | Stolik wyposażony jeden blat z pogłębieniem, podnoszony ręcznie. | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości blatu w zakresie: **850-1300 mm  (+/- 10mm)** | Tak, podać |  |
|  | Podstawa w kształcie litery T, wyposażona 4 koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy **min. 75 mm,** w tym 2 z blokadą | Tak, podać |  |
|  | Wymiary całkowite stolika: - szerokość: **750 mm (+/- 10mm)** - głębokość: **500 mm (+/- 10mm)** - wysokość: **850-1300 mm (+/- 10mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiary blatu: - szerokość: **750 mm (+/- 10mm)** - głębokość: **500 mm (+/- 10mm)** | Tak, podać |  |
|  | Wymiar powierzchni użytkowej blatu: -szerokość: 685 mm **(+/-10mm)** -głębokość: 435 mm **(+/-10mm)** | Tak, podać |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 4***

Przedmiot zamówienia: Kozetka lekarska – 10 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Kozetka lekarska / stół rehabilitacyjny z leżem dwusegmentowym, tapicerowanym materiałem łatwozmywalnym i odpornym na dezynfekcję, Kolorystyka tapicerki do wyboru (min.10 kolorów). | Tak, podać |  |
|  | Zagłówek regulowany ręcznie za pomocą mechanizmu zapadkowego: **+45° (+/- 5°)** | Tak, podać |  |
|  | Stół wyposażony w uchwyt na prześcieradło. Możliwość umieszczenia uchwytu od strony zagłówka lub od strony nóg. | Tak |  |
|  | Stelaż stalowy, lakierowany proszkowo na kolor biały. | Tak |  |
|  | Stelaż umieszczony na stopkach nastawnych z możliwością poziomowania. Stopki wykonane z elastycznego materiału o bardzo dużej wytrzymałości, zapewniających doskonałe przyleganie do twardych powierzchni, eliminując efekt poślizgu. | Tak |  |
|  | Wymiary: - długość **1850 mm (+/- 10 mm)** - głębokość **560 mm (+/- 10 mm)** - wysokość  **500 mm (+/- 10 mm)** Grubość leża: **50 mm (+/- 5 mm)** | Tak, podać |  |
|  | Minimalna nośność 150kg | Tak, podać |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 5***

Przedmiot zamówienia: Krzesło do pobierania krwi wraz z taboretem – 4 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Stanowisko do iniekcji z dwoma podłokietnikami | Tak |  |
|  | Stelaż stalowy, lakierowany proszkowo na biało. Stelaż na stopkach nastawnych z możliwością poziomowania, wykonane z elastycznego materiału o bardzo dużej wytrzymałości, zapewniający doskonałe przyleganie do twardych podłoży. | Tak |  |
|  | Siedzisko, oparcie i podłokietniki tapicerowane materiałem łatwozmywalnym i odpornym na dezynfekcję, Kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego min. 15 kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
|  | Podłokietniki z możliwością regulacji wysokości i obrotu. Regulacja wysokości w zakresie 580-930 mm. (+/- 25 mm) | Tak, podać |  |
|  | Wymiary całkowite: 695x640x950 mm [szerokość x głębokość x wysokość] (+/- 25 mm) | Tak, podać |  |
|  | Wymiary oparcia: 390x390 mm (+/- 25 mm) Wymiary siedziska: 500x450 mm (+/- 25 mm) Wymiary podłokietnika: 125x500 mm (+/- 25 mm) Wysokość siedziska od podłoża: 510 mm (+/- 25 mm) | Tak, podać |  |
|  | W komplecie ze stanowiskiem do iniekcji taboret bez oparcia o parametrach: - siedzisko tapicerowane materiałem zmywalnym, odpornym na dezynfekcję - podstawa stalowa chromowana, pięcioramienna wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego (czarne) o średnicy 50mm, w tym dwa z blokadą -regulacja wysokości za pomocą siłownika pneumatycznego, dźwignią ręczną Wymiary: średnica podstawy: 640 mm (+/- 25 mm) średnica siedziska: 350 mm (+/- 25 mm) wysokość siedziska: 425-545 mm (+/- 25 mm) | Tak, podać |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA :**

**Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 6***

Przedmiot zamówienia: Wózek inwalidzki – 4 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Szerokość siedziska: 500 mm (+ 60 mm) | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita: 680 mm (+ 60 mm) | TAK |  |
|  | Głębokość siedziska: 470 mm (+ 60 mm) | TAK |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 470 mm (+ 60 mm) | TAK |  |
|  | Wysokość całkowita: 980 mm (+ 60 mm) | TAK |  |
|  | Wysokość oparcia: 410 mm (+ 60 mm) | TAK |  |
|  | Regulowana długość podudzia: 400 – 540 mm (+ 20 mm) | TAK |  |
|  | Waga całkowita max. 20 kg | TAK |  |
|  | Konstrukcja modułowa wykonana ze stali precyzyjnej | TAK |  |
|  | Tapicerka tworzywowa | TAK |  |
|  | Tylne koła wyposażone w hamulce postojowe | TAK |  |
|  | Przednie koła pełne | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie wózka min. 120 kg | TAK |  |
|  | **Wyposażenie:**  - podłokietniki wyciągane i odchylane;  - podnóżki ściągane. | TAK |  |
|  | Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 7***

Przedmiot zamówienia: Waga medyczna ze wzrostomierzem – 2 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Elektroniczna waga medyczna ze wzrostomierzem i legalizacją | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD z możliwością obracania od strony pacjenta lub lekarza/pielęgniarki | Tak |  |
|  | Bezpieczna platforma wagi zintegrowana z pomostem wagi, co przeciwdziała wywróceniu pacjenta | Tak |  |
|  | 4 regulowane punkty podparcia wagi | Tak |  |
|  | Nośność wagi: max 200 kg. | Tak / podać |  |
|  | Podziałka (pomiar ważenia) w gramach / kilogramach: 100g < 150 kg > 200g  Wzrostomierz o zakresie pomiaru: 60 - 200 cm i podziałce 1 mm | Tak / podać |  |
|  | Funkcje wagi (min.): automatyczne wyłączanie, BMI, HOLD, przełączanie zakresów ważenia, TARA | Tak / podać |  |
|  | Wymiary wagi:  Szerokość: 300 mm (+/- 10 mm)  Głębokość: 420 mm (+/- 10 mm)  Wysokość: 830 mm (+/- 10 mm) | Tak / podać |  |
|  | Ciężar wagi medycznej max. 7 kg | Tak / podać |  |
|  | Zasilanie: zasilacz 230 V/12V lub odpowiedni do zasilania wagi, zasilanie na baterie typu AA. **Zamawiający wymaga dostarczenie wagi wraz z zasilaczem elektrycznym** | Tak / podać |  |
|  | Waga musi posiadać legalizację | Tak |  |
|  | Klasa dokładności wagi: min. III klasa | Tak / podać |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 8***

Przedmiot zamówienia: Aparat EKG – 2 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Aparat EKG - 1, 3, 6, 12 kanałowy aparat umożliwiający wykonywanie elektrokardiogramu w pełnym zakresie 12 odprowadzeń. | Tak |  |
|  | Zapis badania w trybie ręcznym lub automatycznym z możliwością wykonania analizy i interpretacji. | Tak |  |
|  | Aparat z 7” wyświetlaczem dotykowym i wewnętrzną bazą badań. | Tak |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu 12 kanałów, z możliwością wyboru do druku 1,3,6 lub 12 przebiegów EKG. | Tak |  |
|  | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG. | Tak |  |
|  | Możliwe rodzaje badańmin.: Manual, AUTO, automatyczne do schowka. | Tak, podać |  |
|  | Zapis automatyczny z funkcją zapisu „do schowka”. | Tak |  |
|  | Regulowana długość zapisu badania automatycznego – w przedziale od 6 do 30 sekund. | Tak, podać |  |
|  | Ekran dotykowy o przekątnej 7”, Rozdzielczość ekranu min. 800x480 pikseli. | Tak, podać |  |
|  | Wydruk na drukarce termicznej aparatu na papierze o szerokości 112 mm | Tak |  |
|  | Możliwość wydruku badania na zewnętrznej drukarce laserowej | Tak |  |
|  | Możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie | Tak |  |
|  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia parametrów przebiegów: prędkości, czułości i intensywności wydruku | Tak |  |
|  | Obsługa za pomocą panelu dotykowego - pamięć do 1000 pacjentów lub 1000 badań | Tak |  |
|  | Przeglądanie na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości | Tak |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 (baza CSE) | Tak |  |
|  | Wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | Tak |  |
|  | Wykonanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | Tak |  |
|  | Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu | Tak |  |
|  | Możliwość włączania i wyłączania filtrów | Tak |  |
|  | Filtr sieciowy: 50 Hz, 60 Hz | Tak |  |
|  | Filtr mięśniowy: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | Tak |  |
|  | Filtr izolinii: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | Tak |  |
|  | Detekcja INOP odpięcia elektrody niezależna dla każdego kanału | Tak |  |
|  | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących | Tak |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń stymulatora serca | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | Tak |  |
|  | Archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku USB | Tak |  |
|  | Wymiary: 250 x 200 x 50 mm (+/- 10 mm) | Tak |  |
|  | Waga max: 1,5 kg | Tak |  |
|  | **Wyposażenie:**  **- e**lektrody kończynowe - 4 szt.;  - elektrody przyssawkowe przedsercowe - 6 szt.;  **-** kabel EKG - 1 szt.;  **- k**abel zasilający - 1 szt.;  **-** papier szerokość 112 mm – 1 szt.;  **-** żel do EKG – 1 szt.;  - wózek do EKG – 1 szt. | Tak |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 9***

Przedmiot zamówienia: Wózek medyczny wielofunkcyjny (opatrunkowo-zabiegowy) – 4 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien**wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Korpus wózka wykonany z blachy stalowej ocynkowanej galwanicznie, pokrytej wysokiej jakości farbą epoksydową, odporną na zarysowania i korozję | Tak |  |
|  | Wszystkie elementy wózka ergonomiczne, zaokrąglone, bez rogów i kątów prostych, zaprojektowane w celu łatwej i dokładnej dezynfekcji | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w blat roboczy o wymiarach 650 x 550 mm (+/- 20 mm), posiadający cztery profilowane brzegi (z czego min. trzy są podniesione w celu zabezpieczenia większych przedmiotów przed upadkiem) zabezpieczające przed ściekaniem rozlanych płynów oraz przed spadaniem drobnych przedmiotów wykonany z formowanego, estetycznego, antypoślizgowego, wysokiej jakości tworzywa sztucznego łatwego do dezynfekcji  Profilowane brzegi służące również jako uchwyty ułatwiające prowadzenie wózka | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w dodatkowy blat boczny, wysuwany z lewej strony wózka o wymiarach min. 360 x 360 mm, wykonany z wysokiej jakości tworzywa sztucznego łatwego do dezynfekcji. Blat wysuwany na prowadnicach teleskopowych z czterema profilowanymi brzegami uniemożliwiającymi spadanie drobnych przedmiotów. Blat od dołu wzmocniony profilami stalowymi | Tak |  |
|  | Wymiary wózka (bez wyposażenia):   1. Wysokość: 1100 mm (+/- 20 mm) 2. Szerokość: 700 mm (+/- 20 mm) 3. Głębokość: 600 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | **Wózek wyposażony w 5 szuflad** z funkcją pełnego wysuwu, na prowadnicach łożyskowych, zapewniających płynny system otwierania i zamykania. Możliwość szybkiego wyciągania całej szuflady bez użycia narzędzi w celu dokładnej dezynfekcji | Tak |  |
|  | Korpusy szuflad wykonane z blachy stalowej, gięte w całości w celu uzyskania gładkiej powierzchni (nie spawane), ocynkowane galwanicznie, pokryte farbą epoksydową w celu łatwego czyszczenia i dezynfekcji | Tak |  |
|  | Min. 4 szuflady posiadające wycięcia na doposażenie wózka w przegródki umożliwiające np. segregację leków i materiałów medycznych | Tak |  |
|  | Wszystkie szuflady wyposażone w tworzywowe przegródki (dwie pionowe i dwie poziome) umożliwiające segregację leków, materiałów opatrunkowych itp.  Przegródki wykonane z tworzywa, dzielące szufladę na min. 9 pól, umożliwiające dowolną konfigurację wielkości pól | Tak |  |
|  | Szuflady o wymiarach (od góry):   1. 75 x 450 x 450 mm (+/- 20 mm) – 1 szt. 2. 150 x 450 x 450 mm (+/- 20 mm) – 4 szt. | Tak, podać |  |
|  | Fronty szuflad oraz uchwyty do wysuwania wykonane z wysokiej jakości tworzywa | Tak |  |
|  | Szuflady wyposażone w ergonomiczne, anty-urazowe uchwyty, umieszczone na całej szerokości szuflady, z możliwością wyboru kolorystyki (min. 6 kolorów do wyboru) | Tak |  |
|  | Uchwyty wyposażone w duże, przezroczyste, tworzywowe listwy o długości min. 320 mm do oznaczenia zawartości szuflady; możliwość umieszczenia opisu od góry (opis widoczny po otwarciu szuflady) oraz z przodu (opis widoczny bez otwierania szuflady) | Tak |  |
|  | Zawartość szuflad zamykana centralnie kluczem zabezpieczonym przed złamaniem i wygięciem np. składana główka (min. 3 klucze do każdego wózka) | Tak |  |
|  | Korpus wózka min. z prawej strony oraz z tyłu posiadający nagwintowane otwory montażowe w celu łatwego i szybkiego zainstalowania wyposażenia dodatkowego | Tak |  |
|  | Po lewej strony wózka trzy uchylne pojemniki boczne wykonane z przezroczystego tworzywa sztucznego (np. na dokumentację, podręczne akcesoria, butelki), zamocowane jeden pod drugim, wyjmowane bez użycia narzędzi, w przypadku nieużywania pojemników (pozycja zamknięta) pojemniki nie wystają poza obrys wózka | Tak |  |
|  | **Wyposażenie:**   * Tworzywowy pojemnik na odpady z pokrywą, zamocowany z boku wózka po prawej stronie, poj. 20l, możliwość otwierania pojemnika kolanem * Uchwyt wykonany ze stali lakierowanej proszkowo na pudełko rękawiczek jednorazowych | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w 4 koła jezdne w osłonie tworzywowej, o średnicy min. 150 mm, z czego min. 2 z blokadą | Tak, podać |  |
|  | Podstawa wózka osłonięta estetycznym tworzywem ABS bez rogów i kątów prostych zaprojektowana w celu łatwej i dokładnej dezynfekcji | Tak |  |
|  | Każde z kół wyposażone w obrotowe odbojnice z miękkiego tworzywa sztucznego pochłaniającego energię | Tak |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 10***

Przedmiot zamówienia: Wózek transportowy dla pacjentów leżących (przezierny dla RTG) – 3 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Wózek przeznaczony do transportu wewnątrzszpitalnego | Tak |  |
|  | Długość całkowita wózka: max. 2050 mm | Tak, podać |  |
|  | Szerokość całkowita wózka z poręczami bocznymi: max. 800 mm | Tak, podać |  |
|  | Szerokość materaca: min. 660 mm | Tak, podać |  |
|  | Regulacja wysokości za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie 580 – 880 mm (± 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Oparcie pleców regulowane sprężynami gazowymi z blokadą w zakresie od 00 do 700 ± 30 | Tak, podać |  |
|  | Przechył Trendelenburga: 260 (± 30) | Tak, podać |  |
|  | Przechył anty -Trendelenburga: 150 (± 30) | Tak, podać |  |
|  | Regulacja pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą.  Ergonomiczny uchwyt do pozycjonowania leża w pozycji Trendelenburga lub anty-Trendelenburga – usytuowany od strony nóg pacjenta. | Tak |  |
|  | Wózek wykonany z profili stalowych, lakierowanych proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów | Tak |  |
|  | Podstawa wózka obudowana wypraskami z tworzywa z zastosowaniem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania bakterii i wirusów, z miejscem w wyprasce na podręczne rzeczy | Tak |  |
|  | Dwusegmentowe leże wypełnione płytą laminatową umożliwiającą wykonanie zdjęć RTG oraz przeprowadzanie reanimacji. Możliwość monitorowania klatki piersiowej pacjenta aparatem RTG z ramieniem C | Tak |  |
|  | Wózek zaopatrzony w 4 krążki odbojowe | Tak |  |
|  | Materac o grubości min. 80 mm montowany do leża wózka za pomocą rzepów.  Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego z dodatkami bakterio i grzybobójczymi ograniczającymi rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli. Obszycie niepalne zgodnie z normą BS 5852 poziom CRIB 5 (Źródło zaprószenia 5).  Właściwości ograniczające rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli oraz niepalności potwierdzone certyfikatami wydanymi przez niezależne uprawnione do tego podmioty. Certyfikaty dołączyć do oferty.  Możliwość wyboru koloru obszycia materacy – wg wzornika producenta. | Tak |  |
|  | Koła jezdne o średnicy min. 200 mm z centralną blokadą jazdy i kołem kierunkowym – 2 dźwignie blokady od strony nóg pacjenta. | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie wózka min. 250 kg | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w poręcze boczne wykonane z aluminium oraz odpornego tworzywa, składające się z dwóch poprzeczek poziomych oraz min. 5 pionowych.  Mechanizm zwalniania / blokowania poręczy w łatwo dostępnym miejscu – w górnej części poręczy, oznaczony kolorem żółtym lub czerwonym. | Tak |  |
|  | Poręcze boczne po złożeniu nie wystają ponad powierzchnię leża – brak utrudnień przy schodzeniu z wózka lub przy transferze pacjenta z wózka na łóżko. | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w 4 ergonomiczne uchwyty do przetaczania – 2 od strony nóg pacjenta oraz 2 od strony głowy. | Tak |  |
|  | Od strony nóg metalowy ogranicznik chroniący przed zsuwaniem się materaca. | Tak |  |
|  | **Wyposażenie:**  - poręcze boczne;  - piąte koło;  - wieszak ręcznika;  - uchwyt na butlę tlenową;  - wieszak kroplówki. | Tak |  |
|  | Dokumenty (raporty techniczne, karty charakterystyki itp.) potwierdzające antybakteryjność lakieru i tworzywa(dołączyć do oferty) | Tak |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11, Pozycja nr 11***

Przedmiot zamówienia: Stojak na kroplówki – 10 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Stojak medyczny z regulacją wysokości w zakresie min. 1320-2150 mm. | Tak, podać |  |
|  | Stojak przystosowany do montażu pomp infuzyjnych oraz dodatkowego osprzętu. | Tak |  |
|  | Podstawa stalowa wykonana z giętego płaskownika, tworząc obniżony środek ciężkości zapewniajacy dużą stabilność konstrukcji , lakierowana proszkowo wg palety RAL (min. 20 kolorów do wyboru przez Zamawiającego). Pięcioramienna na pojedynczych, niebrudzących kółkach w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 75 mm (+/- 5 mm) w kolorze szarym lub białym, w tym trzy z blokadą; Średnica podstawy: 610 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
|  | Kolumna zewnętrzna wykonana z rury ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 o średnicy min. 38 mm. | Tak, podać |  |
|  | Kolumna wewnętrzna wykonana ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 o średnicy min. 25 mm. | Tak, podać |  |
|  | Stojak wyposażony w głowicę na 4 haczyki , ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9. | Tak |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA : Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

***Pakiet nr 11 Pozycja nr 12***

Przedmiot zamówienia: Stojak na kroplówki z zasilaczem – 5 szt.  
Nazwa oferenta:  
Producent:  
Nazwa i typ:

Sprzęt fabrycznie nowy (podać rok produkcji):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY**  **Wykonawca winien wskazać nr strony**, **na której w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych potwierdzone jest spełnienie parametru.**  Jednocześnie Wykonawca w załączonych przedmiotowych środkach dowodowych winien **wyraźnie wskazać**przy opisywanym parametrze **nr  liczby** porządkowej parametru wymaganego  z niniejszego formularza.  W przypadku zastosowania przez producenta innej nazwy parametru niż wymagany przez Zamawiającego, **Wykonawca winien udokumentować** i wykazać tożsamość nazwy parametru producenta z nazwą parametru wymaganego przez Zamawiającego. |
|  | Stojak medyczny z regulacją wysokości w zakresie min. 1320-2150 mm. | Tak, podać |  |
|  | Stojak przystosowany do montażu pomp infuzyjnych oraz dodatkowego osprzętu. | Tak |  |
|  | Podstawa stalowa wykonana z giętego płaskownika, tworząc obniżony środek ciężkości zapewniający dużą stabilność konstrukcji , lakierowana proszkowo wg palety RAL (min. 20 kolorów do wyboru przez Zamawiającego). Pięcioramienna na pojedynczych, niebrudzących kółkach w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 75 mm (+/- 5 mm) w kolorze szarym, w tym trzy z blokadą; Średnica podstawy: 610 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
|  | Kolumna zewnętrzna wykonana z rury ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 o średnicy min. 38 mm. | Tak, podać |  |
|  | Kolumna wewnętrzna wykonana ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 o średnicy min. 25 mm. | Tak, podać |  |
|  | Stojak wyposażony w głowicę na 2 haczyki , ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9. | Tak |  |
|  | Stojak wyposażony w listwę zasilającą z adapterem.  Listwa: pięciokrotne gniazdo wtykowe z uziemieniem, zabezpieczenie przeciwprzepięciowe z ochroną linii, przewód o długości 3m. Adapter: wykonany ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | Tak |  |
| **Warunki dodatkowe** | | | |
|  | Okres gwarancji na wszystkie elementy dostawy od momentu uruchomienia i protokolarnego odbioru całości zrealizowanego zamówienia | Tak  24 miesiące |  |
|  | **Wymagane dokumenty:** • Certyfikat CE i/lub Deklaracja Zgodności,  • wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania usterek – należy podać sposób oraz dane teleadresowe. | Podać |  |
|  | Termin przystąpienia do naprawy uszkodzonego elementu dostawy po zgłoszeniu usterki nie dłuższy niż 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Termin usunięcia usterki od momentu jej zgłoszenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Na czas naprawy/innej usługi serwisowej elementu dostawy Wykonawca, na żądanie Zamawiającego dostarczy do 3 dni roboczych zamiennie analogiczny element dostawy. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego podzespołu na nowy podzespół po 3 naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Wymiana uszkodzonego elementu dostawy na nowy element dostawy tzn. po 3 wymianach gwarancyjnych tego samego podzespołu, wystąpienie ponownej usterki tego podzespołu skutkuje wymianą przez Wykonawcę elementu dostawy na nowy na żądanie Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Każdy czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania naprawy. | Tak |  |
|  | Wszelkie akcesoria zużywalne będące podzespołami lub elementami składowymi elementu dostawy a podlegające wymianie (z wyłączeniem elementów jednorazowego użytku), zgodnie z dokumentacją producenta, w okresie gwarancji wymieniane będą na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży w latach min. 7 lat. | Tak |  |

**UWAGA :**

**Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**