**Załącznik nr 3 SWZ**

**Część nr 1 – Aparat EKG, podgrzewacz płynów, urządzenie do ogrzewania pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Aparat EKG | Szt. | 1 |  |  |  |
| 2. | Podgrzewacz płynów infuzyjnych | Szt. | 1 |  |  |  |
| 3. | Urządzenie do ogrzewania pacjenta | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Aparat EKG**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1.
 | Waga aparatu z akumulatorem i wbudowanym zasilaczem max 1.5 kg | TAK | podać |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator, którego pojemność umożliwia min. 3,5 godz. ciągłego monitorowania | TAK | podać |
|  | Ochrona przed impulsem defibrylacji CF | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD TFT kolorowy min. 24 bitowy o przekątnej min. 5 cali z podświetleniem LED oraz wysokiej rozdzielczości (min. 800 x 480 pikseli) | TAK | podać |
|  | Na wyświetlaczu prezentacja krzywej EKG, wartości parametrów i menu (nie dopuszcza się ekranu dotykowego). Menu w języku polskim. | TAK |  |
|  | Głowica drukująca z automatyczną regulacją linii izotermicznej | TAK |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja (min. dorośli, dzieci, ) w języku polskim  | TAK |  |
|  | Wydruk w trybie monitorowania rytmu | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar i prezentacja na ekranie HR | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru częstości pracy serca w zakresie co najmniej 30-300 ud./min. | TAK | podać |
|  | Możliwość przeglądania i oceny badania na badania przed wydrukiem na ekranie urządzenia | TAK |  |
|  | Analiza EKG z 12 odprowadzeń standardowych i Cabrera – wydruk w formacie 3-kanałowym | TAK |  |
|  | Czułość min. : 2,5/5/10/20 mm/mV oraz AUTO | TAK | podać |
|  | Prędkość zapisu rejestratora min.: 5/12,5/25/50 mm/s | TAK | podać |
|  | Detekcja stymulatora serca | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa >50 [MΩ]  | TAK | podać |
|  | CMRR >110 dB | TAK | podać |
|  | Częstotliwość próbkowania min. 1000 [Hz] / kanał | TAK | podać |
|  | Detekcja pików rozrusznika sercaPróbkowanie min. 16000 [Hz]/kanał | TAK | podać |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych | TAK |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych  | TAK |  |
|  | Filtr anty-dryftowy  | TAK |  |
|  | Szerokość używanego papieru min. 80mm.Drukarka termiczna z możliwością zastosowania rolki i papieru składanego (w zależności od posiadanego rodzaju papieru) | TAK | podać |
|  | Wydruk badania na zewnętrznej drukarce laserowej. | TAK |  |
|  | Przeglądanie i wydruk badania z archiwum urządzenia | TAK |  |
|  | Klawiatura funkcyjna (nie dopuszcza się klawiatury alfanumerycznej) | TAK |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod i odłączenia przewodu ekg | TAK |  |
|  | Szybkość ładowania akumulatorów do 100% pojemności - do max 3,5 godz. | TAK | podać |
|  | Możliwość archiwizacji badania do pamięci wewnętrznej (min. 800 badań) i eksportu danych do pamięci typu Pendrive w formacie PDF, XML | TAK |  |
|  | Możliwość przesłania raportu bezpośrednio na serwer FTP | TAK |  |
|  | Funkcja uśpienia (standby) umożliwiająca szybki start aparatu | TAK |  |
|  | Wyposażenie: przewód pacjenta, kpl. elektrod przyssawkowych oraz klipsowych, papier termiczny | TAK | podać |
|  | Dedykowany pod oferowany aparat mobilny wózek na min. 4 kółkach, wszystkie kółka wyposażone w blokadę. Wózek musi posiadać kosz na akcesoria oraz wysięgnik na przewód pacjenta | TAK | opisać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Podgrzewacz płynów infuzyjnych**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1 | System do ogrzewania płynów infuzyjnych oraz krwi - sucha technika ogrzewania podawanego płynu bez udziału wody |  TAK |   |
| 2 | System dwumodułowy - moduł sterujący, moduł grzewczy |  TAK |   |
| **Moduł sterujący** |
| 3 | Wymiary: 280mm(+/- 30mm) x 120mm(+/- 30mm) x 190mm (+/- 30mm) |  TAK | podać  |
| 4 | Masa modułu sterującego: 1700g kg (+/- 200g) |  TAK |  podać  |
| 5 | Napięcie wejściowe jednostki sterującej: 100-240V, 50/60Hz |  TAK |   |
| 6 | Pobór mocy max: 160W |  TAK | podać   |
| 7 | Klasa (IEC 60529) modułu sterującego: min. IPX1 |  TAK | podać   |
| 8 | Nastawa temperatury w jednostce sterującej gwarantująca temperaturę na wylocie jednorazowego zestawu grzewczego na poziomie 39°C z dokładnością do 2°C |  TAK |  podać  |
| 9 | Możliwość pracy z prędkościami przepływu w zakresie od 5ml do 100ml/min przy początkowej temperaturze wynoszącej 20°C |  TAK | podać   |
| 10 | Przedział temperatury początkowej zakres: 5°C -30°C |  TAK | podać   |
| 11 | Możliwość przymocowania do statywu, poręczy łóżka (np. uchwyt typu imadło) |  TAK |   |
| 12 | Wbudowany panel sterujący |  TAK |   |
| 13 | Wizualny alarm przekroczenia temperatury płynów  |  TAK |   |
| 14 | Długość przewodu zasilającego: min. 400cm  |  TAK |  podać |
| 15 | Długość przewodu interfejsu: min. 180cm  |  TAK | podać  |
| 16 | Klasa IEC 60601-1 co najmniej: Klasa II, izolowany korpus (BF), trzeci przewód w kablu zasilającym pełniący funkcję uziemienia |  TAK |   |
| **Moduł grzewczy** |
| 17 | Wymiary: 160mm(± 30mm) x 70mm(± 20mm) x 50mm (± 20 mm) |  TAK | podać   |
| 18 | Klasa (IEC 60529) modułu grzewczego min.: IPX4 |  TAK | podać   |
| 19 | Wskaźniki LED pokazujące stan zasilania i temperaturę podawanego płynu | TAK  |   |
| 20 | Wizualny wskaźnik źle zainstalowanego zestawu jednorazowego lub jego braku  |  TAK |   |
| 21 | Masa modułu ogrzewającego: max 500g  |  TAK | podać  |
| **Akcesoria kompatybilne z urządzeniem** |
| 22 | System ze względów higienicznych bazujący na współpracy ze sterylnymi, jednorazowymi zestawami grzewczymi (kartridżami) |  TAK |   |
| 23 | Kształt kartridża dopasowany do modułu grzewczego w sposób gwarantujący prawidłowe jego ułożenie w module - istnieje tylko jedna opcja poprawnej instalacji kartridża celem uniknięcia nieprawidłowego jego ułożenia |  TAK |   |
| 24 | Objętość napełnienia sterylnego, jednorazowego zestawu grzewczego 3ml (± 2ml) |  TAK | podać  |
| 25 | Pasujący do standardowych zestawów kroplówkowych ze złączem Luer- Lock |  TAK |   |
| 26 | Wyjściowa temperatura płynu na końcu linii: 39°C (± 2°C) |  TAK | podać  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Urządzenie od ogrzewania pacjenta**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Urządzenie ogrzewające pacjenta ciepłym powietrzem |  TAK |   |
| 2. | Podstawa jezdna do aparatu na min. 4 kołach, z uchwytem oraz koszykiem na koce |  TAK |   |
| 3. | Wszystkie koła z blokadą |  TAK |   |
| 4. | Regulowana wysokość uchwytu podstawy jezdnej |  TAK |   |
| 5 | Mocowanie aparatu bez potrzeby używania kluczy np. za pomocą zacisku typu imadło  |  TAK |   |
| 6 | Możliwość zamocowania aparatu zarówno na statywach jak i poręczach |  TAK |   |
| 7 | Urządzenie posiadające uchwyt do przenoszenia. Waga urządzenia max. 5,5kg |  TAK | podać  |
| 8 | Wymiary urządzenia: (Gł. x Szer. x Wys.) 20cm (+/-5cm) x 35cm(+/-5cm) x40cm (+/-5cm)  | TAK | podać  |
| 9 | Giętki, łatwy do przemycia i dezynfekcji przewód grzewczy, łączący urządzenie z kocem - przewód grzewczy na stałe zamocowany do urządzenia bez możliwości jego przypadkowego odłączenia. | TAK  |   |
| 10 | Uchwyt przewodu grzewczego w celu zabezpieczenia przed ściąganiem koca z pacjenta  | TAK  |   |
| 11 | Wydajność – przepływ powietrza minimum 1400 l/min  | TAK  |  podać |
| 12 | Szybkie osiągnięcie pożądanej temperatury powyżej temp. otoczenia – max. do 30 sek.  | TAK  |  podać |
| 13 | Min. 4 zakresy temperatury: 43°C (+/-1°C), 38°C (+/-1°C), 32°C (+/-1°C), temp. otoczenia |  TAK | podać  |
| 14 | Panel sterujący na przedniej ścianie urządzenia |  TAK |   |
| 15 | Uruchomienie procesu ogrzewania poprzez włączenie urządzenia | TAK  |   |
| 16 | Wskaźnik zbyt wysokiej temperatury |  TAK |   |
| 17 | Antywirusowy i antybakteryjny filtr powietrza o wysokiej skuteczności filtracji HEPA H13 min. 99,99% |  TAK | podać  |
| 18 | Podwójny układ zabezpieczający przed przegrzaniem z alarmem dźwiękowym i wizualnym |  TAK |   |
| 19 | Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący o konieczności dokonania przeglądu urządzenia bez konieczności śledzenia czasu pracy  |  TAK |   |
| 20 | Cicha praca urządzenia – poziom hałasu max. 50 dB |  TAK |  podać |
| 21 | Zasilanie sieciowe 230 V, 50/60 Hz.  | TAK  |   |
| 22 | Średni pobór mocy max 650W  |  TAK | podać  |
| 23 | Dostępne koce ogrzewające wykonane z tkaniny nie zawierającej lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych RTG. Materiał perforowany umożliwiający równomierny przepływ powietrza.  | TAK  |   |
| 24 | Dostępne do oferowanego urządzenia koce ogrzewające pacjenta w min. 5 rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb:* koce na dolną część ciała;
* koce na górną część ciała;
* koce na całe ciało;
* koce pediatryczne;
* koce pod pacjenta
 |  TAK | podać  |
| 25 | Dostępne do oferowanego urządzenia koce specjalne, posiadające dodatkowe właściwości termoizolacyjne, utrzymujące ciepło pacjenta również po odłączeniu urządzenia ogrzewającego |  TAK |   |
| 26 | W zestawie jednorazowe koce ogrzewające dla dorosłych (do oferowanego urządzenia) - koc na całe ciało dla dorosłych (długość 230cm ± 5cm) – min. 10 szt. |  TAK |  Podać ilość oraz rozmiar |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenia są kompletne, fabrycznie nowe i będą po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji poza materiałami eksploatacyjnymi -jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

**Załącznik nr 3 SWZ**

**Część nr 2 – pompy infuzyjne, stacje dokujące**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Pompa infuzyjna strzykawkowa | Szt. | 15 |  |  |  |
| 2. | Stacja dokująca do oferowanych pomp na statywie jezdnym | Szt. | 5 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – pompa infuzyjna strzykawkowa**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Pompa strzykawkowa do podawania dożylnego, dotętniczego sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi  |  TAK |   |
| 2. | Pompa bez możliwości podawania żywienia dojelitowego w celu wykluczenia błędu podaży |  TAK |   |
| 3. | Tryby infuzji* + Prędkość zwykła - infuzja z zaprogramowaną prędkością podawania
	+ Objętość/czas; dawka/czas - infuzja zaprogramowanej objętości lub dawki w zaprogramowanym przedziale czasu
	+ Limit objętości - infuzja z ograniczeniem podawanej objętości lub dawki
 |  TAK | podać  |
| 4. | Dwa rodzaje blokady klawiatury min. blokowanie hasłem |  TAK | podać   |
| 5 | Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci, AC 230V 50Hz za pomocą kabla niedopuszczalny zasilacz zewnętrzny  |  TAK |   |
| 6 | Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min. IP 22  |  TAK |   |
| 7 | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego mim. 10 godz. przy przepływie 5 ml/godz.  |  TAK | podać czas |
| 8 | Masa pompy wraz z uchwytem do mocowania na stojaku lub szynie maksymalnie 2,2 kg  | TAK | podać  |
| 9 | Możliwość mocowania pompy do rury pionowej, kolumny lub poziomej szyny przy pomocy uchwytu na stałe wbudowanego w pompę.  | TAK  |   |
| 10 | Zatrzaskowe mocowanie w opcjonalnej stacji dokującej wraz z zaciskiem i uchwytem do przenoszenia.  | TAK  |   |
| 11 | Zintegrowana z obudową rączka/uchwyt do przenoszenia urządzenia  | TAK  |   |
| 12 | Możliwość pracy pompy w środowisku MRI | TAK  |   |
| 13 | Manualane mocowanie strzykawki  |  TAK |  |
| 14 | Mocowanie strzykawki do czoła pompy  |  TAK |   |
| 15 | Cała strzykawka stale widoczna podczas pracy pompy – możliwość odczytania objętości ze skali oraz wizualnej kontroli procesu infuzji  | TAK  |   |
| 16 | Pełne mocowanie strzykawki możliwe zarówno przy włączonej jak i wyłączonej pompie – system obsługiwany całkowicie manualnie  |  TAK |   |
| 17 | Osłona tłoka strzykawki uniemożliwiająca wciśnięcie tłoka strzykawki zamontowanej w pompie. |  TAK |  |
| 18 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 5, 10, 20, 30/35 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów  |  TAK |   |
| 19 | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki  |  TAK |   |
| 20 | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji, ograniczenie bolusa < 0,35 ml  |  TAK |  Podać ograniczenie bolusa |
| 21 | Zakres szybkości infuzji w zakresie min. 0,1 – 1200 ml/godz | TAK  | podać  |
| 22 | Funkcja programowania infuzji co 0,01 w zakresie co najmniej 0,1 – 9,99 ml/godz  |  TAK | podać  |
| 23 | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu  | TAK  |   |
| 24 | Możliwość programowania infuzji w jednostkach masy: ng, μg, mg, g, mmol, mU, U, kcal, mEq – na kg masy ciała pacjenta lub nie, na czas (na 24godziny, godzinę oraz minutę).  |  TAK | podać  |
| 25 | Uchwyt do przenoszenia pompy na stałe zintegrowany z pompą |  TAK |   |
| 26 | Bolus podawany na żądanie bez konieczności wstrzymywania trwającej infuzji  | TAK |  |
| 27 | Trzy rodzaje bolusa: * Bezpośredni – poprzez naciśnięcie przycisku bolus na pompie z prędkością w zakresie min. 50-1200ml/h
* Programowany - dawka lub objętość/czas w zakresie min.: 0,1-99,9 ml / 0,01-9999 jedn./1s-24
* Ręczny tzw. Emergancy - manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania podanej objętości i prezentacją wartości na ekranie urządzenia
 | TAK | podać |
| 28 | Dokładność mechanizmu pompy +/- 1%  | TAK | podać |
| 29 | Wypełnienie lini min. 3 tryby • Obowiązkowy • Nieobowiązkowy • Zalecany  | TAK | podać |
| 30 | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) w zakresie co najmniej 0,1- 999 ml  | TAK | podać |
| 31 | Funkcja programowania czasu infuzji w zakresie co najmniej od 1min – 96 godzin  | TAK | podać |
| 32 | Dawka inicjująca. Dawka lub objętość/ czas w zakresie co najmniej: 0,01-9999 jednostek /1sekundy-24 godzin, automatyczne obliczanie infuzji.  | TAK | podać |
| 33 | Ciągły pomiar ciśnienia w linii zobrazowany w postaci piktogramu na ekranie pompy.  | TAK |  |
| 34 | Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 20 poziomów, min. 3 jednostki do wyboru – mmHg, kPa, PSI  | TAK | podać |
| 35 | Funkcja KVO (Keep Vein Open)  | TAK |  |
| 36 | Zróżnicowana prędkość KVO z możliwością programowania szybkości co najmniej od 0,1 do 5 ml/h  | TAK | podać |
| 37 | Sygnalizacja wahań ciśnienia w linii. Pozwalająca przewidzieć niebezpieczeństwo pojawienia się okluzji lub nieszczelności.  | TAK |  |
| 38 | Rejestr na min.1500 zdarzeń zapisywany w czasie rzeczywistym,  | TAK | podać |
| 39 | Funkcja – przerwa (standby) w zakresie co najmniej od 1min do 24 godzin programowany co 1 minutę z funkcją automatycznego startu infuzji po zaprogramowanej przerwie.  | TAK | podać |
| 40 | Specjalny sposób wyświetlania parametrów dostosowany do pracy przy słabym oświetleniu (tzw. Tryb nocny)  | TAK |  |
| 41 | Wskaźnik pracy pompy widoczny z min. 3 metrów  | TAK |  |
| 42 | Klawiatura symboliczna  | TAK |  |
| 43 | Komunikaty tekstowe w języku polskim  | TAK |  |
| 44 | Funkcja wyświetlania trendów objętości, szybkości infuzji oraz ciśnienia  | TAK |  |
| 45 | Wbudowana w pompę możliwość dopasowana ustawień oraz zawartości menu do potrzeb oddziału  | TAK |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Stacja dokująca do pomp**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Złącze USB PC – Zewnętrzne złącze PC służące do celów konserwacyjnych i konfiguracyjnych |  TAK |   |
| 2. | Zasilenie sieciowe 230V / 50–60 Hz. |  TAK |   |
| 3. | Stacja dokująca pozwalająca na jednoczesne zasilanie min. 4 oferowanych pomp strzykawkowych. |  TAK | podać  |
| 4. | Łatwość montażu i demontażu dowolnej pompy w stacji dokującej |  TAK |  |
| 5 | Zasilanie pomp ze stacji dokującej – automatyczne podłączenie zasilania po umieszczeniu pompy w stacji. | TAK |  |
| 6 | Wskaźnik wizualny sygnalizujący tryb pracy stacji (min. zasilanie, praca na baterii, komunikacja) | TAK | podać |
| 7 | Stacja wyposażona w dodatkowy akumulator zapewniający niezależne zasilanie podłączonych pomp przez min. 30min | TAK | podać |
| 8 | Złącze na podczerwień - Transmisja danych i komunikacja z pomp |  TAK |   |
| 9 | Możliwość mocowania na statywach i poręczach |  TAK |   |
| 10 | Ochrona przed wilgocią wg EN 6060529 min. IP 22 |  TAK | podać |
| 11 | Waga stacji dokującej max 6 kg | TAK | podać  |
| **Statyw jezdny do stacji dokującej** |
| 12 | Statyw dedykowany do mocowania oferowanej stacji dokującej,  | TAK  |  |
| 13 | Min. 5 podwójnych kółek wyposażonych w hamulce  | TAK  |  podać |
| 14 | Podwójny maszt – pozwalający obniżyć środek ciężkości | TAK  |   |
| 15 | Teleskopowe ramię wieszaka do płynów infuzyjnych – regulacja w zakresie co najmniej 160cm -210 cm |  TAK | podać |
| 16 | Min. 6 wieszaków o łącznej nośności min. 5kg |  TAK |  podać |
| 17 | Statyw wykonany ze stali nierdzewnej | TAK  |   |
| 18 | Solidna, dociążona podstawa jezdna o średnicy podstawy jezdnej: max 70 cm |  TAK | podać  |
| 19 | Maksymalne obciążenie statywu min. 25 kg. |  TAK | podać |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenia są kompletne, fabrycznie nowe i będą po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji poza materiałami eksploatacyjnymi -jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 3 – stoliki narzędziowe, stoliki zabiegowe, wózek do przewożenia zwłok**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Statyw do kroplówek | Szt. | 4 |  |  |  |
| 2. | Stolik narzędziowy | Szt. | 1 |  |  |  |
| 3. | Stolik narzędziowy | Szt. | 2 |  |  |  |
| 4 | Stoli transportowy | Szt. | 1 |  |  |  |
| 5 | Stolik zabiegowy | Szt. | 5 |  |  |  |
| 6 | Stół zabiegowo-opatrunkowy | Szt. | 1 |  |  |  |
| 7 | Taboret lekarski z oparciem | Szt. | 4 |  |  |  |
| 8 | Wózek do przewożenia zwłok | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Statyw do kroplówek 4 szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Stojak medyczny do kroplówek z regulacją wysokości w zakresie: 1320-2150 mm (+/-50 mm), stojak z możliwością mocowania pompy infuzyjnej oraz dodatkowego osprzętu | TAK | podać |
|  | Kolumna zewnętrzna rury ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 o średnicy 25 mm (+/-1mm)Kolumna wewnętrzna rury ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 o średnicy 16 mm (+/-1mm) | TAK | podać |
|  | Głowica na min. 2 haczyki, ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 | TAK | podać |
|  | Podstawa ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 z obniżonym środkiem ciężkości, pięcioramienna na kółkach w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 75 mm (+/-5 mm), w tym min. trzy z blokadą; średnica podstawy: 610 mm (+/-20 mm) | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Stolik narzędziowy 1 szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Stolik zabiegowy wyposażony w blat i szafkę z 3-szufladami | TAK |  |
| 2. | Wymiary całkowite stolika:- długość 570 mm (+/- 20 mm)- głębokość 550 mm (+/- 20 mm)- wysokość 900 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
| 3. | Stelaż ze stalowego giętego profilu kwadratowego o przekroju w zakresie od 25mmx25 mm do 30mmx30mm, lakierowanego proszkowo na kolor (min. 15 kolorów do wyboru) z szynami instrumentalnymi i uchwytami do prowadzenia skierowanymi ku górze stanowiącymi stały element konstrukcji,; stelaż wyposażony w odboje oraz w wysoce mobilne koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy100 mm (+/- 10mm), w tym min. dwa z blokadą. | TAK | opisać |
| 4. | Korpus szafki wyposażony w materiał wygłuszający, niechłonący wilgoci, minimalizujący wibracje | TAK |  |
| 5. | 1x blat z pogłębieniem, wymiar blatu: 450mm(+/- 10 mm) x 500 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
| 6 | Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 400mm (+/- 10 mm) x 450 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
| 7. | 1x szafka z 3 szufladami o wymiarach 450mm(+/- 10 mm) x 500mm(+/- 10 mm) x 410 mm (+/- 10 mm)o wysokości frontów 3x130 mm (+/- 10 mm) Wierzchnia część korpusu szafki stanowiąca powierzchnię odkładczą o wymiarach użytkowych 400mm (+/- 10 mm) x450 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
| 8. | wymiary szafki: 450mm(+/- 10 mm) x 500mm (+/- 10 mm) x 410 mm (+/- 10 mm)wymiary powierzchni użytkowej szuflady: 375mm(+/- 10 mm) x 430mm(+/- 10 mm) x 105 mm (+/- 10 mm) | TAK | podać |
| 9. | 2x uchwyt do prowadzenia, skierowany ku górze, zintegrowany, stanowiący stały element konstrukcji wózka | TAK |  |
| 10. | 2x odcinki szyny instrumentalnej wykonanej ze stali kwasoodpornej o wymiarach 25x10mm, stanowiące stały element konstrukcji | TAK |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Stolik narzędziowy 2 szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Stolik instrumentalny typu MAYO wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 | TAK | podać |
|  | Blat z pogłębieniem, obracany w poziomie o 360° z blokadą obrotu | TAK | podać |
|  | Blat podnoszony hydraulicznie za pomocą pedału nożnego | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości blatu w zakresie 950mm(+/- 20mm) - 1320 mm (+/- 20mm) | TAK | podać |
|  | Podstawa w kształcie litery T, wyposażona w 3 pojedyncze koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 75 mm, wszystkie koła z blokadą | TAK | Podać/opisać |
|  | Wymiary blatu:- szerokość 750 mm (+/- 10mm)- głębokość: 500 mm (+/- 10mm) | TAK | podać |
|  | Wymiar powierzchni użytkowej blatu:- szerokość: 700 mm (+/- 20mm)- głębokość: 450 mm (+/- 20mm) | TAK | podać |
|  | Wymiary całkowite:- szerokość: 750 mm (+/- 20mm)- głębokość: 500 mm (+/- 10mm)- wysokość: 950mm (+/- 20mm) -1320 mm (+/- 20mm) | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Stolik transportowy 1 szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Stolik do rozwożenia potraw wyposażony w 2 blaty w formie min. 4 wyjmowanych tac | TAK |  |
|  | Blaty wykonane ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 | TAK | podać |
|  | Blaty o wymiarach: 890mm(+/- 20 mm) x 590 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej tacy: 845mm(+/- 20 mm) x 545mm(+/- 20 mm) x 20 mm (+/- 5 mm) | TAK | podać  |
|  | Podstawa wyposażona w 4 wysoce mobilne koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 125 mm, z elastycznym bieżnikiem niebrudzącym podłoża, zapewniającym ciche przemieszczanie wózka, koła z łożyskami tocznymi jazdy i obrotu, w tym dwa z blokadą jazdy i obrotu | TAK | podać |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do prowadzenia umieszczony na krótszym boku | TAK |  |
|  | Wymiary całkowite wózka:- szerokość 1015 mm (+/- 20 mm)- głębokość: 600 mm (+/- 20 mm)- wysokość: 900 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Stolik zabiegowy 5 szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Stolik oddziałowy, wielofunkcyjny wyposażony w: 1x blat z szufladą, 1x półka w formie wyjmowanej tacy, 1x półka koszowa | TAK |  |
|  | Stelaż aluminiowo-stalowy lakierowany proszkowo na kolor biały, wykonany z kształtownika o przekroju min. 20x20 mm, zapewniającego stabilność wózka | TAK | podać |
|  | Stelaż wyposażony w kanały montażowe po wewnętrznej stronie umożliwiające dowolną regulację wysokości dolnego blatu oraz półki koszowej w układzie pionowym wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania przeróbek technologicznych | TAK |  |
|  | Stolik wyposażony w:- 1xblat z szufladą, blat wykonany ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9, w formie wyjmowanej tacy, szuflada stalowa lakierowana proszkowo na kolor biały- 1x półka ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9, w formie wyjmowanej tacy- 1x półka koszowa stalowa malowana proszkowo | TAK | podać |
|  | Uchwyt szuflady bez ostrych krawędzi, aluminiowy anodowany lub lakierowany proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego - minimum 10 kolorów do wyboru | TAK | podać |
|  | Stolik wyposażony w 4 koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy min. 75 mm, w tym dwa z blokadą | TAK | podać |
|  | Stolik wyposażony w wygodny uchwyt do prowadzenia wykonany z kształtownika o przekroju min. 20x20 mm umieszczony na krótszym boku | TAK | podać |
|  | Wymiary wewnętrzne górnego blatu i półki: - długość: 610 mm (+/- 20 mm)- szerokość: 360 mm (+/- 20 mm)- wysokość: 17 mm (+/-5 mm) | TAK | podać |
|  | Wymiar szuflady:- długość: 655 mm (+/- 20 mm)- szerokość: 385mm (+/- 20 mm)- wysokość: 155 mm (+/-20 mm) | TAK | podać |
|  | Wymiar półki koszowej:- długość: 655 mm (+/- 20 mm)- szerokość: 405mm (+/- 20 mm)- wysokość: 90 mm (+/-20 mm) | TAK | podać |
|  | Wymiary stolika bez wyposażenia dodatkowego:- długość: 805 mm (+/- 20 mm)- szerokość: 480 mm (+/- 20 mm)- wysokość: 890 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
|  | Wyposażenie dodatkowe:- 2x szyna instrumentalna z zabezpieczonymi narożnikami, wykonana ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9, o przekroju 10x25 mm- 1x kosz na odpady z tworzywa sztucznego z pokrywą, mocowany na uchwycie umożliwiającym swobodne zawieszenie na szynie instrumentalnej oraz ściągnięcie w celach mycia i dezynfekcji- 1x poj. na zużyte igły twardościenny, z uchwytem ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 z możliwością dostosowania wymiarów uchwytu do pojemników Zamawiającego- 1x poj. na rękawiczki obudowany z 3 stron, wykonany ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9, pojemnik o wymiarach 135mm(+/- 10 mm) x 85mm(+/- 10 mm) x230 mm (+/- 10 mm) | TAK | Podać/opisać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Stolik zabiegowo-opatrunkowy 1 szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie co najmniej 560mm-760mm | TAK | podać |
|  | Zmiana regulacji ustawień za pomocą pilota  | TAK |  |
|  | Uchwyt do trzymania pilota z prawej i lewej strony | TAK |  |
|  | Nachylenie segmentu pleców regulowane elektromechanicznie w zakresie co najmniej -13°/+75°, | TAK | podać |
|  | Segment nożny regulowany elektromechanicznie w zakresie co najmniej 0/-40° | TAK | podać |
|  | Możliwość ustawienia do pozycji Trendelenburga elektryczna w zakresie 0/+20° | TAK | podać |
|  | Możliwość regulacji i demontażu podłokietników | TAK |  |
|  | Fotel osadzony na przejezdnej podstawie (kółka średnica 75mm(+/10mm) z blokadą); | TAK | podać |
|  | Fotel wyposażony w stojakdopłynów infuzyjnych z możliwością szybkiego przemieszczania stojaka z prawej na lewą stronę. | TAK |  |
|  | Nośność min 150kg. | TAK | podać |
|  | Na wyposażeniu: - koszyk na ubranie pacjenta, - wieszak na podkład w rolce, - podpórka pod nogi pacjenta z regulacją wysuwu, - uchwyt do prowadzenia fotela, - uchylny stolik. | TAK | podać |
|  | Podstawa zakryta osłoną z ABS lub podobnego materiału | TAK |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Taboret lekarski z oparciem 4 szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Podstawa wykonana ze stali kwasoodpornej gat. co najmniej 0H18N9 | TAK |  |
|  | Podstawa pięcioramienna z kształtownika giętego, wyposażona w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy min. 50 mm, w tym min. dwa z blokadą | TAK | podać |
|  | Średnica podstawy: 600 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
|  | Regulacja wysokości za pomocą siłownika pneumatycznego sterowanym dźwignią ręczną w zakresie co najmniej 550mm - 670 mm  | TAK | podać |
|  | Średnica siedziska 350 mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
|  | Taboret z oparciem tapicerowanym | TAK |  |
|  | Siedzisko, oparcie tapicerowane materiałem nieprzepuszczalnym, zmywalnym i odpornym na dezynfekcję ogólnodostępnymi środkami dezynfekcyjnymi. - możliwość wyboru kolorystyki przez Zamawiającego z minimum 15 kolorów | TAK |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Wózek do przewożenia zwłok 1szt.**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Wózek do przewożenia zwłok w całości wykonany ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
|  | Wózek przystosowany do transportu wewnętrznego i zewnętrznego. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w 4 skrętne koła nie brudzące posadzki | TAK |  |
|  | Przykrywa wózka w całości wykonana ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w 4 rączki po dwie z każdej strony do prowadzenia wózka | TAK | podać |
|  | Bez ostrych krawędzi | TAK |  |
|  | Wysokość stołu 850mm (+/- 20 mm) | TAK | podać |
|  | Długość stołu 2150mm (+/- 50 mm) | TAK | podać |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenia są kompletne, fabrycznie nowe i będą po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji poza materiałami eksploatacyjnymi -jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

**Załącznik nr 3 SWZ**

**Część nr 4 Negatoskop cyfrowy 2 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary  | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1 | Negatoskop cyfrowy  | Szt. | 2 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia |  |  |

**Wymagane cechy, parametry funkcje**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2022 (podać) …………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcję** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany****(potwierdzić/ opisać/podać)** |
| 1 | Urządzenie przystosowane do zawieszenia na ścianie.  | TAK |  |
| 1. 2
 | Klawiatura medyczna z touchpad’em silikonowa z możliwością składania, dezynfekowana, przewody zabudowane niewidoczne. Obudowa klawiatury wykonana z aluminium. Klawiatura z możliwością ustawienia i zablokowania pod dowolnym kątem. Wyposażona w półkę pod mysz o wymiarach użytkowych nie mniej niż 20cmx25cm.  | TAK | opisać |
|  | Mysz bezprzewodowa z rolką. | TAK |  |
| 3 | Monitor referencyjny o przekątnej obrazu min. 43 cal | TAK | podać |
| 1. 4
 | Monitor chroniony szybą z antyrefleksem, minimum 8-krotna redukcja niepożądanych refleksów świetlnych  | TAK | podać |
| 1. 5
 | Rozdzielczości monitora min. 3840x2160 – 4K | TAK | podać |
|  | Kąt widzenia monitora poziom/pion – min. 178º / 178º | TAK | podać |
|  | Jasność monitora min. 700 cd/ m² | TAK | podać |
|  | Kontrast monitora min. 8000:1 | TAK | podać |
|  | Matryca IPS, podświetlenie Edge LED  | TAK | podać |
|  | Wbudowany tryb pracy  zgodny z DICOM Part 14, sprzętową kalibrację do DICOM w tablicy LUT monitora | TAK | opisać |
|  | System komputerowy wyposażony **w minimum:**- Procesor co najmniej Intel i5 11 generacji, taktowanie 2,60 GHz lub wyższe taktowanie procesora, PassMark 17000 pkt. lub inny równoważny procesor lub wyższy model- Płyta główna B560 lub model wyższy lub inna płyta równoważna- Pamięć RAM co najmniej 16 GB (możliwość rozbudowy do 32 GB)- Dysk twardy SSD M.2 co najmniej 250 GB - Karta graficzna o minimalnych parametrach: taktowanie rdzenia procesora 1200 MHz i pamięci 4096MB GDDR5/7000 MHz- System Operacyjny Windows 10 Pro PL 64 Bit lub Windows 11 Pro PL 64 Bit | TAK | Podać/opisać |
| 1. 8
 | Wejście wideo HDMI min. 1 szt. | TAK | podać |
|  | Wejście DisplaPort min. 1 szt. | TAK | podać |
|  | USB 2.0 – min. 2 gniazda zabezpieczone przed zalaniem z przodu obudowy,  | TAK | podać |
|  | USB 3.0 – min. 2 gniazda zabezpieczone przed zalaniem z przodu obudowy, | TAK | podać |
|  |  Gniazdo LAN 10/100/1000 MBit zabezpieczone przed zalaniem | TAK |  |
|  | Nagrywarka płyt stacja DVD +/-RW  | TAK |  |
| 1. 19.
 | Możliwość wyświetlania obrazów z systemu archiwizacji i dystrybucji obrazów, ze szpitalnego systemu informatycznego PACS | TAK |  |
| 1. 20.
 | Kontrola czasu pracy stacji wraz z informacją o terminie wykonania przeglądu technicznego.  | TAK |  |
|  | Wewnętrzny system dezynfekcji powietrza UV-C | TAK |  |
|  | Obudowa gwarantująca łatwość dezynfekcji | TAK |  |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji poza materiałami eksploatacyjnymi -jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

**Załącznik nr 3 SWZ**

**Część nr 5 – Aparat do EEG**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary  | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Aparat do EEG | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje**

Oferowany model: ……………………………………………………………………………..

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | **Stanowisko rejestracji badań z funkcją oceny i analizy zapisów EEG** |
| **PARAMETRY TECHNICZNE GŁOWICY** |
| 1 | Głowica elektrodowa min. 33-kanałowa ze wzmacniaczami, przetwarzaniem analogowo-cyfrowym i izolacją galwaniczną, zasilana z aparatu | tak | Podać ilość kanałów |
| 2 | Liczba kanałów wejściowych pracujących w układzie referencyjnym min. 22 | tak | Podać ilość kanałów |
| 3 | Liczba kanałów ExG, konfigurowalnych jako kanały DC lub kanały Bipolarne min. 10 | tak | Podać ilość kanałów |
| 4 | Min. 1 wejście SpO2 | tak | Podać ilość  |
| 5 | Możliwość pracy głowicy na wymiennych akumulatorach | tak |  |
| 6 | Głowica wyposażona w elektrodę referencyjną oraz neutralną | tak |  |
| 7 | Podłączenie głowicy z komputerem poprzez interfejs WiFi | tak |  |
| 8 | Podłączenie głowicy z komputerem poprzez interfejs USB | tak |  |
| 9 | Rodzaj transmisji radiowej, nie gorsze niż: WLAN 802.11bg | tak | podać |
| 10 | Tryb pracy modułu WLAN, AP | tak |  |
| 11 | Tryb szyfrowania połączenia co najmniej WPA2 | tak | podać |
| 12 | Kalibracja automatyczna głowicy niezależnie na każdym wejściu wzmacniacza | tak |  |
| 13 | Możliwość podłączenia elektrod do głowicy za pomocą standardowych wejść TP DIN 42802  | tak |  |
| 14 | Pomiar impedancji ONLINE przez cały czas trwania badania | tak |  |
| 15 | Sygnalizacja poziomu impedancji dla każdej elektrody poprzez wbudowane na głowicy diody LED | tak |  |
| 16 | Zasięg pracy bezprzewodowej (w budynku) min 25m | tak |  |
| 17 | Sygnalizacja pomiaru impedancji wszystkich kanałów (poza SpO2) realizowana za pomocą min. 4 stopniowej skali wyświetlanej bezpośrednio na głowicy | tak | Podać ilość stopni skali |
| 18 | Rozdzielczość cyfrowa przetwornika A/D (bit) min. 24 | tak | podać |
| 19 | Pasmo przenoszenia w zakresie co najmniej 0 (DC) – 125 HZ | tak | podać |
| **Parametry kanałów głowicy** |
| 20 | Szum wejściowy (µV p-p) (0,1-70 Hz) <4 | tak | podać |
| 21 | Impedancja wejściowa (MOhm) min.1000 | tak | podać |
| 22 | CMRR >115dB | tak | podać |
|  | **PARAMETRY OPROGRAMOWANIA DO REJESTRACJI SYGNAŁU** |
| 23 | Baza danych pacjentów i badań zgodna z wytycznymi ustawy o RODO | tak |  |
| 24 | stała czasu [s] w zakresie (0,03–10) | tak | podać |
| 25 | stała czasu – wartość standardowa 0,3 (s) | tak |  |
| 26 | Czułość w zakresie co najmniej (10 µV/cm – 2 mV/cm) | tak | podać |
| 27 | Regulowana szybkość przesuwu zapisu na ekranie (mm/s) w zakresie (10-120) | tak | podać |
| 28 | Częstotliwość próbkowania wyjściowego (Hz) ≥ 500Hz | tak | podać |
| 29 | Nieograniczona ilość remontaży definiowanych przez Użytkownika | tak |  |
| 30 | Gotowe predefiniowane montaże i programy dla standardów 10-20, 10-10, 10-10h, 10-5, 5-5 | tak | podać |
| 31 | Predefiniowana baza zdarzeń medycznych zawierająca min. 400 gotowych zdarzeń. | tak | podać |
| 32 | Zdarzenia medyczne podzielone na typy zdarzeń np. zdarzenia techniczne, zdarzenia fizjologiczne, zdarzenia stymulacyjne itp. | tak | opisać |
| 33 | Możliwość definiowania, edycji i dodawania do bazy własnych zdarzeń medycznych | tak |  |
| 34 | Menadżer zdarzeń medycznych pozwalający na personalizacje znaczników zdarzeń według własnych potrzeb | tak |  |
| 35 | Możliwość dodawania interaktywnej notatki do badania podczas akwizycji sygnału | tak |  |
| 36 | Min. 3 algorytmy optymalizacji wyświetlania krzywej EEG dostosowujące się do bieżącej rozdzielczości monitora | tak | Podać ilość |
| 37 | Możliwość przeglądania trwającego badania i wykonywania analiz podczas akwizycji sygnału | tak |  |
| 38 | Możliwość dzielenia ekranu podczas akwizycji sygnału na ekran akwizycji, ekran przeglądania i ekrany analiz (np. FFT, Mapping 2D/3D, TPM, CCFM) | tak | opisać |
| 39 | Odwracanie polaryzacji sygnału EEG | tak |  |
| 40 | Funkcja wyświetlania czasu rzeczywistego wykonywanej akwizycji sygnału | tak |  |
| 41 | Funkcja wizualizacji krzywej EEG w postaci graficznej i/lub liczbowej | tak | opisać |
| **Fotostymulator** |
| 42 | Nieograniczona ilość programów fotostymulacji definiowanych przez Użytkownika | tak |  |
| 43 | Stymulator błyskowy (Hz) w zakresie (0,5-60) | tak | podać |
| 44 | Możliwość pracy z wewnętrznej baterii | tak |  |
| 45 | Lampa fotostymulatora przytwierdzona do dedykowanego niezależnego statywu na kółkach umożliwiającego jej przemieszczenie  | tak |  |
| **Oprogramowanie do analizy sygnału**  |
| 46 | przeglądanie, ocena i analiza badań EEG | tak |  |
| 47 | generacja raportów i drukowanie | tak |  |
| 48 | Cyfrowa linijka pomiarowa umożliwiająca dokonanie pomiarów amplitudy i częstotliwości fal oraz określenie fali dominującej w zadanym przedziale czasu | tak |  |
| 49 | Min 3 algorytmy optymalizacji wyświetlania krzywej EEG dostosowujące się do bieżącej rozdzielczości monitora | tak | Podać ilość algorytmów |
| 50 | Możliwość dodawania komentarzy do zdarzeń medycznych | tak |  |
| 51 | Moduł analizy ilościowej QEEG (Quantity EEG) umożliwiający uzyskanie wyników w formie tabelarycznej | tak |  |
| 52 | Eksport dowolnego fragmentu zapisu sygnału EEG | tak |  |
| 53 | Możliwość wykonania raportu QEEG z dowolnie wybranego przedziału czasu w formie tabelarycznej z podziałem na poszczególne rytmy fal i podziałem na elektrody rejestrujące | tak |  |
| 54 | Eksport raportu QEEG do formatu pliku Excel i pdf | tak |  |
| 55 | Funkcja blokowego zaznaczania wybranego fragmentu zapisu EEG dla analiz QEEG, Mapping 2D/3D, FFT | tak |  |
| 56 | Funkcja wyświetlania czasu rzeczywistego wykonanego zapisu sygnału EEG | tak |  |
| 57 | Funkcja wizualizacji krzywej EEG w postaci graficznej i/lub liczbowej | tak | opisać |
| 58 | Archiwizacja badań na płycie CD/DVD | tak |  |
| 59 | Możliwość dołączenia dedykowanej przeglądarki do eksportowanego badania EEG | tak |  |
| **Analiza FFT** |
| 60 | Możliwość regulacji długości bufora FFT | tak |  |
| 61 | Analiza spektralna FFT oraz możliwość przedstawienia jej wyników w postaci wykresów : histogram, obwiednia, amplitudy średnie, częstotliwości dominujące | tak | opisać |
| 62 | Analiza FFT wykonywana jedno lub wielokanałowo | tak |  |
| 63 | Możliwość wykonania analizy FFT z dowolnego przedziału czasu lub z całego badania | tak |  |
| **ZESTAW KOMPUTEROWY** |
| 64 | **(wymagania minimalne)*** procesor INTEL CORE i7 lub równoważny
* pamięć RAM min. 8GB
* dysk twardy min. 1TB
* monitor min. 27”
* nagrywarka DVD
* karta sieciowa
* system operacyjny Windows 10 lub 11
* karta graficzna z chipsetem min. 2GB
* zasilacz awaryjny UPS
* osprzęt systemu: konsola ułatwiająca przemieszczanie systemu, okablowanie
* drukarka laserowa -wydruk czarno-biały lub kolorowy
 | tak | Podać/opisać |
| **INNE CECHY APARATU** |
| 65 | Zabezpieczenie oprogramowania przed niepowołanym dostępem za pomocą klucza sprzętowego | tak |  |
| 66 | Transformacja widma sygnału z dziedziny częstotliwości do dziedziny czynności fal | tak |  |
| 67 | Całość oprogramowania EEG w języku polskim | tak |  |
| 68 | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej przy dostawie | tak |  |
| 69 | Funkcja przenoszenia badań bez konwersji pomiędzy oferowanym aparatem EEG | tak |  |
| 70 | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe stanowisko analizy, polisomnografię, mapowanie 2D/3D, mapowanie on-line, CCFM, holter EEG, biofeedback, maping kortykograficzny | tak | opisać |
|  | **WIDEOMETRIA** |
| 71 | Podstawowe funkcje zestawu* zsynchronizowana rejestracja obrazu i dźwięku z kamery wideo oraz zapisu EEG,
* przeglądanie i analiza zapisu EEG wraz z jednoczesnym podglądem zarejestrowanego obrazu pacjenta,
* archiwizacja zapisu badania wraz z obrazem na CD/DVD
 | Tak | opisać |
| 72 | Konfiguracja zestawu:* profesjonalna kamera sieciowa kopułowa z możliwością montażu na ścianie i suficie
* zoom i obracanie kamery 360 stopni z poziomu oprogramowania
* specjalistyczne oprogramowanie synchronizujące rejestracje zapisu EEG z rejestrowanym obrazem z kamery
* specjalistyczne oprogramowanie do przeglądania zapisów EEG wraz z obrazem wideo
 | Tak | opisać |
|  | **MAPPING 2D/3D (Virtual Reality)** |
| 73 | - mapowanie 2D i 3D- przeglądanie map trójwymiarowych w technologii Virtual Reality za pomocą dołączonych okularów VR- mapowanie potencjałów- mapowanie gęstości pola (SCD)- mapowanie prędkości zmian potencjału (pochodna po czasie)- mapowanie widma mocy względnej %- mapowanie widma mocy bezwzględnej (RMS)- mapowanie asymetrii potencjałowej- mapowanie koherencji i jej fazy dla odprowadzeń- mapowanie częstotliwości dominujących i środka ciężkości- podgląd wartości elektrod i dowolnego punktu mapy- automatyczne dostosowywanie skali kolorystycznej wartości- mapowanie z zastosowaniem referencji do uszu, Goldmana (średniej), Cz, Fz albo laplasjanu- wyświetlanie wielu map (z zadanego zakresu)- zastosowanie różnych metod interpolacji wartości- mapowanie trójwymiarowe na czaszce i modelu mózgu- trójwymiarowa prezentacja rozkładu wartości mapy- możliwość drukowania map w kolorze i odcieniach szarości- prezentacja izolinii mapy | Tak | opisać |
|  | **Akcesoria** |
| 74 | Wymagane akcesoria:1. czepek do badań EEG
2. elektrody grzybkowe
3. przewody do elektrod grzybkowych
4. żel do badań EEG
5. Czujnik do EKG
 | min. 1 szt.min. 30szt.min. 10szt.min. 4sztmin. 1 kpl. | Wymienić i podać ilości |
| 75 | Integracja oferowanego aparatu do systemu HIS zamawiającego (koszt integracji ponosi wykonawca) poprzez licencję KS Somed (RIS) firmy Kamsoft | Tak |  |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.