Załącznik nr 2 do SIWZ

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

Uwagi i objaśnienia dotyczące wszystkich zadań:

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
2. Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2020), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden sprzęt ani jego część składowa, wyposażenie, itd. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.

**Zadanie nr 1 – aparat do EKG (6 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Aparat 12-kanałowy do wydruku i zapisu z 12 odprowadzeń | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiar ekranu min.5,7” z 3,4,6,lub 12 odprowadzeń | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 320 x 240 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Klawiatura kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna ekran dotykowy  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Waga max.4,0 kg (z wbudowanym akumulatorem) | TAK, podać | < 4 kg – 2 pkt≥ 4 kg – 0 pkt |  |
|  | Wydajność akumulatora min. 60 min. ciągłego zapisu, min. 15 min. ciągłego wydruku. | TAK, podać | ≥ 90minut – 2 pkt <90 minut – 0 pkt |  |
|  | Czas ładowania akumulatora (przy całkowitym wyładowaniu) max .10 godz. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zasilanie 115V/230V, 50-60Hz | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Przetwarzanie analogowo-cyfrowo A/D 13 bitów  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Rodzaj papieru: rolka, rodzaj papieru: termiczny  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Szerokość papieru 112 mm | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń: 3, 4, 6, 12 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchro | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Detekcja kardiostymulatorów | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Filtr izolinii (Hz): 0,125(1,5s); 0,25(0,6s); 0,5(0,3s); 1,5(0,1s) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Filtry automatyczne: autoadaptacyjne | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zabezpieczenie przed defibrylacją | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Sygnał dźwiękowy tętna  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Baza danych minimum 400 zapisów EKG w pamięci aparatu  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Profil automatyczny  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Profil manualny | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość ustawienia niegraniczonej ilości profili użytkownika  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Tryb LONG (do wykrywania arytmii) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Minimum 10 profili LONG | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej HP ( przez port USB, niezależnie od PC, wydruk na papierze biurowym A4) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość wpisania do wydruku danych lekarza lub ośrodka zdrowia | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna analiza i interpretacja słowna ( model z diagnostyką) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pełną spirometrię wdechowo-wydechową o minimum 3 profilach: wymuszona, swobodna, MVV. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Oprogramowanie do komputerowego EKG z opcją modułu do oceny ryzyka nagłej śmierci sercowej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zestaw do prowadzenia prób wysiłkowych | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Opcja torby transportowej | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość podłączenia do oprogramowania ze wspólną bazą pacjentów dla badań holtera EKG, holtera ABPM, spirometrii, ergospirometrii, i spoczynkowego EKG | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wózek pod stolik z wysięgnikiem na kabel pacjenta, hamulcami i kuwetą na akcesoria | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Urządzenie zarejestrowane jako wyrób medyczny w klasie IIa zgodnie z dyrektywą 93/42/EEC | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł LAN &WiFi | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Gwarancja min. 8–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym wymagane przez producenta przeglądy konserwacyjne/techniczne/okresowe w okresie gwarancji – w cenie oferty | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Liczba darmowych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji (przynajmniej raz w roku). | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna, bezpłatna aktualizacja kompletu oprogramowania (jeżeli dotyczy) do wersji najwyższych w okresie trwania gwarancji | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 godziny od zgłoszenia konieczności naprawy. Jako przystąpienie do naprawy rozumie się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego (ze wskazaniem listy przeszkolonych) w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Po zakończeniu okresu gwarancji usunięcie blokad programowych i haseł lub udostępnienie ich Zamawiającemu na żądanie (jeżeli dotyczy). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport (jeżeli dotyczy) zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 2 – aparat do mierzenia ciśnienia: elektroniczny wraz z wyposażeniem (15 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Automatyczny ciśnieniomierz naramienny | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Pomiar ciśnienia krwi i pulsu | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zakres pomiaru: 20 - 280 mmHg – ciśnienie krwi, 40 - 200 uderzeń na minutę – tętno | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dokładność statyczna: ciśnienie w zakresie ± 3 mmHg | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dokładność pomiaru tętna: ±5 % wartości odczytu | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Sposób pomiaru: oscylometryczny, odpowiadający metodzie Korotkoffa: faza I skurczowa, faza V rozkurczowa | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zakres wyświetlania ciśnienia w mankiecie: 0 - 280 mmHg | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Rozdzielczość: 1 mmHg | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Technologia wykrywająca arytmię serca | TAK/NIE | NIE – 0 pktTAK – 2 pkt |  |
|  | Wbudowana pamięć podająca min. 30 ostatnie wyniki pomiaru wraz z datą i godziną | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Czytelny wyświetlacz LCD | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Uniwersalny mankiet stożkowy M-L (22-42cm, ±5 %)  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wbudowany wskaźnik poprawnego założenia mankietu wraz z optymalnym napełnieniem i wskaźnikiem ruchu ramienia | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Waga: do 400 g (z bateriami) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary: 136 x 82 x 57 mm (±5 %) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Źródło napięcia: 4 baterie AA 1,5 V, Zasilacz 6 V DC; 600 mA | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne.Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 3 – aparat do pomiaru RR (30 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Manualny ciśnieniomierz zegarowy do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia od 0 do 300 mm Hg | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Średnica tarczy ciśnieniomierza 50 mm | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Mankiet zapinany na rzep, zakładany na ramię, o rozmiarze w zakresie 26,0 -36,0 cm | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | W zestawie:* pompka (gładka gruszka) z metalowym zaworem spustowym
* mankiet
* etui
* stetoskop
 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 12 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne.Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 4 – aparat do szybkiego toczenia płynów (15 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Zestaw do ciśnieniowego podawania płynów | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Wyposażony w gruszkę do pompowania powietrza i zawór spustowy oraz mechaniczny wskaźnik ciśnienia | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Zasada działania - poduszka powietrzna napełniana przy użyciu gruszki wywiera ciśnienie na opakowanie z płynem | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Zakres ciśnienia: 0-300 mmHg, kolorowe oznaczenia strefy roboczej zielonej na manometrze | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość umieszczenia płynów o objętości min. 500ml | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Opakowanie z płynem umieszczone za przeźroczystą kieszenią w celu obserwacji stanu podawanego płynu | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Wyposażony w element do podwieszenia | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Gwarancja  | Podać, min. 12 miesięcy | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim wydrukowana i na nośniku elektronicznym - dołączyć | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Folder z dokładnymi parametrami technicznymi – dołączyć | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna - dostarczyć | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w miejscu użytkowania | TAK | Bez punktacji |  |

**Zadanie nr 5 – aparat USG (1 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Nowoczesny stacjonarny aparat ultrasonograficzny o wysokiej ergonomii z układem jezdnym umożliwiającym łatwe przemieszczanie oraz zintegrowanym systemem archiwizacji danych wyposażony w dysk SSD oraz wbudowane zasilanie bateryjne umożliwiające pracę bez sieciowego źródła zasilania. | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Platforma sprzętowa oferowanego ultrasonografu wprowadzona do produkcji nie wcześniej niż w 2019 roku | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Panel sterowania unoszony góra/dół z fizyczną klawiaturą qwerty i możliwością programowania klawiszy funkcyjnych | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Panel do obsługi ultrasonografu typu pojemnościowego, z regulacją OSD, przekątna min. 10” | TAK, podać | Panel dotykowy – 2 pktPanel bez możliwości sterowania dotykiem – 0 pkt |  |
|  | Zintegrowany – wbudowany, podgrzewacz żelu | TAK | Bez punktacji |  |
|  | System z cyfrowym układem formowania wiązki ultradźwiękowej, min. 12 bit ADC | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy systemumin. 1-18 MHz | TAK, podać | ≤ 18 MHz – 0 pkt>18 MHz – 2 pkt |  |
|  | Czas uruchamiania aparatu do stanu gotowości do badania max. 60 sekund | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | System operacyjny ultrasonografu nie starszy niż Windows 7 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Maksymalna wartość dynamiki w trybie B – mode (min. 250 dB) | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych gniazd do jednoczesnego podłączenia głowic obrazowychmin. 4 | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Liczba ognisk pracujących jednocześnie min. 8 | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Bezpinowe złącza głowic | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Pamięć trwała aparatu (dyski twarde, min. 1 TB) | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne w technice inwersji fazy i w technice filtrowanej (z możliwością wyboru) | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Maksymalna głębokość obrazowania aparatumin. 35 cm | TAK, podać | ≤ 35 cm – 0 pkt> 35 cm – 2 pkt |  |
|  | Odświeżanie obrazów w trybie 2D – framerate min. 2500 Hz | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Maksymalna częstotliwość odświeżania obrazu „framerate” dla trybu CD (obrazów/sekundę) min. 500 Hz | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Odświeżanie obrazów w trybie 4D – framerate min. 3 Hz | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Zakres prędkości Color Doppler (CD) min. +/- 4,5 m/sek | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Zakres prędkości Doppler Pulsacyjny (PWD)min. +/- 15 m/sek | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Zakres prędkości Doppler Ciągły (CW) min. +/- 100 m/sek | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Pamięć cine aparatu min. 20 000 klatek | TAK, podać | ≤ 25000 klatek – 0 pkt> 25 000 klatek – 2 pkt |  |
|  | Tryby pracy aparatu:* 2D (B-mode),
* M-mode,
* Color Doppler (CD),
* Power Doppler (PD),
* Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD),
* Ciągły Doppler (CW),
* TRIPLEX,
* DUPLEX,
 | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Obrazowanie krzyżowe SpatialCompound/Cross Beam na głowicach: convex, liniowa, endowaginalna, Microconvex działające w trybie 2D oraz trybach dopplerowskich. Ustawienia indeksu, min. 5 stopni ustawień | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Obrazowanie typu MR wygładzające obraz tzw. SonoMR, lub jego ekwiwalent o analogicznej funkcjonalności | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość regulacji stopnia udziału algorytmu SonoMR. Ustawienia indeksu, min. 5 stopni ustawień | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość podziału ekranu na 2 oraz 4 obrazy w trybie obrazowania. | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Monitor IPS LED, wysokiej rozdzielczości, kolorowy. Min. przekątna: 21,5”, rozdzielczość min. 1920 x 1080 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Maksymalna ilość ognisk pracujących jednocześnie głowicy (min. 8) | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Zoom dla obrazów na żywo, obrazów zamrożonych i obrazów z pamięci CINE (min. x10) | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Oprogramowanie pomiarowe wraz z raportami z badań (dla każdego pakietu, z możliwością edycji):* położniczych,
* ginekologicznych,
* urologicznych,
* jamy brzusznej,
* ortopedycznych,
* tarczycy,
* naczyniowe,
* kardiologiczne.

Min. 3 częstotliwości bazowych dla tryby B-ModeMin. 3 częstotliwości bazowe dla trybów CD/PD | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Automatyczne pomiary prędkości przepływów. | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Pomiary odległości, pola powierzchni, objętości. | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Maks. wartość częstotliwości PRF dla Dopplera Pulsacyjnego (PWD), min. 25 kHz | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Maks. wartość częstotliwości PRF dla Dopplera Kolorowego (CD), min. 12kHz | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Maks. wartość częstotliwości PRF dla Dopplera Ciągłego (CW), min. 60kHz | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Zakres wielkości bramki Dopplerowskiej w trybie Dopplera pulsacyjnego (PWD), min. 0,2 - 25 mm | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Zakres regulacji kąta korekcji w trybie Dopplera Spektralnego (PWD), min. +/- 88 stopni | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Zintegrowany system archiwizacji pacjentów i obrazów wraz z nagrywarką płyt DVD/CD-R/RW i oraz portami USB na przedniej ścianie aparatu. Opisać. | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość zapisu obrazów oraz sekwencji filmowych na dysk twardy oraz płyty CD, DVD, pamięci PEN w formatach BMP, JPG, WMV, AVI | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Wyjście (output) sygnałów: DVI, Video | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Głowica conveks do badań jamy brzusznej:* Technologia monokryształu tzw. PureWave lub Single Crystal
* min. Ilość elementów: 192
* min. Zakres częstotliwości: 1 – 4 MHz
* min. kąt patrzenia głowicy 70stopni:
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Głowica kardiologiczna do badań ech serca:* Technologia monokryształu tzw. PureWave lub Single Crystal
* min. Ilość elementów: 64
* min. Zakres częstotliwości: 1 - 5 MHz
* min. kąt patrzenia głowicy 90stopni
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Głowica liniowa do badań naczyniowych, układu mięśniowo-szkieletowego:* min. Ilość elementów: 192
* min. Zakres częstotliwości: 3 – 12 MHz
* szerokość czoła głowicy max. 45mm
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowice liniową typu hockey:* zakres częstotliwości min 8- 17 MHz
* szerokość czoła głowicy max. 30 mm
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowice convex objętościowy do diagnostyki 4D:* min. Ilość elementów: 128
* min. Zakres częstotliwości: 1 - 6 MHz
* min. kąt patrzenia głowicy 75stopni
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę endo wolumetryczną do badań 3D/4D:* min. zakres częstotliwości od 3 do 10 MHz
* min. liczba elementów 192
* kąt patrzenia głowicy min. 160 stopni
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową o szerokim czole do badań piersi:* min. zakres częstotliwości od 3 do 12 MHz
* min. liczba elementów 19
* min. szerokość czoła głowic: 60 mm
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową wysokich rozdzielczości:* min. zakres częstotliwości od 8 do 17 MHz
* min. liczba elementów 192
* min. szerokość czoła głowic: 40 mm
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę kardiologiczną pediatryczną SingleCrystal/PureWave typu PhasedArray:* min. Ilość elementów: 64
* min. Zakres częstotliwości: 3-8 MHz
* min. kąt patrzenia głowicy: 90 stopni
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowice conveks do badań ginekologiczno-położniczych:* Technologia monokryształu tzw. PureWave lub Single Crystal
* min. Ilość elementów: 192
* min. Zakres częstotliwości: 1 – 6 MHz
* min. kąt patrzenia głowicy: 60 stopni
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę mikroconvex:* min. Ilość elementów: 128
* min. Zakres częstotliwości: 5-8 MHz
* pole widzenia głowicy min. 90 stopni
 | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Drukarka termiczna (video) czarno-biała (cyfrowy printer) | TAK, podać | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pakiet obrazowania trójwymiarowego 3D/4D. w tym funkcję zmiany położenia sztucznego źródła światła tzw. HD View, FetusRealisticView, stan na dzień składania ofert | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie panoramiczne, stan na dzień składania ofert | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do automatycznego kompleksu intima-media, stan na dzień składania ofert | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do elastografii fali podłużnej, dostępnej na głowicach liniowych i dopochwowych. Stan na dzień składania ofert | TAK | Bez punktacji |  |
|  | W trybie elastografii możliwość wykonywania pomiarów – elastostrain | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o automatyczny pomiat NT | TAK | Bez punktacji |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę do „ślepego Dopplera” | TAK | Bez punktacji |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 59 miesięcy | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Gwarancja min. 8–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym wymagane przez producenta przeglądy konserwacyjne/techniczne/okresowe w okresie gwarancji – w cenie oferty | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Liczba darmowych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji (przynajmniej raz w roku). | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna, bezpłatna aktualizacja kompletu oprogramowania (jeżeli dotyczy) do wersji najwyższych w okresie trwania gwarancji | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 godziny od zgłoszenia konieczności naprawy. Jako przystąpienie do naprawy rozumie się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego (ze wskazaniem listy przeszkolonych) w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Po zakończeniu okresu gwarancji usunięcie blokad programowych i haseł lub udostępnienie ich Zamawiającemu na żądanie (jeżeli dotyczy). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport (jeżeli dotyczy) zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 6 – defibrylator z wyposażeniem(1 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Defibrylator dwufazowy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Defibrylacja dorosłych i dzieci | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Energia dostępna na min. 22 poziomach | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Czas ładowania do pełnej energii < 12 sek. | Tak, podać | < 9 s – 2 pkt≥ 9 s – 0 pkt |  |
|  | Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze łyżki dla dzieci  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja)Możliwość wykonania kardiowersji także bez kabla ekg (wtedy odczyt sygnału EKG do synchronizacji z łyżek twardych defibrylatora) oraz zapewniona możliwość wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla ekg 3 żyłowego | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Kolorowy ekran o przekątnej min. 6,5 cala, LCD TFT z aktywną matrycą, rozdzielczość ekranu nie gorszej niż 640 x 480 pikseli  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zasilanie z sieci 230 V/50Hz i z akumulatora wewnętrznego. Możliwość min. 100-tu minutowego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 70 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego.Nieograniczone w czasie monitorowanie i nieograniczone co do liczebności defibrylacje z zasilania sieciowego. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Masa samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami (defibrylacja, kardiowersja, EKG/Resp, stymulacja, rejestrator) wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych) oraz z elementami do szybkiego montażu na podstawie jezdnej poniżej 7 kg | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości ≥ 50mm,Wyposażenie do rejestratora: 4 rolki papieru termicznego  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **EKG**Monitorowanie EKG poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający jednoczesną obserwację 6 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVr, aVl, aVf).Możliwość monitorowania także odprowadzenia przedsercowego V po zakupie kabla ekg 5 żyłowegoMin. 5 wartości wzmocnienia dla 1mV: x0,25; x0,5; x1; x2; x4Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany przynajmniej w min. zakresie pomiarowym od 15 do 300 uderzeń/minWyposażenie: kabel ekg 3 żyłowy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. 5-150 oddechów/min z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. 5-45 s | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Alarmy wizualne i dźwiękowe z możliwością ich zawieszania i wyłączania dla EKG i Resp. Możliwość dowolnego ustawiania wszystkich granic alarmowych przez użytkownika. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stymulacja przezskórna. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznymCzęstotliwość stymulacji w zakresie co najmniej 40-170 imp./minNatężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-170 mAWyposażenie: 1 komplet elektrod do stymulacji | Tak, podać | >170 mA – 2 pkt≤ 170 mA– 0 pkt |  |
|  | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali ekg, i fali oddechu z ostatnich min. 12 godzin monitorowania oraz min. 900 zdarzeń defibrylatora z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zapewnienie możliwości wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez zewnętrznych testerów (tester wbudowany w defibrylator) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Funkcja autotesu: defibrylator załącza się, testuje, drukuje raport z autotesu i się wyłącza.Użytkownik ma możliwość zmiany godziny autotestu | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość rozbudowy min. o nieinwazyjny pomiar ciśnienia, saturację i temperaturę | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stojak jezdny ze stali nierdzewnej z koszykiem na akcesoria, wyposażony w min. 6 łożyskowanych kół oraz posiadający koszyk na akcesoria i rączkę do prowadzenia stojaka | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 36 miesięcy | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Gwarancja min. 8–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym wymagane przez producenta przeglądy konserwacyjne/techniczne/okresowe w okresie gwarancji – w cenie oferty | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Liczba darmowych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji (przynajmniej raz w roku). | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna, bezpłatna aktualizacja kompletu oprogramowania (jeżeli dotyczy) do wersji najwyższych w okresie trwania gwarancji | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 godziny od zgłoszenia konieczności naprawy. Jako przystąpienie do naprawy rozumie się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego (ze wskazaniem listy przeszkolonych) w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Po zakończeniu okresu gwarancji usunięcie blokad programowych i haseł lub udostępnienie ich Zamawiającemu na żądanie (jeżeli dotyczy). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport (jeżeli dotyczy) zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 7 – koncentrator tlenu (7 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Urządzenie umożliwiające tlenoterapię oraz nebulizację | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stężenie tlenu: 93%+3% | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Ciśnienie wyjściowe: 20-50kPa | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Strumień wyjściowy 0,5-3l/min | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Poziom hałasu:  ≤45dB | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Waga: poniżej 12 kg | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wyświetlacz LCD | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Nebulizator | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Systemy alarmowe | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Sterowanie pilotem | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Gwarancja min. 8–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym wymagane przez producenta przeglądy konserwacyjne/techniczne/okresowe w okresie gwarancji – w cenie oferty | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Liczba darmowych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji (przynajmniej raz w roku). | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna, bezpłatna aktualizacja kompletu oprogramowania (jeżeli dotyczy) do wersji najwyższych w okresie trwania gwarancji | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 godziny od zgłoszenia konieczności naprawy. Jako przystąpienie do naprawy rozumie się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego (ze wskazaniem listy przeszkolonych) w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Po zakończeniu okresu gwarancji usunięcie blokad programowych i haseł lub udostępnienie ich Zamawiającemu na żądanie (jeżeli dotyczy). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport (jeżeli dotyczy) zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 8 – materac przeciwodleżynowy (20 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Materac pneumatyczny, zmiennociśnieniowy o konstrukcji bąbelkowej | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pompa z ręczną regulacją ciśnienia w materacu | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Min. 130 komór, w tym min. 10 komór (bąbelków) z mikrowentylacją, w układzie dwóch sekcji komór na przemian wypełnianych powietrzem | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pompa wyposażona w gumowe nasadki na jej spodzie, zapobiegające wibracjom powstającym podczas jej pracy | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Ilość powietrza pompowanego przez pompę: min. 4,5 litr/min | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Regulacja ciśnienia: 40 – 110 mmHg | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Cykl pracy pompy: 10 – 12 minut | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Głośność pompy: poniżej 35 dB | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary całkowite materaca: dł. 200 cm x szer. 90 cm x wys. 6,5 cm (+/- 1 cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymieniany filtr powietrza | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Świetlna wizualizacja pracy pompy (on/of) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Maksymalne waga użytkownika do 130 kg | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Skuteczność terapeutyczna zestawu do 110 kg | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | W wyposażeniu zestaw do naprawy materaca (łatka samoprzylepna) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Materac wykonany z PCV | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wyłogi do mocowania materaca o długości 40 cm na końcach materaca | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Zawieszki do mocowania pompy na łóżku | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 9 – pulsoksymetr (20 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Pulsoksymetr napalcowy do wykonywania pomiarów saturacji krwi tlenem (SpO2) oraz do mierzenia częstotliwości akcji serca (puls) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dwukolorowy wyświetlacz OLED | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Funkcja pomiaru przy niskiej perfuzji | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | System alarmów wizualnych i dźwiękowych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Czujnik antywstrząsowy | Tak/Nie | Tak – 2 pktNie – 0 pkt |  |
|  | 6 trybów wyświetlania | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dokładność: SpO₂ 70 –100%, ±2%, tętno 30–250 bpm, ±2 uderzeń/minutę | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Zakres pomiaru: SpO₂ 0 – 100%, tętno 0 – 254 uderzeń/minutę | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Waga do 70 g (bez baterii) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Zasilanie: 2 baterie alkaliczne 1,5 V AAA | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Temperatura robocza: od 10°C do 40°C | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary: 62x34x31mm (+/- 2 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Gwarancja min. 8–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | Tak, podać | Bez punktacji. |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym wymagane przez producenta przeglądy konserwacyjne/techniczne/okresowe w okresie gwarancji – w cenie oferty | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Liczba darmowych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji (przynajmniej raz w roku). | Tak, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna, bezpłatna aktualizacja kompletu oprogramowania (jeżeli dotyczy) do wersji najwyższych w okresie trwania gwarancji | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 godziny od zgłoszenia konieczności naprawy. Jako przystąpienie do naprawy rozumie się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego (ze wskazaniem listy przeszkolonych) w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Po zakończeniu okresu gwarancji usunięcie blokad programowych i haseł lub udostępnienie ich Zamawiającemu na żądanie (jeżeli dotyczy). | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. |  |  |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 10 – ssak elektryczny (6 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Elektryczny dwu-butlowy ssak z dodatkowym naczyniem kontrolnym | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Ssak umieszczony na wózku wyposażonym w cztery kółka | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wydajność min. 30 l/min | Tak, podać | > 30l/min – 2 pkt= 30l/min – 0 pkt |  |
|  | Zakres regulacji podciśnienia do 0,85 bar (-0,085 MPa) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Głośność < 46 dB | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Waga urządzenia do 4,5 kg (bez wózka) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary max 260x360x350 mm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Minimalne wyposażenie 1szt. ssaka:- naczynie szklane 2,5l. (2 szt.)- naczynie kontrolne poliwęglanowe 0,8l z zaworem zabezpieczającym i filtrem (1 szt.)- przewód ssący silikonowy fi.7 min. 1,5m (1 szt.)- wózek transportowy- zapasowe filtry antybakteryjne 1op./20 szt. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Gwarancja min. 8–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | Tak, podać | Bez punktacji. |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym wymagane przez producenta przeglądy konserwacyjne/techniczne/okresowe w okresie gwarancji – w cenie oferty | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Liczba darmowych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji (przynajmniej raz w roku). | Tak, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna, bezpłatna aktualizacja kompletu oprogramowania (jeżeli dotyczy) do wersji najwyższych w okresie trwania gwarancji | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 godziny od zgłoszenia konieczności naprawy. Jako przystąpienie do naprawy rozumie się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego (ze wskazaniem listy przeszkolonych) w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Po zakończeniu okresu gwarancji usunięcie blokad programowych i haseł lub udostępnienie ich Zamawiającemu na żądanie (jeżeli dotyczy). | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. |  |  |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 11 – stetoskopy (40 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Jednostronna głowica umożliwiająca osłuchiwanie wysokich i niskich tonów | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Jednokanałowy przewód | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Główka wykonana ze stopu aluminium | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Średnica membrany: 45-50 mm | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Elastyczny wężyk typ „Y” z PVC, z zewnętrzną lirą | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Słuchawki ze standardowymi oliwkami | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne.Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 12 – Szafki i regały na sprzęt medyczny z blatami do sporządzania leków (8 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Parametry wymagane | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | **Szafka nr 1 – 4 szt.** |  |  |  |
|  | **Szafka stojąca przyścienna dwukomorowa** z blatem z listwą przyścienną | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Front mieszany: * Jedna komora 5 szuflad
* Druga komora: 2 drzwi, wewnątrz 1 półka
 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stelaż wykonany z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stelaż anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Blat z płyty wiórowej typu postforming, o grubości maks. 38mm, laminowanej wysokociśnieniowym laminatem HPL, odpornym na promieniowanie UV oraz dezynfekcje | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Nóżki o wysokości 100 mm (+/- 5 mm) z możliwością wypoziomowania | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary szafki (+/- 20 mm):* Szerokość 1340 mm,
* Głębokość 550 mm
* Wysokość 860 mm
* Głębokość blatu 600 mm
 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Szafka nr 2 – 2 szt.** |  |  |  |
|  | Szafka wisząca jednokomorowa | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Front: drzwi pełne | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stelaż wykonany z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stelaż anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wyposażenie: 1 x półka, drzwi bez zamka | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary szafki (+/- 20 mm):* Szerokość 900 mm,
* Głębokość 300 mm
* Wysokość 600 mm
 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Szafka nr 3 – 2 szt.** |  |  |  |
|  | Szafka wisząca jednokomorowa | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Front: drzwi pełne | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stelaż wykonany z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Stelaż anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wyposażenie: 1 x półka, drzwi bez zamka | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary szafki (+/- 20 mm):* Szerokość 460 mm,
* Głębokość 300 mm
* Wysokość 600 mm
 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | TAK | Bez punktacji. |  |

**Zadanie nr 13 – lampa bakteriobójczaprzepływowa (12 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Przejezdna, przepływowa lampa bakteriobójcza z licznikiem czasu pracy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Lampa zamocowana na statywie wyposażonym w min. 5 kół | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Lampa wykonana z blachy kwasoodpornej | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Licznik indukcyjny z wyświetlaczem o wskazaniach z dokładnością do 1 godziny | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dezynfekcja powietrza bez konieczności opuszczania pomieszczenia przez pacjentów i personel | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Pobór mocy: do 85 VA | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Element emitujący promieniowanie UV-C: 2x min. 30 W | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Trwałość promiennika: do 8000 h  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wydajność wentylatora: 132 m3/h (+/- 5%) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dezynfekowana kubatura: 25-50 m3/h | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Zasięg działania lampy: 10-20 m2 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Klasa zabezpieczenia ppor.: I | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Typ obudowy: IP 20 | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary kopuły: 1125 x 215 x 130 mm (+/- 5mm) | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Masa: do 14 kg | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) | Podać, min. 24 miesiące | **Punktowane jako osobne kryterium** |  |
|  | Gwarancja min. 8–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | W cenie oferty uwzględniono koszty naprawy i wymiany uszkodzonych części zamiennych i elementów w okresie gwarancji - poza częściami i elementami nie podlegającymi gwarancji lub uszkodzonymi mechanicznie | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym wymagane przez producenta przeglądy konserwacyjne/techniczne/okresowe w okresie gwarancji – w cenie oferty | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Liczba darmowych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji (przynajmniej raz w roku). | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Pełna, bezpłatna aktualizacja kompletu oprogramowania (jeżeli dotyczy) do wersji najwyższych w okresie trwania gwarancji | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 godziny od zgłoszenia konieczności naprawy. Jako przystąpienie do naprawy rozumie się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem  | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego (ze wskazaniem listy przeszkolonych) w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Po zakończeniu okresu gwarancji usunięcie blokad programowych i haseł lub udostępnienie ich Zamawiającemu na żądanie (jeżeli dotyczy). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Z każdym urządzeniem wykonawca dostarczy paszport (jeżeli dotyczy) zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie). | TAK | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | TAK, podać | Bez punktacji. |  |