Załącznik nr 2a do SIWZ

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (**zadania 1 – 14**)

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 aparat ani jego część składowa, wyposażenie, itd. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.

**Zadanie nr 1 – wózek opatrunkowy/zabiegowy (5 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Wózek medyczny, trzypółkowy z szufladami | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Blat roboczy i boczne uchwyty wykonane z wytrzymałego tworzywa PP | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Aluminiowa rama wózka  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dwie szuflady  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Szerokość z uchwytami 900 mm (+/- 5 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Szerokość 760 mm (+/- 5 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Głębokość 490 mm (+/- 5 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wysokość 1040 mm (+/- 5 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wózek na 4 kółkach, min. 2 z blokadą | 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. |  |

**Zadanie nr 2 – fotel do pobierania krwi (1 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | **Fotel / stanowisko do pobierania krwi oraz do iniekcji** | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wykonany na podstawie o konstrukcji z zamkniętych profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym.  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Siedzisko z regulowanym płynnie sprężyną gazową oparciem pleców | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Fotel wyposażony w obustronne podłokietniki z regulacją w płaszczyźnie pionowej (wysokość) i w płaszczyźnie poziomej (obrót) oraz w podgłówek | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Siedzisko, oparcie pleców, podłokietniki i podgłówek wypełnione elastyczną pianką poliuretanową i pokryte tapicerką z atestowanego i zmywalnego materiału skóropodobnego poddającego się dezynfekcji. Tapicerka dostępna w wielu kolorach, do wyboru przez Zamawiającego. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Maksymalne obciążenie do 120 kg | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wysokość: 128 cm (+/- 2cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Szerokość: 80 cm (+/- 2cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Głębokość: 78 cm (+/- 2cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wysokość siedziska: 46 cm (+/- 2cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Długość podstawy: 73 cm (+/- 2cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Regulacją kąta podłokietników (w poziomie): 180° | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Zakres regulacji wysokości podłokietników: 25 cm (+/- 2cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Certyfikowany wyrób medyczny | 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. |  |

**Zadanie nr 3 – stolik do instrumentowania typu Mayo (3 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Stolik do instrumentowania wykonany ze stali kwasoodpornej | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Regulowany ręcznie blat roboczy | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wysokość blatu w zakresie 910 – 1370 mm (+/- 30 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Rozmiary blatu 600 x 400 mm (+-/ 20 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Blat obrotowy z możliwością unieruchomienia w każdej pozycji | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Maksymalny udźwig blatu 5 kg | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Podstawa na trzech kołach jezdnych o średnicy min. 50 mm, wszystkie z blokadą | 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. |  |

**Zadanie nr 4 – stolik zabiegowy (10 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Stolik chirurgiczny do instrumentowania | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wykonany z blachy i profili metalowych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Grubość blachy max. 1 mm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Cztery koła skrętne, min. dwa z blokadą | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Szerokość: 60 cm (+/- 2 cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Długość: 100 cm (+/- 2 cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wysokość: 88 cm (+/- 2 cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary blatu 100 x 60 cm  | 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. |  |

**Zadanie nr 5 – stojak do kroplówek (21 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Stojak samojezdny do kroplówek | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pokryty farbą proszkową i powłoką chromową | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Metalowe wieszaki na płyny infuzyjne, min. 2 szt. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Podstawa na pięciu kołach jezdnych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wysokość min. 110 cm – max. 210 cm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Średnica podstawy max. 70 cm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pokrętło i zacisk do regulacji wysokości | 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. |  |

**Zadanie nr 6 – szafka na leki (6 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Szafa medyczna jednodrzwiowa | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wykonana z blachy o grubości 0,8 – 1,0 mm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Uchylne skrzydło drzwi zawieszone na zawiasach kołkowych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Drzwi szafy przeszklone (szkło hartowane), 4 półki wykonane ze szkła, przestawne co 25 mm (+/- 5 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Uchwyt drzwiowy z zamkiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w min. dwóch punktach | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary:- szerokość: 600 mm (+/- 5 mm)- głębokość: 420 mm (+/- 5 mm)- wysokość: 1800 mm (+/- 5 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Stopki regulowane w standardzie | 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. |  |

**Zadanie nr 7 – stolik do pielęgnacji i przewijania niemowląt (11 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Stolik do przewijania niemowląt, ubierania, przeprowadzania zabiegów pielęgnacyjnych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Podstawa stolika wykonana z rur stalowych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Przewijak wyposażony w stopkę umożliwiającą poziomowanie na nierównej powierzchni | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary:- wysokość całkowita 910 mm (+/- 20 mm)- wysokość leża 800 mm (+/- 20 mm)- głębokość 680 mm (+/- 20 mm)- szerokość 860 mm (+/- 20 mm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Materiał tapicerski dostępny w wielu kolorach, do wyboru przez Zamawiającego | 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. |  |

**Zadanie nr 8 – szafka na środki ochrony osobistej (15 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Szafka wisząca, wykonana z płyty dwustronnie laminowanej | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Matowe wykończenie | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary:- wysokość 57 cm (+/- 3 cm)- szerokość 57 cm (+/- 3 cm)- głębokość 30 cm (+/- 3 cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dwoje drzwi pełnych z uchwytami, jedna półka | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kolor do wyboru przez Zamawiającego | 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. |  |

**Zadanie nr 9 – szafa ubraniowa (15 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Szafa stojąca, wykonana z płyty podwójnie laminowanej | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Obrzeża wykończone tworzywem PCV | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dwoje pełnych drzwi oraz dwie szuflady na prowadnicach rolkowych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Miejsce do powieszenie ubrań (jedna część szafy za drzwiami) oraz miejsce na ułożenie ubrań na półkach (druga część szafy za drzwiami, min. 3 półki w zestawie) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Drzwi bez uchwytów, otwierające się poprzez lekkie naciśnięcie | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary:- wysokość 180 cm (+/- 3 cm)- szerokość 90 cm (+/- 3 cm)- głębokość 50 cm (+/- 3 cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kolor do wyboru przez Zamawiającego | 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. |  |

**Zadanie nr 10 – szafa lekarska (3 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Szafa medyczna wykonana z blachy o grubości 0,8 mm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Zamek kluczowy ryglujący drzwi w dwóch punktach | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Drzwi dwuskrzydłowe, otwierane na zewnątrz, przeszklone | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pięć półek, z czego cztery szklane, przestawne co 25 mm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość opcjonalnego montażu kółek jezdnych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary:- szerokość 800 mm (+/- 10 mm)- wysokość 1800 mm (+/- 10 mm)- głębokość 435 mm (+/- 10 mm)- waga: do 90 kg | 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. |  |

**Zadanie nr 11 – szafa stojąca na sprzęt (2 szt.)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Szafa medyczna wykonana z blachy o grubości 0,8 mm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Zamek kluczowy ryglujący drzwi w dwóch punktach | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Drzwi jednoskrzydłowe, otwierane na zewnątrz, przeszklone | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pięć półek, z czego cztery szklane, przestawne co 25 mm | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość opcjonalnego montażu kółek jezdnych | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary:- szerokość 600 mm (+/- 10 mm)- wysokość 1800 mm (+/- 10 mm)- głębokość 435 mm (+/- 10 mm)- waga: do 65 kg | 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. |  |

**Zadanie nr 12 – zestaw narzędzi (1 kpl.)**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Szt.** | **Wymóg** | **Parametry oceniane** | **Oferowane parametry**  |
|  | Nożyczki preparacyjne typu Metzenbaum, zagięte, utwardzane, ostrza z wkładkami z węglików spiekanych, rękojeść w kolorze złotym, dł. 180 mm. | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Nożyczki preparacyjne typu Metzenbaum HM (utwardzane) z wkładką z węglików spiekanych, zakrzywione, rękojeść w kolorze złotym, dł. 200 mm | 2. | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Nożyczki preparacyjne typu Metzenbaum-slim (wąskie), zagięte, utwardzane z wkładką z węglików spiekanych, dł. 180mm (HM) | 2 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Imadło typu Mayo-Hegar, utwardzane, bransze z węglików spiekanych, ryflowane krzyżowo, rękojeść w kolorze złotym, dł. 200 mm | 5 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Imadło typu Mayo-Hegar, utwardzane, branszerobocze ryflowane, złota rękojeść, dł. 180 mm | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Imadło typu Crile -Wood, utwardzane, wkładka z węglików spiekanych, rękojeść w kolorze złotym, dł. 180 mm | 2 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pęseta atraumatyczna typu DeBakey, szerokość 1,5 mm, końcówka robocza ryflowana, dł. 200 mm | 8 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pęseta atraumatyczna typu DeBakey, szerokość 1,5 mm, końcówka robocza ryflowana, dł. 240 mm | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki typu Hartmann (Baby-Mosquito), zakrzywione, dł. 90mm | 8 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki naczyniowe typu Micro-Hartmann, zagięte, końcówka robocza ryflowana, dł. 90 mm | 8 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki naczyniowe typu Pean-Baby, zagięte, końcówka robocza ryflowana, dł. 140 mm | 10 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki typu Pean, zakrzywione, końcówka robocza ryflowana, dl. 140mm | 8 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki typu Rochester-Pean, zagięte, końcówka robocza ryflowana, dł. 180mm | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki naczyniowe typu Rochester-Pean, odgięte, część robocza ryflowana, dł. 200mm | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki naczyniowe typu Rochester-Pean, zagięte, końcówka robocza ryflowana, dl. 220mm | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Rozwieracz automatyczny typu Weitlaner, 3x4 zęby, tępy, dł. 165 mm | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Rozwieracz automatyczny typu Weitlaner, tępy, 3x4 zęby, długość zęba 20 mm, dł. całkowita 200 mm | 2 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki naczyniowe typu Heiss, zagięte, końcówka robocza ryflowana, dł. 200 mm | 2 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Kleszczyki naczyniowe typu Adson-Baby, zagięte, końcówka robocza ryflowana, dł. 190 mm | 2 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Hak typu Langenbeck, wymiary 10 x 28 mm, dł. 210 mm | 4 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Imadło utwardzane, typ Gubisch, ultra delikatne, rękojeść w kolorze złotym, końcówka robocza ryflowana, dł. 125 mm | 1 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Śrubokręt heksagonalny, ortopedyczny, kaniulowany 2,0 mm, średnica zewnętrzna 3,5 mm, rękojeść z tworzywa sztucznego Novoteximitującego drewno, autoklawowalna w temp. 134°C i pod ciśnieniem 3 Bar | 1 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | RaspatorCobb, z rękojeścią z tworzywa sztucznego imitującego drewno Novotex(autoklawowalny w temp. do 134° C pod ciśnieniem 3 bar), lekko zagięta końcówka robocza o szerokości 25 mm, pół ostry, dł. całk. 250 mm | 1 | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Narzędzia muszą być wykonane ze stali spełniającej standard ISO 7153-1 | - | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Narzędzia muszą posiadać możliwość:- mycia (ultradźwięki, neutralizacja i środki myjące posiadające dopuszczenie PZH lub równoważny),- dezynfekcji (temperaturowa i chemiczna środkami dopuszczonymi przez PZH lub równoważny),- sterylizacji (parowa w autoklawach 134 [°C], niskotemperaturowa np. tlenek etylenu dla materiałów wrażliwych i/lub nadtlenek wodoru i lub plazma)Uwaga – należy załączyć materiały informacyjne producenta (w ramach materiałów firmowych) dotyczące postępowania z narzędziami w procesach mycia, dezynfekcji i sterylizacji |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dopuszczalne tolerancje od rozmiarów podanych w formularzu asortymentowo-cenowym:- nie więcej niż +/- 5 [mm] dla narzędzi o długości całkowitej do 200 mm włącznie, - nie więcej niż +/- 10 [mm] dla narzędzi o długości całkowitej powyżej 200 mm. |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |  |
|  | Gwarancja na sprzęt (miesiące) |  | Podać, min. 24 miesięcy | **Punktowane jako osobny parametr.** |  |
|  | 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. |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie usterki do 48 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Jako "podjęta naprawa" liczy się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską). |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Maksymalny czas naprawy nie może przekroczyć 10 dni roboczych |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz./dobę, 365 dni/rok. |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Szkolenie obsługi i minimum jednej osoby z pionu technicznego / z wskazaniem listy przeszkolonych/ w siedzibie zamawiającego z ustaleniem terminu i formy drogą telefoniczną, pisemnie, lub e-mail. |  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. |  | Tak, podać | 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 13 – materac przeciwodleżynowy (10 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 14 – materac przeciwodleżynowy (11 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 rurowej  | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Pompa z ręczną regulacją pozwalającą na płynną zmianę ciśnienia w materacu | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Min. 20 komór (rur) w układzie dwóch sekcji na przemian wypełnianych powietrzem | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Ilość powietrza pompowanego przez pompę: 6-7 litrów/min | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Ciśnienie robocze: 40 – 110 mmHg | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Czas pełnego cyklu: 12 minut | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Materiał: nylon + PCV | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Wymiary po napompowaniu: 200 cm x 86 cm x 10 cm (+/- 1cm) | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie materaca: do 140 kg | Tak | Bez punktacji. |  |
|  | Mocowanie: na istniejący materac (2 zakładki) | 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. |  |