**ZADANIE NR 1 POZ. NR 1**

**Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego, elektroniczny - szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ...............................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | pomiar odbywa się poprzez mikroprocesor, interpretujący za pomocą czujnika ciśnienia drgania powstające na tętnicy przy pompowaniu i wypuszczaniu powietrza z mankietu, | TAK |  |
| 2. | system wskazań = wskazania cyfrowe, | TAK |  |
| 3. | zakres pomiaru tętna: 40 - 200 uderzeń/min., | TAK |  |
| 4. | maksymalne odchylenie pomiaru ciśnienia skurczowego = +/- 3 mmHg | TAK |  |
| 5. | maksymalne odchylenie pomiaru tętna = +/- 5 % wartości | TAK |  |
| 6. | wytworzenie ciśnienia: automatycznie za pomocą mikropompy, odpowietrzenie: automatyczne | TAK |  |
| 7. | mankiety w 2 rozmiarach wykonane z materiału dającego możliwość łatwej dezynfekcji | TAK |  |
| 8. | procedura mycia i dezynfekcji oraz wykaz preparatów przeznaczonych do dezynfekcji zarejestrowanych i dostępnych na rynku polskim | TAK |  |
| 9. | stetoskop | TAK |  |
| 10. | etui | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 1 POZ. NR 2**

**Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego, zegarowy – szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | duży, czytelny zegar o średnicy 5 – 9 cm | TAK |  |
| 2. | podziałka pomiaru na tarczy manometru, skalowana nie rzadziej niż 2 mm Hg | TAK |  |
| 3. | obudowa manometru wykonana z materiału odpornego na uszkodzenia mechaniczne | TAK |  |
| 4. | mankiety w 2 rozmiarach wykonane z materiału dającego możliwość łatwej dezynfekcji | TAK |  |
| 5. | gruszka zintegrowana z manometrem oraz ochronną łyżką | TAK |  |
| 6. | zakres pomiaru 0 – 300 mm Hg | TAK |  |
| 7. | możliwość podłączenia mankietu za pośrednictwem szybkozłącza śrubowego | TAK |  |
| 8. | procedura mycia i dezynfekcji oraz wykaz preparatów przeznaczonych do dezynfekcji zarejestrowanych i dostępnych na rynku polskim | TAK |  |
| 9. | etui | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 2 POZ. NR 1**

**Kardiomonitor przenośny – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ...............................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Monitor przenośny wyposażony w gniazdo USB do przenoszenia danych do komputera | TAK |  |
| 2. | Kardiomonitor o budowie kompaktowej z modułem parametrowym wbudowanym w urządzenie. Dopuszcza się monitor modułowy umożliwiający rozbudowę o kolejne parametry i konfigurowanie stanowiska poprzez dowolne przenoszenie przez użytkownika modułów pomiarowych – moduły wymienialne przez użytkownika bez udziału serwisu. | TAK |  |
| 3. | Ekran LCD TFT kolorowy, wysokiej rozdzielczości, przekątna, co najmniej 12”. Ekran wbudowany w monitor. Łatwa obsługa monitora przy pomocy pokrętła, przycisków lubss przez ekran dotykowy. | TAK |  |
| 4. | Oprogramowanie w języku polskim  | TAK |  |
| 5. | Ilość wyświetlonych jednocześnie na ekranie krzywych dynamicznych parametrów – minimum 5. | TAK |  |
| 6. | Ilość wyświetlanych jednocześnie na ekranie danych numerycznych- wszystkie monitorowane parametry. Duże i czytelne znaki. | TAK |  |
| 7. | Możliwość skonfigurowania przez personel min. 5 różnych ustawień ekranów. | TAK |  |
| 8. | Trendy graficzne i tabelaryczne wszystkich parametrów min. 96 godzinne przy rozdzielczości nie gorszej niż 10s. Ciągły zapis w pamięci kardiomonitora wszystkich monitorowanych wartości liczbowych i wszystkich monitorowanych fal dynamicznych z okresu min. 96h wraz z zaznaczeniem sytuacji alarmowych wraz z zapewnieniem możliwości przeniesienia tych danych na nośnik elektroniczny a następnie do komputera. | TAK |  |
| 9. | Oprogramowanie umożliwiające tworzenie raportów z przebiegu monitorowania do wydruku i drukowania wybranych zdarzeń. Drukarka wbudowana w urządzenie. Dopuszcza się możliwość drukowania na zewnętrznej drukarce – drukarka w komplecie. | TAK |  |
| 10. | Oprogramowanie umożliwiające tworzenie raportów z przebiegu monitorowania do wydruku i drukowania wybranych zdarzeń– wydruk na centralnej drukarce | TAK |  |
| 11. | W komplecie drukarka centralna. | TAK |  |
| 12. | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) | TAK |  |
| 13. | Alarmy techniczne z podaniem przyczyny i rejestracją zdarzeń dla potrzeb serwisu. | TAK |  |
| 14. | Kabel, czujnik, akcesoria i moduły pomiarowe potrzebne do monitorowania dla dorosłych – zestawy do 2 monitorów. | TAK |  |
| 15. | Chłodzenie monitora konwekcyjne, nie wymagające czyszczenia lub wymiany filtrów | TAK |  |
| 16. | Zasilanie sieciowe 230V/ 50 Hz i podtrzymanie zasilania akumulatorowego na minimum 2 godziny (zapewniające ciągłość monitorowania pacjenta). | TAK |  |
| 17. | Czas ładowania powyższych akumulatorów do pełnej pojemności w temperaturze pokojowej poniżej 7 godzin. | TAK |  |
| 18. | Odpowiednie kable EKG umożliwiające monitorowanie – zestawy do 2 monitorów. | TAK |  |
| 19. | Zakres pomiarowy analizy odcinka ST min. ±1,0 mVMożliwość ręcznego ustawienia punktu pomiarowego. | TAK |  |
| 20. | Alarm przekroczenia ustalonego zakresu wartości zmian ST w wybranym odprowadzeniu z możliwością definiowania tego zakresu. | TAK |  |
| 21. | Analiza arytmii z alarmami (dokonywana w monitorze przyłóżkowym lub w centrali – dostępna w obydwu urządzeniach) – min.13 rodzajów arytmii. | TAK |  |
| 22. | Pomiar respiracji metodą impedancji w 2 monitorach | TAK |  |
| 23. | Wyświetlana wartość cyfrowa respiracji wraz z falą oddechu. | TAK |  |
| 24. | Minimalny zakres rejestracji respiracji 5-120 oddechów/min. Monitorowanie i alarmowanie bezdechu. | TAK |  |
| 25. | Dokładność pomiaru częstości oddechu przynajmniej +/1 oddech/minutę | TAK |  |
| 26. | Pomiar saturacji w zakresie od 1-100% przy niskiej perfuzji, z eliminacją zakłóceń ruchowych. W komplecie kabel główny i czujnik na palec dla dorosłych do 2 monitorów. | TAK |  |
| 27. | Prezentacja krzywej pletyzmograficznej i %SpO2. | TAK |  |
| 28. | Modulacja dźwięku przy zmianie wartości %SpO2. | TAK |  |
| 29. | Funkcja pomiaru saturacji i nieinwazyjnego ciśnienia na jednej kończynie bez wywoływania alarmu. | TAK |  |
| 30. | Pomiar ciśnienia tętniczego metodą nieinwazyjną.  | TAK |  |
| 31. | Pomiar ręczny i automatyczny. Zakres ciśnienia: min. 15-250 mmHg | TAK |  |
| 32. | Pamięć w menu ciśnienia z ostatnich pomiarów.  | TAK |  |
| 33. | W komplecie przewód interfejsowy i minimum 3 rozmiary mankietów (duży, średni, mały) dla dorosłych do każdego z 2 monitorów. | TAK |  |
| 34. | Pomiar na żądanie, automatycznie w wybranych odstępach czasowych. | TAK |  |
| 35. | Czas repetycji pomiarów automatycznych min. 1- 360 min.  | TAK |  |
| 36. | Funkcja stazy | TAK |  |
| 37. | Wyświetlanie wartości skurczowej, rozkurczowej, średniej cały czas do kolejnego pomiaru. | TAK |  |
| 38. | Pomiar temperatury min. 1 kanałowy w 2 monitorach. Sposób wyświetlania- wartość cyfrowa.  | TAK |  |
| 39. | Czujniki temperatury wielorazowe, powierzchniowe do 2 monitorów. | TAK |  |
| 40. | Zakres pomiarowy minimum 25 – 42 ºC | TAK |  |
| 41. | Dokładność pomiaru minimum ± 0,1 ºC | TAK |  |
| 42. | Wbudowany uchwyt pozwalający na przenoszenie monitora między szpitalnymi salami. Możliwość montażu na statywie na kółkach, ramieniu łóżka | TAK |  |
| 43. | Układy alarmowe powyższych parametrów z możliwością szybkiego ustawienia granic alarmowych. | TAK |  |
| 44. | Możliwość kilkustopniowego wyciszania alarmów.  | TAK |  |
| 45. | Komunikacja z użytkownikiem poprzez ekran dotykowy lub przyciski oraz menu w języku polskim. | TAK |  |
| 46. | Rejestracja i archiwizacja danych | TAK |  |
| 47. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej | TAK |  |
| 48. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 2 POZ. NR 2**

**Defibrylator – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe (z sieci 230 V). | TAK |  |
| 2. | System ładowania akumulatorów wbudowany w aparat lub stanowiący oddzielny moduł z sieci 230 V.Czas ładowania akumulatorów do pełnej pojemności do maksymalnie 4 godz. | TAK |  |
| 3. | Urządzenie przeznaczone do monitorowaniai defibrylacji | TAK |  |
| 4. | Wyposażony w kolorowy ekran monitora, przekątna ekranu monitora minimum 5 cali z możliwością jednoczesnej obserwacji 3 krzywych dynamicznych EKG i wyświetlaniem wartości liczbowych wszystkich monitorowanych parametrów życiowych.- Dopuszcza się możliwość jednoczesnej obserwacji 2 krzywych dynamicznych EKG- Dopuszcza się kolorowy ekran monitora o przekątnej ekranu monitora 8 cali, z możliwością jednoczesnej obserwacji 2 krzywych dynamicznych EKG oraz krzywej respiracji i wyświetlaniem wartości liczbowych wszystkich monitorowanych parametrów życiowych | TAK |  |
| 5. | Posiada polskie oprogramowanie i polskie napisy na płycie czołowej | TAK |  |
| 6. | Możliwość wydruku zapisu na papierze min 50 mm | TAK |  |
| 7. | Defibrylacja dwufazowa synchroniczna i asynchroniczna | TAK |  |
| 8. | Z funkcją automatycznej kompensacji impedancji ciała pacjenta | TAK |  |
| 9. | Defibrylacja ręczna i tryb AED ( półautomatyczna)z systemem doradczym w języku polskim. | TAK |  |
| 10. | Możliwość wykonania kardiowersji – defibrylacja synchroniczna  | TAK |  |
| 11. | Zakres wyboru energii min 2-200 J w trybie manualnym. Dopuszcza się wybór energii od 2-360 J w trybie manualnym. | TAK |  |
| 12. | Zakres wyboru energii min 150J-300J w trybie AED. | TAK |  |
| 13. | Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej minimum 10 w trybie manualnym | TAK |  |
| 14. | Czas ładowania do energii 200 J poniżej 5 s | TAK |  |
| 15. | Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem maksymalnie 11 kg | TAK |  |
| 16. | Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń | TAK |  |
| 17. | Zakres pomiaru tętna min. 20-300 u/min | TAK |  |
| 18. | Zakres wzmocnienia sygnału EKG 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; 0,5; 1,0; 2,0 cm/mV | TAK |  |
| 19. | Możliwość rozbudowy o pomiar saturacji krwi tętniczej przez czujnik wielorazowy typu klips w zakresie od 1 do 100 % w technologii cyfrowej eliminacji zakłóceńDopuszcza się defibrylator bez możliwości rozbudowy o pomiar saturacji krwi tętniczej w przypadku defibrylatora posiadającego wbudowaną funkcję pomiaru saturacji krwi tętniczej. | TAK |  |
| 20. | Możliwość obserwacji krzywej pletyzmograficznej na ekranie | TAK |  |
| 21. | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2. | TAK |  |
| 22. | Możliwość obserwacji krzywej EtCO2 na ekranie | TAK |  |
| 23. | Możliwość anulowania energii przyciskiem na płycie głównej. | TAK |  |
| 24. | Możliwość stymulacji zewnętrznej przezskórnej | TAK |  |
| 25. | Stymulacja zewnętrzna w trybie pracy sztywnym i na żądanie, w komplecie kable i elektrody do stymulacji | TAK |  |
| 26. | Częstość impulsów stymulacji w zakresie min. 40-170 impulsów/ minutę  | TAK |  |
| 27. | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. 10- 140 mA. Dopuszcza się natężenie prądu stymulacji w zakresie 20-200 mA | TAK |  |
| 28. | Kabel, czujnik, akcesoria potrzebne do pracy urządzenia. | TAK |  |
|  29. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej | TAK |  |
| 30. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat | TAK |  |
| 31. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 2 POZ. NR 3**

**Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | waga w zakresie 2 – 2,5 kg | TAK |  |
| 2. | zasilanie AC 230V, 50 Hz, akumulatorowe, pompa z II klasą ochrony przed porażeniem elektrycznym typu CF. | TAK |  |
| 3. | automatyczne przechodzenie zasilania sieciowego na bateryjne bez przerywania pracy pompy | TAK |  |
| 4. | łatwa obsługa, wytrzymała konstrukcja odporna na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 5. | współpraca ze strzykawkami 5, 10, 20, 30, 50, 60 ml producentów krajowych i zagranicznych | TAK |  |
| 6. | automatyczne rozpoznawanie typu i rozmiaru strzykawki | TAK |  |
| 7. | Bolus: - automatyczny - Manualny - szybkości podaży 50 – 1200 ml/h- Programowany - dawka lub objętość/czas: 0,1-99,9 jednostek / 0,1 - 1200 ml, automatyczne wyliczenie czasu.- Emergency - manualne przesunięcie tłoka strzykawki z funkcją zliczania podanej objętości i prezentacją wartości na ekranie urządzenia | TAK |  |
| 8. | możliwość stosowania dawki bolusowej z dużą szybkością w dowolnym czasie infuzji | TAK |  |
| 9. | infuzja w różnych jednostkach wagowych i objętościowych na min/godz. /24hdopuszcza się dostarczenie pompy z następującymi jednostkami masowymi: ng, μg, mg, U, kU, mmol, mol, Kmol, cal i kcal – na kg masy ciała pacjenta lub nie, na czas (na 24godziny, godzinę oraz minutę) | TAK |  |
| 10. | szybkość dozowania wlewu 0,1 – 99,9 ml/godz. | TAK |  |
| 11. | możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |
| 12. | dokładność dozowania objętości przetoczonej w zakresie od 1% do 3%. | TAK |  |
| 13. | możliwość pracy poza siecią zasilającą, czas pracy przy zasilaniu z akumulatora – 4 godz. (przy pracującym 1 torze infuzji z maksymalną wydajnością) | TAK |  |
| 14. | funkcja KVO i Stand-By | TAK |  |
| 15. | Rozbudowany system alarmów dźwiękowychi świetlnych występujących podczas: przekroczenie limitu ciśnienia infuzji, koniec wlewu, przerwa w zasilaniu sieciowym, aktywna funkcja BOLUS, aktywna funkcja KVO, niski poziom naładowania akumulatora, pusta strzykawka | TAK |  |
| 16. | czytelność informacji o parametrach pracy – stan pracy określany dużymi wyświetlaczami widzianymi z daleka, duży i czytelny wyświetlacz graficzny, | TAK |  |
| 17. | zabezpieczenie pompy przed przypadkowymi zmianami ustawień | TAK |  |
| 18. | odporna na urazy mechaniczne i środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 19. | umożliwia infuzję w ml/min, ml/h, ml/24h,dopuszcza się urządzenie umożliwiające infuzję w różnych jednostkach wagowych i objętościowych w ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min. | TAK |  |
| 20. | możliwość wyliczenia szybkości dozowania z objętości i czasu podaży | TAK |  |
| 21. | możliwość zapamiętania do 120 nazw lekówi wyświetlania jednej z nich w czasie infuzji,dopuszcza się do zaoferowania urządzenie z możliwością zapamiętania do 50 nazw leków wyświetlania jednej z nich w czasie infuzji. | TAK |  |
| 22. | szybkie wprowadzanie danych przy pomocy klawiatury numerycznej.dopuszcza się pompę z czytelną klawiaturą symboliczną ułatwiającą programowanie pompy | TAK |  |
| 23. | rejestr zdarzeń. | TAK |  |
| 24. | Statyw jezdny z listwą zasilającą | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 2 POZ. NR 4**

**Pulsoksymetr przenośny– 1 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Pulsoksymetr przenośny z alarmami | TAK |  |
| 2. | Czujnik SpO2 klips na palec dla dorosłych | TAK |  |
| 3. | Pomiar SpO2.- zakres pomiaru SpO2 0-100% zakres regulacji granic alarmowych SpO2 0-100%- dokładność dla zakresu od 70 do 102%, - rozdzielczość 1%.- alarm wizualny i dźwiękowy z regulowanymi granicami, możliwość wyciszenia alarmu (czasowe lub stałe) | TAK |  |
| 4. | Pomiar pulsu- zakres pomiaru pulsu od 25 do 250 uderzeń na minutę.- rozdzielczość 1 ud/min.- alarm wizualny i dźwiękowy z regulowanymi granicami, możliwość wyciszenia alarmu (czasowe lub stałe). | TAK |  |
| 5. | Pamięć mierzonych parametrów | TAK |  |
| 6. | Zasilanie:- wymagania zasilania AC 100-240VAC, 47-63Hz.- baterie profesjonalne lub akumulatory 1,5V typ AA/LR6.- czas pracy do 20godzin.- zasilanie akumulatorowe (+kabel sieciowy/ładowarka) | TAK |  |
| 7.  | Waga do 400 g | TAK |  |
| 8. | Oprogramowanie pozwalające na przesyłanie danych do komputera | TAK |  |
| 10. | zasilanie z sieci i akumulatora | TAK |  |
| 11. | funkcja alarmu | TAK |  |
| 13. | alarm wizualny i dźwiękowy dla saturacji i częstotliwości tętna, odłączenia czujnika, | TAK |  |
| 14. | regulacja głośności alarmów | TAK |  |
| 15. | Wykres trendu oraz pamięć. Wymagana rozbudowa o przesyłanie danych pomiarowych z pamięci urządzenia do dowolnego komputera wraz z pamięcią i wyświetlaniem trendów w postaci tabeli trendów (96 godzin przegląd z rozdzielczością 2 s). | TAK |  |
| 16. | czujniki spO2 – wielorazowego użytku dla dorosłych | TAK |  |
| 17. | komunikaty wyświetlane w języku polskim | TAK |  |
| 18. | możliwość podłączenia drukarki | TAK |  |
| 19. | Możliwość mocowanie na stojaku lub ramie łóżka | TAK |  |
| 20. | przeznaczony do pomiaru saturacji i pulsu u dzieci i dorosłychDopuszcza dzieci i dorosłych w zakresie 10 kg-50 kg | TAK |  |
| 21. | Wyświetlane parametry: SpO2, PR, PI, Plesmogram, wskaźnik pulsuDopuszcza się wyświetlanie wartości pulsu i saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej w postaci wykresu słupkowego, tzw. SIQ, w przypadku niskiej jakości sygnału (niskich wartości)zmieniającego kolor na czerwony.Dopuszcza się pulsoksymetr z wyświetlaniem następujących krzywych i parametrów: krzywa pletyzmograficzna, SpO2, PR, wskaźnik pulsu. | TAK |  |
| 22. | Automatyczne wyłączenie po upływie czasi od 30 sek do 5 min w bezczynności urządzenia oraz funkcja manualnego wyłączenia urządzenia poprzez przycisk na konsoli.  | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 3 POZ. NR 1**

**Aparat EKG przewoźny – szt. 3**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Urządzenie pracujące w trybie Manual lub Auto | TAK |  |
| 2. | Kolorowy wyświetlacz LCD min. 6”  | TAK |  |
| 3. | Czułość zapisu 2,5/5/10/20 mm/m V | TAK |  |
| 4. | Prędkość zapisu 5/10/25/50 mm/s | TAK |  |
| 5. | Wydruk w trybie 3, 6 lub 12 przebiegów EKG na drukarce aparatu o szerokości papieru min 110 mm.Możliwość wydruku odprowadzeń standardowych i w trybie Cabrera | TAK |  |
| 6. | Drukarka wbudowana w aparat z możliwością wydruku zarówno badania EKG jak i spirometrycznego | TAK |  |
| 7. | Możliwość wydruku bezpośrednio z aparatu na drukarce zewnętrznej, na papierze formatu A4. | TAK |  |
| 8. | Prezentacja na wyświetlaczu 3, 6 lub 12 przebiegów EKG, wyników analizy i interpretacji badań zapisanych w pamięci | TAK |  |
| 9. | Rejestracja 12 odprowadzeń EKG  | TAK |  |
| 10. | Klawiatura alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi, panelem dotykowym umożliwiająca wprowadzenie danych pacjenta | TAK |  |
| 11. | Menu w języku polskim obsługiwane za pomocą panelu dotykowego. Komunikacja w języku polskim. | TAK |  |
| 12. | Sygnalizacja odłączonych odprowadzeń  | TAK |  |
| 13. | Automatyczna analiza i interpretacja danych z badań | TAK |  |
| 14. | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | TAK |  |
| 15. | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń | TAK |  |
| 16. | Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych, mięśniowych, linii izoelektrycznej | TAK |  |
| 17. | Detekcja niewłaściwego kontaktu elektrody ze skórą pacjenta, niezależnie dla każdego kanału | TAK |  |
| 18. | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących. Detekcja stymulatora serca | TAK |  |
| 19. | Możliwość przesyłania wyników badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub inny aparat EKG | TAK |  |
| 20 | Tworzenie elektronicznej dokumentacji medycznej z wykonywanych badań oraz archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku. | TAK |  |
| 21. | Aparat wyposażony w min. 3 porty USB | TAK |  |
| 22. | Zasilanie z sieci 230V / 50 Hz i z wbudowanego akumulatora. | TAK |  |
| 23. | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora. | TAK |  |
| 24. | Wózek medyczny z wysięgnikiem na przewody, z półkami na aparat i inne niezbędne akcesoria oraz na kółkach umożliwiających łatwe przemieszczanie wózka z aparatem oraz stabilizowanie wózka poprzez blokadę kółek. | TAK |  |
| 25. | Kable i akcesoria potrzebne do pracy urządzenia, w tym:Kabel pacjenta – 1 szt.Elektrody kończynowe – 4 szt.Elektrody przedsercowe przyssawkowe – 6 szt | TAK |  |
| 25. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat |  |  |
| 27. | Minimum 5 rolek papieru do wydruku wyników badań dostarczone wraz z aparatem | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 4 POZ. NR 1**

**Wózek reanimacyjny – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
|  1 1.  | szerokość × głębokość × wysokość: 600-650 × 475-500 × 970-1000 mm | TAK |  |
| 2. 2. | konstrukcja wózka wykonana ze stopu aluminiowego odpornego na korozję i środki chemiczneDopuszcza się wózek wykonany w całości ze stali kwasoodpornej lub wózek wykonany ze stali ocynkowanej malowanej proszkowo lub wózek w całości wykonany ze stali lakierowanej proszkowo. | TAK |  |
| 2. 3. | wyposażony w 3 uchwyty do manewrowania umieszczone na blacie (po bokach i z tyłu wózka)Możliwy 1 uchwyt do manewrowania wykonany ze stali nierdzewnej montowany z prawej strony wózka.Możliwy uchwyt do manewrowania umieszczony z przodu wózka | TAK |  |
| 2. 4. | stabilna konstrukcja nadstawki wyposażonej w 10 uchylnych plastikowych pojemników | TAK |  |
|  5. | wózek 5-szufladowy, w tym 3 szuflady wyposażone w podziałki służące do segregacji leków | TAK |  |
| 6. 6. | Fronty szuflad wykonane ze stopu aluminiowego.Możliwy wózek z frontami wykonanymi ze stali kwasoodpornej malowanymi proszkowo na wybrany kolor RAL. Możliwy wózek z frontami wykonanymi ze stali ocynkowanej malowanymi proszkowo na wybrany kolor wg wzornika RAL. | TAK |  |
| 7. 7. | uchwyty szuflad wykonane z ABSDopuszcza uchwyty ze stopu aluminium z możliwością malowania metodą proszkową na wybrany kolor wg wzornika RALMożliwe uchwyty chromowane lub lakierowane (na kolor wybrany przez Zamawiajacego)Możliwe uchwyty szuflad wykonane z aluminium – w uchwytach specjalne miejsce na zamontowanie karteczki z opisem identyfikującym zawartość szuflady.Możliwe uchwyty wykonane z aluminium anodowanego. | TAK |  |
| 8. 8. | Nośność szuflady: 25 kg - 50 kg | TAK |  |
| 9. 9. | blat górny roboczy wykonany ze stali nierdzewnejMożliwy blat zabezpieczony z 4 stron przez zsuwaniem pojemnikówMożliwy blat roboczy posiadający trzy (po bokach i z tyłu) wyprofilowane brzegi służące jako uchwyty do manewrowania.Możliwy blat górny roboczy wykonany z tworzywa ABS. | TAK |  |
| 10. 10. | dodatkowy wysuwany blat roboczy z boku wózka | TAK |  |
| 11. 11. | wyposażony w 4 kółka o średnicy 100 - 125 mm, każde z blokadą jazdy.  | TAK |  |
| 12. 12. | druciany kosz lub półka ze stali nierdzewnej montowana do nadstawki, na akcesoria medyczne. | TAK |  |
| 13. 13. | pojemnik na odpady zawieszony lub odchylany wózek z boku wózka. | TAK |  |
| 14. 14. | całkowita ładowność do 200 kg | TAK |  |
| 15. 15. | możliwość dobrania koloru do dekoracji oddziału | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 4 POZ. NR 3**

**Wózek wielofunkcyjny duży– szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. 1.  | szerokość × wysokość × głębokość: 965-1000 × 890-905 × 425-490 mm | TAK |  |
|  2. | metalowy szkielet lakierowany proszkowo odporny na uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjneMożliwy wózek wykonany ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
| 3. 3. | wyjmowana nierdzewna taca | TAK |  |
|  4. | wyjmowane pojemniki tworzywowe lub wykonane ze stali kwasoodpornej – 4 sztuki | TAK |  |
| 5. 5. | worek foliowy z pokrywką | TAK |  |
| 6. 6. | druciany kosz | TAK |  |
| 7. 7. | 4 antystatyczne kółka jedne w tym 2 koła tylne z blokadą | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 4 POZ. NR 2**

**Wózek wielofunkcyjny mały– szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. 1.  | szerokość × wysokość × głębokość: 680 × 430 × 890 mm; wymiary +/- 10 mm | TAK |  |
|  2. | metalowy szkielet lakierowany proszkowo odporny na uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjneDopuszcza się wózek wykonany ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
| 3. 3. | wyjmowana nierdzewna taca | TAK |  |
|  4. | wyjmowane pojemniki tworzywowe lub wykonane ze stali kwasoodpornej – 4 sztuki | TAK |  |
| 5. 5. | worek foliowy z pokrywką | TAK |  |
| 6. 6. | druciany kosz | TAK |  |
| 7. 7. | 4 antystatyczne kółka jedne w tym 2 koła tylne z blokadą | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 4 POZ. NR 4**

**Stanowisko do pobierania krwi – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | całkowita szerokość: 80 cm +/- 10 cm | TAK |  |
| 2. | całkowita długość: 80,5 cm +/- 10 cm | TAK |  |
| 3. | całkowita wysokość: 82, 5 cm +/- 10 cm  | TAK |  |
| 4. | szerokość podstawy: 70 cm +/- 10 cm | TAK |  |
| 5. | długość podstawy: 70,5 cm +/- 10 cm | TAK |  |
| 6. | Obciążenie wagowe co najmniej 120 kg | TAK |  |
| 7. | wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem odpornym na uszkodzenia mechaniczne oraz środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 8. | wyposażone w 2 podłokietniki (pod prawą i lewą rękę) | TAK |  |
| 9. | siedzisko i podłokietniki pokryte bezszwową tapicerką odporną na rozdarcie oraz działanie środków dezynfekcyjnych z możliwością dopasowania koloru do dekoracji oddziału | TAK |  |
| 10. | możliwość zmiany położenia podłokietnika o kąt 180° +/- 10 | TAK |  |
| 11. | możliwość dostosowania wysokości podłokietnika do wzrostu pacjenta | TAK |  |
| 12. | możliwość zmiany położenia siedziska zintegrowanego z oparciem o kąt 90° +/- 10 | TAK |  |
| 13. | możliwość zainstalowania półki stanowiska | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 4 POZ. NR 5**

**Wózek opatrunkowy (zabiegowy)– szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. | szerokość × głębokość × wysokość: 650-690 × 475-518 × 970-1006 mm | TAK |  |
| 2. | konstrukcja wózka wykonana ze stopu aluminiowego odpornego na korozję i środki chemiczne. Możliwe wykonanie ze stali malowanej proszkowo. Możliwy wózek wykonany ze stali lakierowanej proszkowo. Możliwy wózek wykonany ze stali kwasoodpornej. | TAK |  |
| 3. | wyposażony w 3 uchwyty do manewrowania umieszczone na blacie (po bokach i z tyłu wózka). Możliwy 1 uchwyt do manewrowania wykonany ze stali nierdzewnej montowanyz prawej strony wózka. Możliwy uchwyt do manewrowania umieszczony z przodu wózka | TAK |  |
| 4. | 5-szufladowy (3 szuflady wyposażone w przedziałki do segregacji opatrunków)Możliwe 3 szuflady (3 x wys. 234mm) | TAK |  |
| 5. | fronty szuflad wykonane ze stopu aluminiowego | TAK |  |
| 6. | uchwyty szuflad wykonane z ABSMożliwe uchwyty chromowane lub lakierowane (na kolor wybrany przez Zamawiającego). Możliwe uchwyty z aluminium – w uchwytach specjalne miejsce na zamontowanie karteczki z opisem identyfikującym zawartość szuflady.Możliwe uchwyty szuflad z aluminium anodowanego. | TAK |  |
| 7. | maksymalna nośność szuflady: 25 kg - 50 kg | TAK |  |
| 8. | blat górny roboczy wykonany ze stali nierdzewnej blat roboczy wykonany z wytrzymałego tworzywa ABS ze wszystkich stron zagłębiony (burta z trzech stron)Możliwy blat zabezpieczony z 4 stron przed zsuwaniem się pojemników. Możliwy blat roboczy posiadający trzy (po bokach i z tyłu) wyprofilowane brzegi służące jako uchwyty do manewrowania. Możliwy blat roboczy wykonany z tworzywa ABS. | TAK |  |
| 9. | dodatkowy wysuwany blat roboczy z boku wózka | TAK |  |
| 10. | wyposażony w 4 kółka o średnicy 100 mm, każde z blokadą jazdy. Możliwy wózek na 4 kołach o średnicy 125 mm, z hamulcem na dwa koła i dodatkowym hamulcem kierunkowym. Możliwe 4 cichobieżne koła o średnicy 125 mm, łatwe w czyszczeniu, niekorodujące i nie zostawiające śladów (3koła z blokadą, 1 antystatyczne). Możliwe 4 kółka o średnicy 125 mm, w tym 3 z blokadą jazdy. | TAK |  |
| 11. | druciany kosz na akcesoria medyczne. Możliwa półka ze stali nierdzewnej na akcesoria medyczne montowaną do nadstawki | TAK |  |
| 12. | 2 plastikowe kosze zawieszane z boku wózka. Możliwy odchylany pojemnik na odpady zawieszony z boku wózka. Możliwy zamykany kosz na odpady. | TAK |  |
| 13. | całkowita ładowność do 200 kg | TAK |  |
| 14. 14. | możliwość dobrania koloru do dekoracji oddziału | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 5 POZ. NR 1**

**Wózek do transportu chorego leżącego – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. 1. | całkowita długość: 205 – 230 cm | TAK |  |
| 22 2. | całkowita szerokość: 70 – 80 cm | TAK |  |
| 3. 3. | regulacja wysokości: 59 – 97 cm | TAK |  |
| 4. 4.  | regulacja sekcji pleców: 0° - 90° | TAK |  |
|  5. | funkcja anty/ i Trendelenburga: 7° - 18° | TAK |  |
| 6 6. | średnica kół jezdnych: 15 – 20 cm | TAK |  |
| 7. 7. | nośność do 230 kg | TAK |  |
| 8. 8. | konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych, pokryta lakierem proszkowym, odporna na uszkodzenia mechaniczne | TAK |  |
| 9. 9. | hydrauliczna regulacja wysokości leża realizowana za pomocą dwustronnego przycisku pedału nożnego | TAK |  |
| 10. 10.  | leże dwusekcyjne lub trzysegmentowe wypełnione płytą tworzywową | TAK |  |
| 12. 11. | Regulacja oparcia pleców, uda (w wersji trzysegmentowej) przechyłu przechyłu Trendelenburga i anty-Trendelenburga dokonywana płynnie przy pomocy sprężyn gazowych z blokadą. | TAK |  |
| 13. 12. | teleskopowe barierki boczne zabezpieczające na całej długości, składane wzdłuż ramy leża | TAK |  |
| 15. 13. | rama wózka wyposażona w elastyczne listwy i 4 krążki odbojowe w narożnikach leża | TAK |  |
| 16. 14. | 4 koła jezdne o średnicy 20 cm z systemem centralnego blokowania, jedno z blokadą kierunkową | TAK |  |
| 18. 15.  | leże przezierne dla promieni RTG | TAK |  |
| 19. 16. | Pod leżem prowadnice na kasetę umożliwiające jej przesunięcie w celu wykonania zdjęć na całej długości leża. | TAK |  |
| 20. 17. | składany wieszak do kroplówki | TAK |  |
| 21. 18. | uchwyt do worka urologicznego | TAK |  |
| 22. 19. | uchwyt na rolkę prześcieradła jednorazowego użytku | TAK |  |
| 23. 20. | uchwyty oraz szczyt wózka ułatwiający jego manewrowalność | TAK |  |
| 24. 21.  | stalowy kosz na podręczne rzeczy pacjenta | TAK |  |
| 25. 22. | szczyt wózka wyposażony na kieszeń na dokumenty | TAK |  |
| 26. 23. | materac dostosowany do specyfiki wózka w wodoodpornym, zdejmowanym, łatwym do dezynfekcji pokrowcu z uchwytami do przekładania pacjenta | TAK |  |
| 27. 24.  | możliwość dobrania kolorystyki wózka do dekoracji oddziału | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 5 POZ. NR 2**

**Krzesło toaletowe - 2 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Rama nierdzewna | TAK |  |
| 2. | Ruchomy pojemnik sanitarny z deską | TAK |  |
| 3. | Stelaż na kółkach z opcją hamowania | TAK |  |
| 4. | Miękkie siedzisko z wodoodpornym obiciem | TAK |  |
| 5. | Możliwość dezynfekcji | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 5 POZ. 3**

**Wózek inwalidzki – szt. 3**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wykonany ze stopów metali lekkich | TAK |  |
| 2. | Waga wózka 15-20 kg | TAK |  |
| 3. | Rama aluminiowa konstrukcji krzyżakowej | TAK |  |
| 4. | Pas łydkowy | TAK |  |
| 5. | Kółka przeciw wywrotne z regulacją wysokości | TAK |  |
| 6. | Regulacja wysokości podnóżków | TAK |  |
| 7. | Tapicerka wykonana z materiału łatwego do utrzymania w czystości i odpornego na uszkodzenia | TAK |  |
| 8. | Uchylne i wyjmowane podłokietniki | TAK |  |
| 9. | Uchylne podnóżki z możliwością demontażu | TAK |  |
| 10. | Obciążenie wagowe co najmniej 130 kg | TAK |  |
| 11. | Szerokość siedziska 70cm ± 5cm | TAK |  |
| 12. | Średnica kół tylnych 24ʺ, kół skrętnych 18 cm | TAK |  |
| 13. | Szerokość po złożeniu 35 cm ± 5 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 6 POZ. 1**

**Łóżko szpitalne elektryczne + szafka– szt. 15**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Łóżko szpitalne o wymiarach leża 200cm x 90 cm (+/-5cm) wraz z funkcją przedłużania leża min. 150 mm i czterema otworami we wszystkich narożnikach łóżka do montażu wyposażenia dodatkowego. Funkcja przedłużenia leża realizowana za pomocą mechanizmów samozatrzaskowych. | TAK |  |
| 2. | Łóżko z elektrycznymi regulacjami: wysokości, segmentu pleców, segmentu uda, przechyłów Trendelenburga i antyTrendelenburga | TAK |  |
| 3. | Zasilanie 230V/50Hz z sygnalizacją włączenia do sieci. Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. | TAK |  |
| 4. | Funkcja CPR segmentu pleców pozwalająca na natychmiastową reakcję w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta. | TAK |  |
| 5. | Regulacja elektryczna wysokości leża, minimalna wysokość leża nie wyższa niż 380 mm. | TAK |  |
| 6. | Regulacja elektryczna pleców min. 65° oraz regulacja elektryczna uda min. 34°. | TAK |  |
| 7. | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i antyTrendelnburga min. 15° oraz autokonturu | TAK |  |
| 8. | Leże łóżka 4–segmentowe, w tym 3 ruchome. Leże wypełnione panelami tworzywowymi (po kilka w poszczególnych segmentach), gładkimi i demontowalnymi. Panele zabezpieczone przed przesuwaniem się i wypadnięciem poprzez system zatrzaskowy.  | TAK |  |
| 9. | Funkcja zaawansowanej autoregresji (w segmencie pleców min. 9cm, w segmencie uda min. 5cm) - system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4. | TAK |  |
| 10. | Szczyty łóżka tworzywowe z jednolitego odlewu bez miejsc klejenia/skręcania, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka. | TAK |  |
| 11. | Koła metalowe o średnicy min. 125mm. Centralna oraz kierunkowa blokada kół uruchamiana za pomocą jednej z dwóch dźwigni zlokalizowanych bezpośrednio przy kołach od strony nóg, po obu stronach łóżka. | TAK |  |
| 12. | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 190kg pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu | TAK |  |
| 13. | Barierki boczne metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leża nie powodujące poszerzenia łóżka, barierki składane poniżej poziomu materaca. Barierki boczne składające się z min. trzech poprzeczek. W celach bezpieczeństwa barierki odblokowywanew min. dwóch ruchach, tj. podniesienie barierki, zwolnienie blokady oraz opuszczenie barierki. | TAK |  |
| 14. | Wyposażenie każdego łóżka : * Barierki boczne opisane powyżej
* Materac zabezpieczający profilaktykę przeciwodleżynową do II stopnia.Materac o grubości min 140mm, czterostronny z oznaczeniami na pokrowcu każdej strony, wykonany z piany poliuretanowej. Piana materaca posiada pofalowaną strukturę na całej swojej powierzchni zwiększając cyrkulację powietrza pomiędzy skórą pacjenta a materacem. Materac czterostronny w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Waga materaca nie większa jak 6,5 kg

Szafka przyłóżkowa dwustronna o konstrukcji metalowej. Blaty szafki wykonane z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. Szafka wyposażona w dwie wygodnie otwierane szuflady. Szafka wyposażona w uchwyt na ręcznik oraz relingi do prowadzenia. Szafka wyposażona w blat boczny chowany cały w konstrukcję szafki. Blat boczny z regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej oraz z regulacją pochylenia z blokadą. Szafka na kołach o średnicy min. 75 mm z centralnym systemem hamulcowym całkowicie schowanym w konstrukcję szafki. Koła blokowane układem hamulcowym, z pokrętłem do blokowania i odblokowywania łatwo dostępnym dla pacjenta leżącego pozwalającą na samodzielność pacjenta w operowaniu szafką i blatem. Pokrętło wbudowane w konstrukcję szafki na wysokości górnego blatu. Całkowite wymiary szafki 500 x 500x 900 mm (+/-50mm) | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 6 POZ. 2**

**Łóżko rehabilitacyjne elektryczne+ szafka – szt. 5**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci | TAK |  |
| 2. | Wbudowany akumulator | TAK |  |
| 3. | Wymiary zewnętrzne 2200x1000mm (+/-50mm) | TAK |  |
| 4. | Możliwość wydłużenia leża razem z barierkami o min. 200 mm | TAK |  |
| 5. | Leże łóżka 4 – sekcyjne usytuowane na nowoczesnej konstrukcji opartej na trzech kolumnach cylindrycznych ułatwiających dezynfekcję | TAK |  |
| 6. | Szczyty łóżka tworzywowe, koloryzowane, wyjmowane. Możliwość wyboru koloru z min. 5 różnych | TAK |  |
| 7. | Sterowanie elektryczne przy pomocy :* panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg z możliwością swobodnego wyjmowania i umieszczania na szczycie czy też półce na pościel
* podświetlanego pilota przewodowego z wbudowaną latarką
* paneli nożnych do sterowania przechyłami bocznymi z obu stron łóżka

paneli nożnych do sterowania pozycją egzaminacyjną z obu stron łóżka | TAK |  |
| 8. | Regulacja elektryczna wysokości leża; minimalna pozycja leża nie wyższa niż 430mm | TAK |  |
| 9. | Możliwość uzyskania minimalnej wysokości krawędzi leża dla opuszczającego łóżko pacjenta poniżej 400mm dzięki funkcji przechyłów bocznych | TAK |  |
| 10. | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie min. 60° | TAK |  |
| 11. | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie min. 45° | TAK |  |
| 12. | Regulacja elektryczna funkcji autokontur |  |  |
| 13. | Funkcja zaawansowanej autoregresji - system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów |  |  |
| 14. | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga min. 15°– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg |  |  |
| 15. | Regulacja elektryczna przechyłów bocznych, w zakresie minimum 15 stopni z panelu sterowniczego oraz przycisków nożnych po obu stronach łóżka pozwalająca na wykonanie procedur pielęgnacyjnych przez jedną osobę. Regulacja przechyłów bocznych w zakresie min. 15 stopni również w najniższej pozycji leża. |  |  |
| 16. | Konieczność poprzedzenia funkcji przechyłów bocznych naciśnięciem przycisku odblokowującego w sterowniku nożnym |  |  |
| 17. | Sterowniki nożne zabezpieczone metalową osłoną przed przypadkowym uruchomieniem. Aby uruchomić sterownik nożny należy świadomie podnieść metalową osłonę zabezpieczającą |  |  |
| 18. | Pozycja wyjściowa (wypoziomowanie segmentu nóg, podniesienie segmentu pleców i obniżenie leża do minimum) dostępna z jednego przycisku na panelu sterowania |  |  |
| 19. | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego przycisku na panelu sterowniczym |  |  |
| 20. | Elektryczna funkcja CPR - do reanimacji – sterowana przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym |  |  |
| 21. | Elektryczna, natychmiastowa pozycja antyszokowa (pozycja ratującej życie) – sterowania przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym |  |  |
| 22. | Elektryczna, natychmiastowa pozycja egzaminacyjna – sterowana przy pomocy przycisku nożnego i dodatkowo jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym |  |  |
| 23. | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przyciska uruchamiającego dostępność funkcji; przycisk świadomego uruchomienia systemu elektrycznego łóżka znajdujący się w każdym możliwym sterowaniu: panelu oraz sterowaniu nożnym dla personelu, pilocie dla pacjenta |  |  |
| 24. | Funkcja stand-by – automatyczna deaktywacja wszystkich sterowań po upływie 160 – 180 sekund |  |  |
| 25. | Dodatkowy i oddzielny przycisk bezpieczeństwa natychmiast odłączający wszystkie funkcje elektryczne; system odłączający natychmiast wszystkie możliwe sterowania |  |  |
| 26. | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR |  |  |
| 27. | Koła jezdne o średnicy min 150 mm z systemem sterowania jazdy na wprost i boki z centralnym systemem hamulcowym |  |  |
| 28. | Obciążenie robocze minimum 190kg |  |  |
| 29. | Wyposażenie każdego łóżka:* Barierki boczne podłużne aluminiowe składane wzdłuż ramy leża, koloryzowane (wybór kolorystyki z min. 5 możliwych kolorów). Barierki na całej długości leża wydłużające się razem z łóżkiem podczas jego przedłużania.
* Uchwyt ręki
* Półka na pościel
* Drabinka rehabilitacyjna przeznaczona do wstawania pacjenta zaczepiana o tylną część łóżka
* Wieszak kroplówki
* Materac zabezpieczający profilaktykę przeciwodleżynową do II stopnia.Materac o grubości min 140mm, czterostronny z oznaczeniami na pokrowcu każdej strony, wykonany z piany poliuretanowej. Piana materaca posiada pofalowaną strukturę na całej swojej powierzchni zwiększając cyrkulację powietrza pomiędzy skórą pacjenta a materacem. Materac czterostronny w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Waga materaca nie większa jak 6,5 kg
* Szafka przyłóżkowa dwustronna o konstrukcji metalowej. Blaty szafki wykonane z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. Szafka wyposażona w dwie wygodnie otwierane szuflady. Szafka wyposażona w uchwyt na ręcznik oraz relingi do prowadzenia. Szafka wyposażona w blat boczny chowany cały w konstrukcję szafki. Blat boczny z regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej oraz z regulacją pochylenia z blokadą. Szafka na kołach o średnicy min. 75 mm z centralnym systemem hamulcowym całkowicie schowanym w konstrukcję szafki. Koła blokowane układem hamulcowym, z pokrętłem do blokowania i odblokowywania łatwo dostępnym dla pacjenta leżącego pozwalającą na samodzielność pacjenta w operowaniu szafką i blatem. Pokrętło wbudowane w konstrukcję szafki na wysokości górnego blatu. Całkowite wymiary szafki 500 x 500x 900 mm (+/-50mm)

Wałek przeznaczony do bezpiecznego pozycjonowania pacjenta (w przechyłach bocznych łóżka) o wymiarach min. 20x200cm wypełniony w 50% włóknami poliestrowymi i w 50% pianką. Wałek wyposażony w pokrowiec zewnętrzny, higieniczny, paroprzepuszczalny, zmywalny, odporny na uszkodzenia, zabezpieczający przed dostaniem się płynów i zanieczyszczeń do wewnątrz, zdejmowany, zapinany na suwak, przeznaczony do czyszczenia powierzchniowego za pomocą detergentów i środków dezynfekcyjnych oraz do prania mechanicznego w temp. 95 st.C z dodatkiem chloru w stężeniu <1% i suszenia w temp. 100 st.C, posiadający czytelne i trwałe oznaczenie warunków prania i czyszczenia. Wyrób medyczny spełniający zgodny z wymogami dyrektywy 93/42/EEC oraz spełniający normę ISO 12952 (ocena zapalności), EN ISO 10993-1:2009 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych), EN 14126 (Wymagania i metody badań dla odzieży chroniącej przed czynnikami infekcyjnymi) - Załączyć potwierdzenia i certyfikaty |  |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 7 POZ. 1**

**Aparat do elektroterapii i ultradźwięków– szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Urządzenie 3- kanałowe; 2 kanały do elektroterapii, 1-kanał do ultradźwięków | TAK |  |
| 2. | Generacja prądów : elektrodiagnostyka, prąd galwaniczny, diadynamiczny, Traberta, Impulsy prostokątne, Rosyjska stymulacja, Impulsy stymulujące, Impulsy trójkątne, trapezoidalne, TENS, 2-polowa interferencja, 4-polowa interferencja | TAK |  |
| 3. | Wyświetlacz wskazujący :czas zabiegu, rodzaj zabiegu, parametry zabiegu | TAK |  |
| 4. | Elektrody węglowe, w co najmniej dwóch rozmiarach, w zestawie z urządzeniem | TAK |  |
| 5. | Wbudowane programy terapeutyczne | TAK |  |
| 6. | Sterowanie za pomocą panelu dotykowego i/lub przycisków na panelu | TAK |  |
| 7. | Głowice do UD dwuczęstotliwościowe o średnicy 1 cm i 5 cm oraz głowica bezobsługowa w zestawie | TAK |  |
| 8. | Mobilny stolik do aparatu  | TAK |  |
| 9. | Wyświetlacz LCD dotykowy, | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 7 POZ. 2**

**Aparat do laseroterapii – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Sterownik do laseroterapii | TAK |  |
| 2. | Aplikator skanujący na statywie 1 szt. | TAK |  |
| 3. | Sonda punktowa 1 szt. | TAK |  |
| 4. | Okulary ochronne w zestawie 2 szt. | TAK |  |
| 5. | Konstrukcja statywu umożliwiająca regulacje wysokości i kata obrotu skanera | TAK |  |
| 6. | Wbudowane programy zabiegowe | TAK |  |
| 7. | Wyświetlacz wskazujący: czas zabiegu, główne parametry zabiegu | TAK |  |
| 8. | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
| 9. | Możliwość jednoczesnej pracy dwóch aplikatorów (skanującego i punktowego) | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 7 POZ. 3**

**Aparat do terapii impulsowym polem elektromagnetycznym niskiej częstotliwości – szt.1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Aparat do magnetoterapii | TAK |  |
| 2. | Dwa aplikatory szpulowe w rozmiarach: 60 cm±10cm; 30cm± 10 cm | TAK |  |
| 3. |  Dwa niezależne kanały do pracy jednoczesnej | TAK |  |
| 4. | Impulsowe pole magnetyczne: impulsy prostokątne, trójkątne, sinusoidalne i ciągłe | TAK |  |
| 5. | Wbudowane programy terapeutyczne z możliwością regulacji parametrów zabiegu | TAK |  |
| 6. | Regulacja wypełnienia 10-100% | TAK |  |
| 7. | Leżanka w zestawie z mechanizmem prowadnic zapewniającym łatwe przemieszczanie aplikatora o wymiarach odpowiednich do zamontowania aplikatora | TAK |  |
| 8. | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
| 9. | Stolik pod aparat | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 8 POZ. 1**

**Bieżnia treningowa – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Regulacja prędkości od 0,8 do 20 km/h | TAK |  |
| 2. | Regulacja kąta nachylenia od 0- 12 % | TAK |  |
| 3. | Wyświetlacz LCD, wskazujący :czas, prędkość, dystans, pomiar pulsu, wydatek energetyczny | TAK |  |
| 4. | Pomiar pulsu: sensory dotykowe | TAK |  |
| 5. | Przyciski szybkiej modyfikacji prędkości i kąta nachylenia  | TAK |  |
| 6. | Maksymalne obciążenie: min.140 kg | TAK |  |
| 7. | Rolki transportowe | TAK |  |
| 8. | Możliwość złożenia | TAK |  |
| 9. | Wymiary po rozłożeniu : 200/85/130 ±10 cm | TAK |  |
| 10. | Wymiary pasa 150/50 cm ± 5 cm | TAK |  |
| 11. | System amortyzacji | TAK |  |
| 12. | Awaryjny system bezpieczeństwa | TAK |  |
| 13. | Zasilanie sieciowe | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 8 POZ. 2**

**Ergometr wioślarski (Wioślarz) – szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Stabilna konstrukcja | TAK |  |
| 2. | Duże wygodne siodełko | TAK |  |
| 3. | Opór magnetyczny | TAK |  |
| 4. | Obciążenie: co najmniej 130 kg | TAK |  |
| 5. | Regulowane podpórki stóp | TAK |  |
| 6. | Zastosowane łożyska kulkowe | TAK |  |
| 7. | Możliwość pomiaru tętna | TAK |  |
| 8. | Długa taśma i szyna suwnicy | TAK |  |
| 9. | Rolki transportowe | TAK |  |
| 10. | Przeznaczenie: również do użytku komercyjnego | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 8 POZ. 3**

**Orbitrek – szt. 3**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Stabilna konstrukcja | TAK |  |
| 2. | Magnetyczny system hamowania | TAK |  |
| 3. | Koło zamachowe o obciążeniu co najmniej 5 kg | TAK |  |
| 4. | Obciążenie wagowe co najmniej 130 kg | TAK |  |
| 5. | 16 stopni obciążenia | TAK |  |
| 6. | Obecność systemu zapewniającego cichą i płynną pracę urządzenia | TAK |  |
| 7. | Regulowana długość kroku | TAK |  |
| 8. | Wbudowane czujniki tętna w uchwytach | TAK |  |
| 9. | Kółka do łatwego transportu | TAK |  |
| 10. | Monitor wyświetlający parametry wykonywanego wysiłku (dystans, czas, prędkość) | TAK |  |
| 11. | Przeznaczenie: do użytku w zakładzie leczniczym | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 8 POZ. 4**

**Rower poziomy – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Regulacja oporu: min. 16 stopni oporu magnetycznego | TAK |  |
| 2. | Wymiary: długość 135-155 cm, wysokość 122-132 cm, szerokość 60-70 cm | TAK |  |
| 3. | Regulacja siedziska: pion/poziom | TAK |  |
| 4. | Siodełko: wygodne, poszerzone, wysokie oparcie dla odcinka lędźwiowego | TAK |  |
| 5. | Waga koła zamachowego 5-7 kg | TAK |  |
| 6. | Pedały z paskami bezpieczeństwa | TAK |  |
| 7. | Pomiar pulsu poprzez sensory na uchwytach | TAK |  |
| 8. | Ergonomiczne pedały | TAK |  |
| 9. | Wentylator z 2 poziomami nawiewu | TAK |  |
| 10. | Specjalnie zaprojektowana rama ułatwiająca wchodzenie i schodzenie z roweru | TAK |  |
| 12. | Wyświetlacz okrągły Watts LED | TAK |  |
| 13. | Obciążenie wagowe co najmniej 130 kg | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 8 POZ. 5**

**System TRX – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | System lin wykorzystywanych do ćwiczeń TRX | TAK |  |
| 2. | Zawieszka do drzwi | TAK |  |
| 3. | Uchwyt na drzwi piankowy | TAK |  |
| 4. | Taśma umożliwiające zawieszenie TRX w dowolnym miejscu | TAK |  |
| 5. | Worek na sprzęt | TAK |  |
| 6.  | Karabińczyk o obciążeniu co najmniej 600 kg | TAK |  |
| 7. | Klamry regulujące ze stalowym mechanizmem suwnym  | TAK |  |
| 8. | Pętla wyrównująca obciążenie  | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 9 POZ. 1**

**Balkonik – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Składana aluminiowa rama | TAK |  |
| 2. | Stabilna i wytrzymała konstrukcja | TAK |  |
| 3. | Nóżki zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi | TAK |  |
| 4. | Regulowana wysokość co 2 cm ± 0,5 cm | TAK |  |
| 5. | Max. waga użytkownika min. 120 kg  | TAK |  |
| 6. | Szerokość: 57 cm ± 10cm | TAK |  |
| 7. | Wysokość: 79 cm- 95 cm ±10cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 9 POZ. 2**

**Chodzik rehabilitacyjny – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | 4 kołowy | TAK |  |
| 2. | Stalowa konstrukcja | TAK |  |
| 3. | Siedzisko | TAK |  |
| 4. | Uchwyt na kule | TAK |  |
| 5. | Regulacja wysokości rączek | TAK |  |
| 6. | Hamulce ręczne  | TAK |  |
| 7. | Minimalne obciążenie wagowe 120 kg | TAK |  |
| 8.  | Wymiary : szerokość 60cm, wysokość siedziska 60 cm ± 5 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 9 POZ. 3**

**Laska dłoniowa – szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Całkowita wysokość: 70-93 cm | TAK |  |
| 2. | Regulacja wysokości | TAK |  |
| 3. | Uchwyt w kształcie litery T | TAK |  |
| 4. | Gumowa końcówka antypoślizgowa | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 9 POZ. 4**

**Pionizator pachowy (balkonik pachowy)– szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Rama wykonana ze stali | TAK |  |
| 2. | Miękkie podłokietniki z możliwością regulacji wysokości | TAK |  |
| 3. | Regulacja kąta ustawienia uchwytów oraz długości | TAK |  |
| 4. | Wymiary: 60 cm (szer.) wysokość urządzenia 109-152 cm | TAK |  |
| 5. | Długość podłokietników wraz z uchwytami 50-80 cm  | TAK |  |
| 6. | Podłokietniki wykonane z materiału łatwego do utrzymania w czystości - możliwość dezynfekcji | TAK |  |
| 7. | Obciążenie: co najmniej 120 kg | TAK |  |
| 8. | Kółka kauczukowe lub gumowe, tylne kółka z hamulcem | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 9 POZ. 5**

**Kule łokciowe – szt. 4**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wykonane z aluminium | TAK |  |
| 2. | Regulacja wysokości w zakresie 95-126 cm | TAK |  |
| 3. | Regulacja przedramienia | TAK |  |
| 4. | Regulacja wysokości co 2 cm ± 0,5 cm | TAK |  |
| 5. |  Obciążenie: co najmniej 120 kg | TAK |  |
| 6. | Uchylny uchwyt ramienia | TAK |  |
| 7. | Antypoślizgowa  | TAK |  |
| 8. | Pojemnik, kosz do przechowywania | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 9 POZ. 6**

**Czwórnóg (laska czteropunktowa) – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wykonany z aluminium (podstawa wykonana ze stali) | TAK |  |
| 2. | Cztery punkty podparcia zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi | TAK |  |
| 3. | Uniwersalny, możliwość użytkowania jako wersji prawej i lewej | TAK |  |
| 4. | Regulacja skokowa wysokości co 2,5 cm +/- 1 cm | TAK |  |
| 5. | Wysokość: 73-95,5 cm | TAK |  |
| 6. | **Obciążenie: co najmniej 100 kg** | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno – użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 1**

**Drabinka rehabilitacyjna – szt. 5**

Wykonawca/Producent …..............................................

Nazwa-model/\_typ …......................................................

Numer katalogowy …....................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wymiary: 90x220 cm | TAK |  |
| 2. | Boki drabinki: sklejka sosnowa, szczeble wykonane z pełnego drewna bukowego | TAK |  |
| 4. | Wszystkie szczeble w jednakowym ułożeniu | TAK |  |
| 5. | Całość malowana ekologicznym lakierem bezbarwnym | TAK |  |
| 6. | Mocowana do ściany za pomocą wsporników o długości: 25/30/35 cm +/ 5 cm | TAK |  |
| 7. | Konieczne dołączenie wsporników niezbędnych do bezpiecznego montażu drabinki (min. 4 szt./1 drabinkę) | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 3**

**Kozetka do badania lekarskiego – szt. 3**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Konstrukcja stalowa (malowana) | TAK |  |
| 2. | Wymiary: 70 cm (szer.) 55cm (wys.) 190 cm (dl.) ±10 cm | TAK |  |
| 3. | Regulacja zagłówka  | TAK |  |
| 4. | Minimalne obciążenie wagowe do 180 kg | TAK |  |
| 5. | Materiał tapicerki łatwy do utrzymania w czystości, odporny na uszkodzenia | TAK |  |
| 6. | Kolor obicia: do uzgodnienia | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 4**

**Lustro korekcyjne – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Konstrukcja metalowa | TAK |  |
| 2. | Wyposażone w kółka z hamulcem | TAK |  |
| 3. | Naniesiona siatka posturograficzna, 10x10 cm | TAK |  |
| 4. | Wymiary: 160cm (wys.) 70 cm -część środkowa 35 cm –skrzydło  | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 5**

**Poręcze do nauki chodzenia – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z profilu i rur stalowych | TAK |  |
| 2. | Poręcze wykonane z drewna | TAK |  |
| 3. | Podest wykonany z blachy antypoślizgowej | TAK |  |
| 4. | Poręcze regulowanej wysokości za pomocą pokręteł  | TAK |  |
| 5. | Poręcze o regulowanej szerokości (rozstaw poręczy) | TAK |  |
| 6. | Długość podestu 300 cm ±10cm | TAK |  |
| 7. | Szerokość podestu 60cm ±10cm | TAK |  |
| 8. | Regulacja wysokości poręczy 60-120 cm  | TAK |  |
| 9. | Regulacja rozstawu poręczy 40-100 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 6**

**Rotor zespolony do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych– szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wymiary: Długość: 71-100 cm,Szerokość: 46-56 cm Wysokość: 117-127 cm  | TAK |  |
| 2. | Możliwość regulacji wysokości w zakresie 20 cm +/- 5 cm | TAK |  |
| 3. | Wykonany ze stali  | TAK |  |
| 4. | Regulacja oporu | TAK |  |
| 5. | Sprzęt wolnostojący | TAK |  |
| 6. | Wyposażony w nasadki antypoślizgowe | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 7**

**Step do ćwiczeń – szt. 4**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Materiał: tworzywo PCV plus guma antypoślizgowa | TAK |  |
| 2. | Wymiary: szerokość 25-35cm , długość 65-75cm  | TAK |  |
| 3. | Wysokość regulowana, min. 10 cm max 15 cm | TAK |  |
| 4. | Obciążenie wagowe co najmniej 110 kg  | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 8**

**Stepper teleskopowy – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wymiary: 85-95 cm ( dł.), 70-90 cm (szer.), 145-165 (wys.)  | TAK |  |
| Ss2. | Obciążenie wagowe co najmniej 110 kg  | TAK |  |
| 3. | System oporu dwa tłoki hydrauliczne | TAK |  |
| 4. | Regulacja obciążenia  | TAK |  |
| 5. | Wyświetlacz: czas, prędkość, wydatek energetyczny, puls, pomiar tętna w fazie odpoczynku z oceną sprawności | TAK |  |
| 6. | System antypoślizgowy | TAK |  |
| 7. | Uchwyty do podparcia rąk | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 9**

**Stół rehabilitacyjny – szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wymiary: 190-210 cm (dł.) 60-80 cm (szer.) | TAK |  |
| 2. | System jezdny | TAK |  |
| 3. | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie 45 -105 cm s | TAK |  |
| 4. | Rama sterująca wysokością , pilot  | TAK |  |
| 5. | 3-segemntowe | TAK |  |
| 6. | Regulacja zagłówka i podnóżka | TAK |  |
| 7. | Otwory w zagłówku oraz części środkowej | TAK |  |
| 8. | Podłokietniki  | TAK |  |
| 9. | Materiał tapicerki łatwy do utrzymania w czystości i odporny na uszkodzenia  | TAK |  |
| 10. | Kolor tapicerki: do uzgodnienia | TAK |  |
| 11. | Obciążenie wagowe co najmniej 150 kg | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 10**

**System podwieszeń Therapy Master – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Konstrukcja sufitowa (aparat podsufitowy) | TAK |  |
| 2. | Dwa trawersy do podwieszeń  | TAK |  |
| 3. | Zestaw montażowy  | TAK |  |
| 4. | Skład zestawu: uchwyty do rąk, podwieszka szeroka, podwieszka wąska, podwieszka dzielona, linka 5 m, linka 60cm, 30 cm, linka elastyczna czarna 60 cm, 30 cm, linka elastyczna czerwona 60 cm, 30 cm, zwalniacz linki, klipsy, wieszak na podwieszki , wałek, poduszka sensomotoryczna | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 1**

**Bryły rehabilitacyjne (Klin rehabilitacyjny – szt. 2)**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. |  Wymiary :70 x 60 x 35 cm. | TAK |  |
| 2. | Wykonane materiału skóropodobnego i poliuretanowej pianki | TAK |  |
| 3. |  Łatwy do utrzymania czystości i dezynfekcji. | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 2**

**Bryły rehabilitacyjne (Wałki terapeutyczne – szt. 10)**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Długość 50 cm, średnica 15 cm | TAK |  |
| 2. | Wypełniony powietrzem | TAK |  |
| 3. | Pompka w zestawie | TAK |  |
| 4. | Wytrzymały elastyczny materiał | TAK |  |
| 5. | Materiał łatwy do utrzymania w czystości | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 3**

**Dyski sensoryczne – szt. 10**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Średnica dysku 30 cm ± 5 cm | TAK |  |
| 2. | Powierzchnia z wypustkami sensorycznymi z jednej ze stron  | TAK |  |
| 3. | Materiał odporny na zużycie oraz łatwy do utrzymania w czystości | TAK |  |
| 4. | Kolor: do uzgodnienia | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 4**

**Zestaw manżetów – 2 zestawy**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Dostępne w trzech kolorach o rożnym stopniu obciążenia: | TAK |  |
| a) Manżety 0,5 kg | TAK |  |
| b) Manżety 1,0 kg | TAK |  |
| c) Manżety 1,5 kg | TAK |  |
| 2. | Zapinane na rzep  | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 5**

**Mata gimnastyczna – szt. 10**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wymiary 1,5 x 100 x 190 cm. | TAK |  |
| 2. | Wykonane z materiału łatwego w utrzymaniu w czystości i antyseptycznego. | TAK |  |
| 3. | Kolor : do uzgodnienia | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 6**

**Piłka gimnastyczna, średnica 26 cm – 5 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Średnica 26 cm | TAK |  |
| 3. | Wykonane z tworzywa PVC. | TAK |  |
| 4. | Obciążenie wagowe co najmniej 150 kg | TAK |  |
| 5. | Łatwe do utrzymania w czystości – możliwość dezynfekcji  | TAK |  |
| 6. | Pompka w zestawie  | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 7**

**Piłka gimnastyczna, średnica 65 cm – 5 cm**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 2. | Średnica 65 cm | TAK |  |
| 3. | Wykonane z tworzywa PVC. | TAK |  |
| 4. | Obciążenie wagowe co najmniej 150 kg  | TAK |  |
| 5. | Łatwe do utrzymania w czystości – możliwość dezynfekcji | TAK |  |
| 6. | Pompka w zestawie  | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 11 POZ. 8**

**Taśma rehabilitacyjna do ćwiczeń – szt. 3**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Rolka długości 45 metrów (dopuszczalna różnica długości rolki ± 5 metrów) | TAK |  |
| 2. | Materiał: czysty lateks | TAK |  |
| 3. | 3 różne opory taśmy odróżniające się od siebie kolorem:1 rolka opór średni1 rolka opór mocny 1 rolka opór extra mocny | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 12**

**Stół pionizacyjny – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Wymiary długość x szerokość: 190-210 x 75-85 cm | TAK |  |
| 2. | Leżysko: 185-205 x 65-75 cm | TAK |  |
| 3. | Wysokość 45-55 cm | TAK |  |
| 4. | Regulacja kąta nachylenia leżyska: do 90 st. | TAK |  |
| 5. | Obciążenie wagowe co najmniej 150 kg | TAK |  |
| 6. | Zasilanie 230V/50 Hz | TAK |  |
| 7. | Siłownik elektryczny sterowany pilotem | TAK |  |
| 8. | Trzy pasy do stabilizacji pacjenta | TAK |  |
| 9. | Kółka jezdne z blokadą | TAK |  |
| 10. | Kolor tapicerki do wyboru | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 14**

**Ssak elektryczny - szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | waga w zakresie 20 – 22 kg  | TAK |  |
| 2. | zasilanie sieciowe  | TAK |  |
| 3. | wydajność: 25 – 38 l/min  | TAK |  |
| 4. | maksymalne podciśnienie: 0 – 90 kPa | TAK |  |
| 5. | ssak na podstawie jezdnej z 4 kółkami, kółka tylnie z blokadą | TAK |  |
| 6. | obudowa ssaka możliwa do dezynfekcji | TAK |  |
| 7.  | bezobsługowa pompa tłokowa lub wbudowana pompa bezolejowa, membranowa pompa próżniowa, której czas nieprzerwanej pracy to co najmniej 30 dni. | TAK |  |
| 8. | niski poziom hałasu: 37 – 39,5 dB | TAK |  |
| 9. | przystosowany do pracy natychmiastowej i ciągłej | TAK |  |
| 10. | regulator podciśnienia | TAK |  |
| 11. | nietłukące, wielorazowe zbiorniki na wydzielinę z możliwością autoklawowania | TAK |  |
| 12. | możliwość stosowania jednorazowych worków na wydzielinę | TAK |  |
| 13. | pojemnik do kateterów montowany na uchwytach do szyny | TAK |  |
| 14. | uchwyt do umieszczenia butelki z solą fizjologiczną umocowany na szynie podstawy jezdnej. | TAK |  |
| 15. | przewód ssący silikonowy o długości do 150cm | TAK |  |
| 16. | manometr odczytu z podświetleniem | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 15**

**Termometr bezdotykowy – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Termometr bezdotykowy na podczerwień Model wyposażony w technologię autokalibracji MicroSecond Flash | TAK |  |
| 2. | Dodatkowy tryb ROOM- mierzenie temperatury pomieszczenia, wyjątkowa czułość przy temperaturze powyżej 38°C | TAK |  |
| 3. | Posiada zewnętrzne przyciski do zmiany ustawień bez potrzeby wchodzenia do menu urządzenia | TAK |  |
| 4. | Szybki pomiar mniej niż 1 sek.  | TAK |  |
| 5. | Przyciski zewnętrzne szybkiej zmiany ustawień- bez potrzeby wchodzenia w tryb menu | TAK |  |
| 6. | Dokonuje pomiaru za pomocą jednego przycisku | TAK |  |
| 7. | Wymiana baterii bez konieczności użycia narzędzi | TAK |  |
| 8. | Trwałość użycia minimum 40 000 pomiarów | TAK |  |
| 9. | Zakres pomiaru: tryb BODY (CIAŁO): 32°C – 42.9°C | TAK |  |
| 10. | Tryb SURFACE TEMP (TEMPERATURA POWIERZCHNI): 0°C - 60°C | TAK |  |
| 11. | Zasilanie: DC3 V (2 baterie AA) | TAK |  |
| 12. | Dokładność +/- 0,3°C (0,54F) | TAK |  |
| 13. | Odległość dla pomiarów 5cm – 8cm | TAK |  |
| 14. | Automatyczne wyłączanie: 5sek | TAK |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 16 POZ. NR 1**

**Stojak do kroplówki – 2 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | wysokość robocza w zakresie 1400 – 2270 mm | TAK |  |
| 2. | wysuwany wieszak chromowany z 4 haczykami na płyny infuzyjne z możliwością ręcznej regulacji wysokości  | TAK |  |
| 3. | podstawa jezdna 5-ramienna lakierowana proszkowo o szerokości 560 - 640 mm, z 5 kółkami antystatycznymi w tym przynamniej 2 z blokadą Dopuszcza się stojak w całości wykonany ze stali kwasoodpornej. | TAK |  |
| 4. | konstrukcja stojaka odporna na uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjne | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 16 POZ. NR 2**

**Parawan na kółkach – 3 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | szerokość × wysokość: 960-1000 × 1200-1660 mm | TAK |  |
| 2. | metalowy szkielet lakierowany proszkowo odporny na uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjneDopuszcza się wykonanie z rur stalowych chromowanych. | TAK |  |
| 3. | podstawa jezdna w wersji z 4 kółkami w tym 2 z blokadąDopuszcza się dwie podstawy jezdne o łącznej ilości 4 kółek w tym 2 z hamulcem. | TAK |  |
| 4. | możliwość spinania kilku segmentów za pomocą zatrzaskówDopuszcza się możliwość łączenia w zestawy za pomocą łączników z pokrętłem. | TAK |  |
| 5. | zasłona z tkaniny bawełnianej w kolorze białym, łatwa do wymiany, dostosowana do stosowania w szpitalach.Dopuszcza się białą zasłonę zmywalną (z możliwością prania). | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 20 POZ. NR 1**

**Echokardiograf z głowicą przezprzełykową szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| **Konstrukcja** |
| 1. | Wysokiej klasy, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem. Aparat fabrycznie nowy. | Tak |  |
| 2. | Przetwornik cyfrowy Min. 12 bit | Tak |  |
| 3. | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania Min. 80 000 | Tak |  |
| 4. | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych Min. 3 | Tak |  |
| 5. | Dynamika systemu. Min. 230 dB. | Tak |  |
| 6. | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu. Przekątna minimum 17” | Tak |  |
| 7. | Pulpit sterowniczy z regulacją wysokości położenia | Tak |  |
| 8. | Ekran dotykowy min. 10” z przyciskami funkcyjnymi oraz możliwością programowania położenia poszczególnych funkcji  | Tak |  |
| 9. | Zakres częstotliwości pracy USG Min. 2 – 18 MHz  | Tak |  |
| 10. | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) Min. 16 000 klatek | Tak |  |
| 11. | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | Tak |  |
| 12. | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode Min. 50 sek. | Tak |  |
| 13. | Głębokość penetracji od czoła głowicy Min. 0,5 - 30 cm | Tak |  |
| 14. | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika Minimum 40 | Tak |  |
| **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |
| 15. | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.·   B,·   B + B·   4 B·   M·   B + M·   D·   B + D·   B + D + M·   B + C (Color Doppler)·   B + PD (Power Doppler)·   4 B (Color Doppler)·   4 B (Power Doppler)·   B + Color + M | Tak |  |
| 16. | FRAME RATE dla trybu B Min. 850 obrazów/s | Tak |  |
| 17. | FRAME RATE dla trybu B + kolor Min. 280 obrazów/s | Tak |  |
| 18. | Zaawansowane obrazowanie harmoniczne. Minimum dwie różne techniki obrazowania harmonicznego. | Tak |  |
| 19. | Minimum 6 pasm obrazowania harmonicznego | Tak |  |
| 20. | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD) , HPRF PWD ze wszystkich głowic. | Tak |  |
| 21. | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego Min.0,5 do 30 kHz | Tak |  |
| 22. | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) Min.: +/- 7,5 m/s | Tak |  |
| 23. | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) ze wszystkich głowic. | Tak |  |
| 24. | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego Min.1,5 do 40 kHz | Tak |  |
| 25. | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) Min.: +/- 3,9 m/s | Tak |  |
| 26. | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy ze wszystkich głowic. | Tak |  |
| 27. | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) | Tak |  |
| 28. | Zakres prędkości Dopplera Ciągłego (CWD) (przy zerowym kącie bramki) Min.: +/- 15 m/s | Tak |  |
| 29. | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego Min.1,5 do 40 kHz | Tak |  |
| 30. | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | Tak |  |
| 31. | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop Min. 2 niezależne kursory  | Tak |  |
| 32. | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) na wszystkich głowicach. | Tak |  |
| 33. | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | Tak |  |
| 34. | Obrazowanie wyostrzające kontury i redukujące artefakty szumowe dostępne na wszystkich oferowanych głowicach | Tak |  |
| 35. | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | Tak |  |
| 36. | Obrazowanie typu Compound Imaging lub równoważne | Tak |  |
| 37. | Automatyczna optymalizacja obrazu B za pomocą jednego przycisku | Tak |  |
| 38. | Zakres bramki dopplerowskiej: Min. od 0,5 mm do 20 mm | Tak |  |
| 39. | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej Min. +/- 15 stopni | Tak |  |
| 40. | Korekcja kąta bramki dopplerowskiej Max. +/- 80 stopni | Tak |  |
| 41. | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej w zakresie +/- 80 stopni za pomocą jednego przycisku | Tak |  |
| 42. | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | Tak |  |
| 43. | Moduł Stress Echo + moduł EKG | Tak |  |
| **Archiwizacja** |
| 44. | Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym (min. 200 GB) i bazą pacjentów - opisać | Tak |  |
| 45. | Oprogramowanie do przesyłania obrazów i danych zgodnych z standardem DICOM 3 (Dicom Storage, Dicom Print, Worklist) | Tak |  |
| 46. | Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIF oraz pętli obrazowych (AVI, MPEG-4) w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrvie oraz płytach CD-R/RW | Tak |  |
| 47. | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze.  | Tak |  |
| 48. | Videoprinter czarno-biały.  | Tak |  |
| 49. | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | Tak |  |
| 50. | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | Tak |  |
| **Funkcje użytkowe** |
| 51. | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym Min. x18 | Tak |  |
| 52. | Powiększenie obrazu po zamrożeniu Min. x18 | Tak |  |
| 53. | Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie Minimum 10 | Tak |  |
| 54. | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięci linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | Tak |  |
| 55. | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | Tak |  |
| 56. | Pełne oprogramowanie do badań kardiologicznych | Tak |  |
| * 557.
 | **Głowice ultradźwiękowe –** (matrycowe lub klasyczne zapewniające ogniskowanie wiązki w dwóch płaszczyznach) | Tak |  |
| 58. | Głowica elektroniczna, kardiologiczna Phased Arrayszerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ i producenta | Tak |  |
| 59. | Zakres częstotliwości pracy Min 1,0 – 5,0 MHz. | Tak |  |
| 60. | Liczba elementów Min. 64 | Tak |  |
| 61. | Kąt obrazowania Min. 90 stopni | Tak |  |
| 62. | Obrazowanie harmoniczne Min. 6 pasm częstotliwości  | Tak |  |
| 63. | Głowica kardiologiczna Phased Array przezprzełykowa szerokopasmowa | Tak |  |
| 64. | Zakres częstotliwości pracy min 3,0-8,0 MHz | Tak |  |
| 65. | Liczba elementów min. 120 | Tak |  |
| 66. | Kąt obrazowania Min.90 stopni | Tak |  |
| **Możliwość rozbudowy** |
| 67. | Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie kinetyczne umożliwiające automatyczny obrys wsierdzia i obliczanie frakcji wyrzutowej | Tak |  |
| 68. | Gwarancja obejmująca cały system (aparat, głowice, printer) – min. 24 miesiące |  |  |
| 69. | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (załączyc dokumenty) | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 20 POZ. NR 2**

**Echokardiograf szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| **Konstrukcja** |
| 1. | Wysokiej klasy, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem. Aparat fabrycznie nowy. | Tak |  |
| 2. | Przetwornik cyfrowy Min. 12 bit | Tak |  |
| 3. | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania Min. 80 000 | Tak |  |
| 4. | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych Min. 3 | Tak |  |
| 5. | Dynamika systemu. Min. 230 dB. | Tak |  |
| 6. | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu. Przekątna minimum 17” | Tak |  |
| 7. | Pulpit sterowniczy z regulacją wysokości położenia | Tak |  |
| 8. | Ekran dotykowy min. 10” z przyciskami funkcyjnymi oraz możliwością programowania położenia poszczególnych funkcji  | Tak |  |
| 9. | Zakres częstotliwości pracy USG Min. 2 – 18 MHz | Tak |  |
| 10. | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) Min. 16 000 klatek | Tak |  |
| 11. | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | Tak |  |
| 12. | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode Min. 50 sek. | Tak |  |
| 13. | Głębokość penetracji od czoła głowicy Min. 0,5 - 30 cm | Tak |  |
| 14. | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika Minimum 40 | Tak |  |
| **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |
| 15. | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.• B,• B + B• 4 B• M• B + M• D• B + D• B + D + M• B + C (Color Doppler)• B + PD (Power Doppler)• 4 B (Color Doppler)• 4 B (Power Doppler)• B + Color + M | Tak |  |
| 16. | FRAME RATE dla trybu B Min. 850 obrazów/s | Tak |  |
| 17. | FRAME RATE dla trybu B + kolor Min. 280 obrazów/s | Tak |  |
| 18. | Zaawansowane obrazowanie harmoniczne. Minimum dwie różne techniki obrazowania harmonicznego. | Tak |  |
| 19. | Minimum 6 pasm obrazowania harmonicznego | Tak |  |
| 20. | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD) , HPRF PWD ze wszystkich głowic. | Tak |  |
| 21. | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego Min.0,5 do 30 kHz | Tak |  |
| 22. | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) Min.: +/- 7,5 m/s | Tak |  |
| 23. | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) ze wszystkich głowic. | Tak |  |
| 24. | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego Min.1,5 do 40 kHz | Tak |  |
| 25. | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) Min.: +/- 3,9 m/s | Tak |  |
| 26. | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy ze wszystkich głowic. | Tak |  |
| 27. | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) | Tak |  |
| 28. | Zakres prędkości Dopplera Ciągłego (CWD) (przy zerowym kącie bramki) Min.: +/- 15 m/s | Tak |  |
| 29. | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego Min.1,5 do 40 kHz | Tak |  |
| 30. | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | Tak |  |
| 31. | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop Min. 2 niezależne kursory | Tak |  |
| 32. | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) na wszystkich głowicach. | Tak |  |
| 33. | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | Tak |  |
| 34. | Obrazowanie wyostrzające kontury i redukujące artefakty szumowe dostępne na wszystkich oferowanych głowicach | Tak |  |
| 35. | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | Tak |  |
| 36. | Obrazowanie typu Compound Imaging lub równoważne | Tak |  |
| 37. | Automatyczna optymalizacja obrazu B za pomocą jednego przycisku | Tak |  |
| 38. | Zakres bramki dopplerowskiej: Min. od 0,5 mm do 20 mm | Tak |  |
| 39. | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej Min. +/- 15 stopni |  |  |
| 40. | Korekcja kąta bramki dopplerowskiej Max. +/- 80 stopni | Tak |  |
| 41. | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej w zakresie +/- 80 stopni za pomocą jednego przycisku | Tak |  |
| 42. | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | Tak |  |
| **Archiwizacja**  |
|  43. | Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym (min. 200 GB) i bazą pacjentów.- opisać | Tak |  |
| 44. | Oprogramowanie do przesyłania obrazów i danych zgodnych z standardem DICOM 3 (Dicom Storage, Dicom Print, Worklist) | Tak |  |
| 45. | Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIF oraz pętli obrazowych (AVI, MPEG-4) w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrvie oraz płytach CD-R/RW | Tak |  |
| 46. | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze.  | Tak |  |
| 47. | Videoprinter czarno-biały.  | Tak |  |
| 48. | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | Tak |  |
| 49. | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | Tak |  |
| **Funkcje użytkowe** |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym Min. x18 | Tak |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu Min. x18 | Tak |  |
|  | Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie Minimum 10 | Tak |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięci linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | Tak |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | Tak |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań kardiologicznych | Tak |  |
|  | **Głowice ultradźwiękowe –** (matrycowe lub klasyczne zapewniające ogniskowanie wiązki w dwóch płaszczyznach) | Tak |  |
|  | **Głowica elektroniczna,** kardiologiczna Phased Arrayszerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ i producenta | Tak |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy Min 1,0 – 5,0 MHz. | Tak |  |
|  | Liczba elementów Min. 64 | Tak |  |
|  | Kąt obrazowania Min. 90 stopni | Tak |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 6 pasm częstotliwości  | Tak |  |
| **Możliwość rozbudowy**  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o obrazowanie kinetyczne umożliwiające automatyczny obrys wsierdzia i obliczanie frakcji wyrzutowej | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o wbudowany w aparat moduł Stress Echo + moduł EKG | Tak |  |
|  | Gwarancja obejmująca cały system (aparat, głowice, printer) – min. 24 miesiące | Tak |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (załączyc dokumenty) | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 13**

**Zestaw narzędzi chirurgicznych – 1 zestaw**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. | PINCETA CHIR. 16CM 1X2Z. | Tak |  |
| 2. | TRZONEK DO OSTRZY NR 4L | Tak |  |
| 3. | KLESZCZYKI PEAN PR.16CM | Tak |  |
| 4. | KLESZCZYKI PEAN WYG.16CM | Tak |  |
| 5. | NOŻYCZKI CHIR. O/O PR. 18,5CM. | Tak  |  |
| 6. | NOŻYCZKI CHIR.O/O WYG.18,5CM. | Tak |  |
| 7. | IMADŁO MAYO HEGAR 18CM | Tak |  |
| 8. | DISEKTOR GEMINI 16CM. | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 17**

**Spirometr – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. | Nie wymaga kalibracji – pompy kalibracyjnej (kalibracja automatyczna) | Tak |  |
| 2. | Skala A- F automatyczna ocena powtarzalności badań przez pacjenta  | Tak |  |
| 3. | Nie wymaga stacji pogodowej – nie jest wrażliwy na zmianę otoczenia, temperatury i wilgotności | Tak |  |
| 4. | Przeznaczony dla osób dorosłych i dzieci | Tak |  |
| 5. | Oprogramowanie do komputera PC  | Tak  |  |
| 6. | Wymienne ustniki i spirety | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 18**

**Oftalmoskop – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. | światło ksenonowe 2,5V, zapewniające optymalną moc świecenia | Tak |  |
| 2. | precyzyjna asferyczna optyka, | Tak |  |
| 3. | system optyczny z 18 soczewkami regulowanymi w zakresie od -20 do +20 dioptri | Tak |  |
| 4. | bardzo duże pole badań dna oka | Tak |  |
| 5. | płynna regulacja natężenia światła | Tak  |  |
| 6. | natężenie światła: 7000lx, | Tak |  |
| 7. | metalowa rękojeść bateryjna typu C | Tak |  |
| 8. | baterie: 2 x typ R14 (w zestawie), | Tak |  |
| 9. | zasilanie rękojeścią EUROLIGHT C10, | Tak |  |
| 10. | etui  | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 21**

**System rehabilitacji kardiologicznej 8-stanowiskowy – 1 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE,** **w tym nazwa-model/typ, numer katalogowy urządzenia** *[– jeśli dotyczy i możliwe jest podanie]* **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| **Skład systemu** |
| 1. | Zestaw komputerowy z oprogramowaniem do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznejdla 1-16 stanowisk – 1 kpl | TAK |  |
| 2. | Monitor LCD – 2 szt. | TAK |  |
| 3. | Drukarka laserowa – 1 szt. | TAK |  |
| 4. | Rower rehabilitacyjny z wbudowanym miernikiem automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi – 8 szt. | TAK |  |
| 5. | Bezprzewodowe moduły EKG – 8 szt. | TAK |  |
| 6. | Zbiorcza ładowarka do bezprzewodowych modułów EKG – 1 szt. | TAK |  |
| 7. | Urządzenie do bezpiecznego zasilania systemów medycznych z jednofazowej sieci elektrycznej – 1 szt. | TAK |  |
| 8. | Biurko komputerowe – 1 szt. | TAK |  |
|  |
| 9. | Bezprzewodowa komunikacja z systemem nadzorującym i sterowanie rowerami rehabilitacyjnymi | TAK |  |
| 10. | Bezprzewodowa transmisja sygnału EKG z pacjenta do systemu nadzorującego | TAK |  |
| 11. | Automatyczne kojarzenie bezprzewodowego modułu EKG z dowolnym rowerem rehabilitacyjnym w ramach oferowanego systemu | TAK |  |
| 12. | Możliwość niezależnego programowania parametrów treningowych dla każdego pacjenta w sposób graficzny i ręczny | TAK |  |
| 13. | Programowanie treningów: interwałowych, ze stabilizacją akcji serca, z programowym narastaniem i obniżaniem obciążenia, ustalanie punktów pomiaru ciśnienia krwi oraz kombinacje powyższych | TAK |  |
| 14. | Możliwość automatycznego tworzenia treningów z wykorzystaniem szablonów wraz z możliwością ich późniejszej modyfikacji | TAK |  |
| 15. | Możliwość tworzenia własnych szablonów treningu | TAK |  |
| 16. | Możliwość edycji treningu w czasie jego trwania | TAK |  |
| 17. | Monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG wraz z pełną archiwizacją zapisu EKG – przed rozpoczęciem treningu, w trakcie treningu i po jego zakończeniu aż do momentu przerwania zapisu przez personel medyczny | TAK |  |
| 18. | Monitorowanie częstości akcji serca w zakresie min. 20 – 200 ud./min. | TAK |  |
| 19. | Prezentacja na ekranie dwóch nałożonych na siebie zespołów PQRST – z fazy spoczynkowej i aktualnie wyliczanego podczas treningu | TAK |  |
| 20. | Automatyczna detekcja i klasyfikacja podstawowych rodzajów arytmii zapamiętywanych w postaci zdarzeń EKG | TAK |  |
| 21. | Możliwość ręcznego dodawania zdarzeń EKG w trakcie trwania treningu i po jego zakończeniu | TAK |  |
| 22. | Możliwość podglądu zarejestrowanego EKG w trakcie trwania treningu, podglądu zdarzeń wraz z możliwością ich wydruku z poziomu treningu | TAK |  |
| 23. | Możliwość podglądu wcześniejszych treningów wykonanych przez pacjenta z poziomu treningu | TAK |  |
| 24. | Indywidualne przydzielanie limitów mocy i tętna dla każdego pacjenta | TAK |  |
| 25. | Monitorowanie alarmu przekroczenia zadanego limitu tętna | TAK |  |
| 26. | Wyświetlanie planowanej wartości mocy dla roweru i rzeczywistej wartości uzyskiwanej przez pacjenta | TAK |  |
| 27. | Możliwość rozpoczęcia treningu przez personel medyczny lub pacjenta | TAK |  |
| 28. | Archiwizowane dane pacjenta, min.: imię i nazwisko, adres zamieszkania, wzrost, waga, wiek, przyjmowane leki | TAK |  |
| 29. | Archiwizacja badań dla każdego pacjenta, min.: dane pacjenta, pełny zapis co najmniej 2 odprowadzeń EKG, trend częstości akcji serca, trend obciążenia mocy dla roweru, trend ciśnienia tętniczego krwi, zapis znaczników arytmii na zapisanym przebiegu EKG, wartość pracy wykonanej w czasie treningu | TAK |  |
| 30. | Ocena treningu wg skali Borga | TAK |  |
| 31. | Wzmacniacz sygnału EKG 2-kanałowy, różnicowy, zabezpieczony przed defibrylacją, filtr izolinii oraz filtr zakłóceń sieciowych 50 Hz | TAK |  |
| 32. | Bezprzewodowa współpraca z wielostanowiskowym systemem rehabilitacji kardiologicznej | TAK |  |
| 33. | Cykloergometr wyposażony w miernik automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi | TAK |  |
| 34. | Automatyczne (programowalne) lub ręczne zadawanie obciążenia | TAK |  |
| 35. | Moc cykloergometru w zakresie min. 10 – 950 W | TAK |  |
| 36. | Elektromagnetyczny system hamowania | TAK |  |
| 37. | Zakres obrotów w zakresie min. 30 – 160 obr./min. | TAK |  |
| 38. | Obciążenie pacjenta niezależne od prędkości pedałowania w zakresie min. 30 – 160 obr./min. | TAK |  |
| 39. | Masa roweru do 60 kg | TAK |  |
| 40. | Pionowa regulacja siodełka | TAK |  |
| 41. | Pulpit sterujący z wyświetlaczem graficznym LCD | TAK |  |
| 42. | Sygnalizacja graficzna komunikatów dla pacjenta: przyspiesz (za małe obroty), zwolnij (za duże obroty), właściwe obroty | TAK |  |
| 43. | Dopuszczalna masa pacjenta do 150 kg | TAK |  |
| 44. | Automatyczna kalibracja systemu pomiarowego | TAK |  |
| 45. | Zasilanie 230 V, 50 Hz | TAK |  |
| 46. | Program i instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 22 POZ. NR 1**

**Holter ciśnienia krwi – szt. 3**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| **System do monitorowania ciśnienia krwi** |
| 1. | Metoda pomiaru oscylometryczna | Tak |  |
| 2. | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | Tak |  |
| 3. | Możliwość ustawienia czasu ciągłego zapisu: 24, 27, 48 oraz 51 godz. | Tak |  |
| 4. | Możliwość podziału okresu badań na podokresy i ich programowanie | Tak  |  |
| 5. | Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów (z dokładnością do 1 min). | Tak |  |
| 6. | Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jaki dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu | Tak |  |
| 7. | Tryby pracy administratora i użytkowników systemu | Tak |  |
| 8. | Zabezpieczenie dostępu do oprogramowania hasłem | Tak |  |
|  | Menu i raporty w języku polskim | Tak |  |
|  | Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów | Tak |  |
|  | Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Oprogramowanie stanowi jeden z modułów platformy medycznej (wspólna baza danych w jednej aplikacji komputerowej, bez dodatkowych programów integrujących), w której zbierane są dane medyczne z modułów komputerowego EKG, holtera EKG, holtera ABPM, próby wysiłkowej, komputerowej spirometrii oraz ergospirometrii. | Tak |  |
| **Rejestratory ABPM** |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny USB (światłowód o szybkości transmisji min. 115200bit/s) | Tak |  |
|  | Pomiar na żądanie | Tak |  |
|  | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | Tak |  |
|  | Przycisk informacji o pobraniu leku | Tak |  |
|  | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | Tak |  |
|  | Różne średnice rękawów min. 3 rodzaje (mały, standardowy, duży) | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | Tak |  |
|  | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania | Tak |  |
|  | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak |  |
|  | Waga bez akumulatorów max. 190g | Tak |  |
|  | Maksymalne rozmiary rejestratora: 98 x 69 x 29 mm | Tak |  |
|  | W zestawie z rejestratorem futerał z paskiem, mankiet standardowy, osiem akumulatorów, ładowarka akumulatorów, walizka | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 22 POZ. NR 2**

**Oprogramowanie holtera EKG– szt. 2**

Wykonawca/Producent ................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE,** **w tym nazwa-model/typ, numer katalogowy urządzenia** *[– jeśli dotyczy* *i możliwe jest podanie]* **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
|  | Współpraca z rejestratorami 7-kanałowymi, 12-kanałowymii 3 kanałowymi | Tak |  |
|  | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń. | Tak |  |
|  | Narzędzie graficzne do ręcznego rozdzielenia morfologii | Tak |  |
|  | Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:- Analiza HRV wraz z trendami HRV- Analiza obniżenia i nachylenia odcinka ST- Analiza QT i QTc- Analiza PQ- Analiza fizycznej aktywności fizycznej pacjenta- Analiza Poincare- Detekcja i zaawansowana analiza kardiostymulatorów | Tak |  |
|  | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg i stronicowym | Tak  |  |
|  | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżącona monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta. | Tak |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD i bezprzewodowa | Tak |  |
|  | Menu programu i raporty w języku polskim | Tak |  |
|  | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania | Tak |  |
|  | Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych | Tak |  |
|  | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany szaty graficznej w programie | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany ilości, rozmiaru i położenia wyświetlanych okien w programie | Tak |  |
|  | Tabela arytmii uporządkowana względem ważności.  | Tak |  |
|  | Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów. | Tak |  |
|  | Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami. Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami. | Tak |  |
|  | Trendy oraz podział czasowy rytmu podstawowego i wzorów arytmii. | Tak |  |
|  | Analiza fizycznej aktywności pacjenta przy pomocy czujnika w rejestratorze | Tak |  |
|  | Analiza czasowa statystyk aktywności pacjenta w podziale godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność  | Tak |  |
|  | Trend aktywności pacjenta | Tak |  |
|  | Podgląd wartości granicznych PQ. | Tak |  |
|  | Analiza czasowa wartości PQ w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta. | Tak |  |
|  | Podział czasu na zdarzenia PQ i alarmy. | Tak |  |
|  | Obrazowanie zespołów QRS w formie Relief i Waterfall | Tak |  |
|  | Obrazowanie Poincare w analizie HRV | Tak |  |
|  | Detekcja impulsów stymulatora. Rozróżnienie pomiędzy stymulację przedsionkową, komorową, dwujamową, pobudzeń zsumowanych i rzekomo zsumowanych. | Tak |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy impulsów stymulatora do najbliższego pobudzenia. Badanie ilości impulsów przedsionkowychi komorowych. Badanie czasu aktywacji komór po impulsie. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranymi odstępami i-R  | Tak |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniem a impulsem stymulatora. Badanie bazowego rytmu stymulatora. Możliwość przeglądu pobudzeń w wybranymi odstępami R-i. | Tak |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy impulsami stymulatora. | Tak |  |
|  | Czas trwania zdarzeń PCM oraz alarmów w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność.  | Tak |  |
|  | Trendy oraz podział czasu na zdarzenia PCM oraz alarmy. | Tak |  |
|  | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniami w analizie HRV | Tak |  |
|  | Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | Tak |  |
|  | Trendy wartości HRV | Tak |  |
|  | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych ST | Tak |  |
|  | Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG. | Tak |  |
|  | Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | Tak |  |
|  | Wykres oraz podział czasu na podstawowe wartości badania/zdarzenia. | Tak |  |
|  | Analiza czasowa wartości nachylenia STw podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | Tak |  |
|  | Trendy i podział czasu nachylenia ST. | Tak |  |
|  | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych QT. | Tak |  |
|  | Interaktywny histogram odstępów QT. | Tak |  |
|  | Interaktywny histogram skorygowanych odstępów QTc. | Tak |  |
|  | Analiza czasowa wartości QT/QTc w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/aktywność pacjenta. | Tak |  |
|  | Wykres wartości/zdarzeń QT/QTc. | Tak |  |
|  | Oprogramowanie stanowi jeden z modułów platformy medycznej (wspólna baza danych w jednej aplikacji komputerowej, bez dodatkowych programów integrujących), w której zbierane są dane medyczne z modułów komputerowego EKG, holtera EKG, holtera ABPM, próby wysiłkowej, komputerowej spirometrii oraz ergospirometrii. | Tak |  |
| **Zestaw komputerowy** |
|  | Minimalne parametry komputera: Procesor min. I3, Pamięć RAM: 8GB, Dysk HDD: 500GB, Nagrywarka DVD, Czytnik kart SD, System operacyjny Windows 7 lub wyższy | Tak |  |
|  | Monitor co najmniej 21" | Tak |  |
|  | Drukarka laserowa czarno-biała | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 22 POZ. NR 3**

**Holter EKG rejestrator 3 kanałowy – szt. 3**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
|  | Rejestrator 3-kanałowy | Tak |  |
|  | Zapis danych w trybie 3-kanałowym z 5 odprowadzeń. | Tak |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | Tak |  |
|  | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | Tak |  |
|  | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | Tak  |  |
|  | Częstotliwość próbkowania min. 2000 Hz przy rozdzielczości zapisu min. 24 bity. | Tak |  |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 40000 Hz | Tak |  |
|  | Czas ciągłego zapisu min. do 2 dni | Tak |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD | Tak |  |
|  | Detekcja pracy stymulatora  | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze z podglądem sygnału EKG | Tak |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD | Tak |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon) | Tak |  |
|  | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak |  |
|  | Waga rejestratora z bateriami max. 138 g | Tak |  |
|  | Maksymalne rozmiary rejestratora: 102 x 62 x 24 mm  | Tak |  |
|  | W zestawie z rejestratorem instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał z trzema paskami dla pacjenta | Tak |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis aparatów w Polsce | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 22 POZ. NR 4**

**Holter EKG rejestrator 12 kanałowy – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
|  | Rejestrator 12-,7- i 3-kanałowy | Tak |  |
|  | Zapis danych w trybie 12-kanałowym z 10 odprowadzeń. | Tak |  |
|  | Zapis danych w trybie 7- i 3-kanałowym z 5 odprowadzeń. | Tak |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | Tak |  |
|  | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | Tak  |  |
|  | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | Tak |  |
|  | Częstotliwość próbkowania min. 2000Hz przy rozdzielczości zapisu min. 24 bity. | Tak |  |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100uS przy próbkowaniu min. 40000Hz | Tak |  |
|  | Czas ciągłego zapisu min. do 7 dni | Tak |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD | Tak |  |
|  | Detekcja pracy stymulatora | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze z podglądem sygnału EKG | Tak |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD i bezprzewodowa | Tak |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon) | Tak |  |
|  | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | Tak |  |
|  | Waga rejestratora z bateriami max. 138g | Tak |  |
|  | Maksymalne rozmiary rejestratora: 102 x 62 x 24 mm  | Tak |  |
|  | W zestawie z rejestratorem instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał z trzema paskami dla pacjenta | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 22 POZ. NR 5**

**Stacja robocza Holtera EKG, RR i Testów Wysiłkowych – szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
|  | Procesor: Intel min. I3 | Tak |  |
|  | RAM: min. 8 GB | Tak |  |
|  | Dysk twardy: min. 500 GB | Tak |  |
|  | Monitor TFT 22” (min. 1920 x 1080 pixeli) | Tak |  |
|  | Drukarka laserowa | Tak  |  |
|  | System operacyjny Windows 7 lub 8 lub 10 | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 22 POZ. NR 6**

**Bieżnia do prób wysiłkowych– szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
|  | Sterowanie prędkością bieżni z krokiem 0,1km/h | Tak |  |
|  | Zakres prędkości 0-20 km/h | Tak |  |
|  | Zakres nachylenia 0-25% z krokiem 0,5% | Tak |  |
|  | Ruchomy pas o wymiarach min. 50 x 150 cm | Tak |  |
|  | Wymiary bieżni: max. 80 x 205 cm | Tak  |  |
|  | Waga bieżni max. 163 kg | Tak |  |
|  | Start bieżni od prędkości równej zero | Tak |  |
|  | Wytrzymałe i wygodne poręcze (również po bokach) | Tak |  |
|  | Ciężar pacjenta do 200 kg | Tak |  |
|  | Dwa przyciski STOP awaryjnego zatrzymywania | Tak |  |
|  | Niewielka odległość ruchomego pasa bieżni od podłoża max. 17 cm | Tak |  |
|  | Bezgłośna praca | Tak |  |
|  | Amortyzacja drgań i wstrząsów | Tak |  |
|  | Możliwość połączenia z systemami kontroli wysiłku przez interfejs RS-232 | Tak |  |
|  | Zgodność z mechanicznymi i elektrycznymi normami bezpieczeństwa | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 22 POZ. NR 7**

**System do prób wysiłkowych oprogramowaniep – szt. 2**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. | Oprogramowanie wchodzące w skład kardiologicznej platformy do obsługi systemu holterowskiego EKG, spirometrii, spoczynkowego EKG, ergospirometrii CPET oraz holtera ABPM | Tak |  |
|  | Ta sama baza pacjentów dla systemu próby wysiłkowej, holtera EKG, spirometrii, spoczynkowego EKG, ergospirometrii CPET, holtera ABPM | Tak |  |
|  | Możliwość wpisania m.in. imienia, nazwiska, płci, daty urodzenia, rasy pacjenta  | Tak |  |
|  | Automatyczny backup bazy danych na różnych nośnikach tj. CD, DVD, dyski zewnętrzne HDD | Tak |  |
|  | 12-kanałowy ciągły zapis z pełną kontrolą parametrów badania | Tak  |  |
|  | Wyświetlanie nazwy protokołu, fazy próby, czasu trwania badania i poszczególnych faz | Tak |  |
|  | Wyświetlanie procentowego wykonania limitów tętna z wartością docelową  | Tak |  |
|  | Podgląd zapisu EKG wraz z wyświetleniem pomiarów odcinków ST w układzie: 1 x 6 , 2 x 6 oraz 1 x 12-kanałowym | Tak |  |
|  | W zestawie klasyczny przenośny aparat EKG (jako interfejs do próby wysiłkowej) | Tak |  |
|  | Możliwość wykonywania bezpośrednich wydruków spoczynkowego EKG na papierze termicznym o szerokości 58 mm | Tak |  |
|  | Wyświetlanie bieżącej częstotliwości rytmu serca, obciążenia, wartości ST i arytmii | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany układu okien i interfejsu użytkownika | Tak |  |
|  | Ustawienie metody pomiaru odcinka ST przed rozpoczęciem próby  | Tak |  |
|  | Możliwość wyłączenia z podglądu niektórych kanałów EKG w przypadku artefaktów | Tak |  |
|  | Możliwość ręcznej zmiany punktów pomiarowych punktu J oraz J+ podczs próby wysiłkowej | Tak |  |
|  | Automatyczne wykrywanie arytmii i ich analiza | Tak |  |
|  | Możliwość zatrzymania i retrospektywnego podglądu zapisu EKG w czasie trwania badania | Tak |  |
|  | Pomiary ręczne odcinków na wstędze EKG podczas trwania próby | Tak |  |
|  | Moduł pomiaru QT do analizy tzw. "syndromu długiego QT" i ryzyka nagłej śmierci | Tak |  |
|  | Analiza ryzyka choroby wieńcowej i śmierci pacjenta | Tak |  |
|  | Wyliczenie maksymalnego obciążenia dla poszczególnego pacjenta |  |  |
|  | Wyliczenie maksymalnego HR z uwzględnieniem metody dla dorosłych i dzieci |  |  |
|  | Wykrywanie nieprawidłowego procesu odpoczywania po próbie przy wykorzystaniu indeksu ST/HR |  |  |
|  | Wykres map ST w postaci poziomego i pionowego rzutu serca |  |  |
|  | Możliwość dodania znaczników i komentarzy na zapisie EKG podczas próby wysiłkowej |  |  |
|  | Porównanie odcinków ST dla fazy spoczynkowej i podczas wysiłku |  |  |
|  | Porównanie załamków QRS w fazie spoczynkowej i podczas wysiłku |  |  |
|  | Alarmy przekroczenia tętna oraz obniżenia i uniesienia odcinka ST |  |  |
|  | Możliwość podłączenia cykloergometru z automatycznym pomiarem ciśnienia |  |  |
|  | Współpraca z bieżniami i ergometrami rożnych producentów |  |  |
|  | Wyświetlanie wartości obrotów pedałów na minutę RPM dla badania z cykloergometrem |  |  |
|  | Możliwość automatycznego pomiaru BP dla bieżni i cykloergometru |  |  |
|  | Możliwość zmiany prędkości i nachylenia bieżni oraz obciążenia cykloergometru podczas próby |  |  |
|  | Możliwość edycji i tworzenia nowych protokołów |  |  |
|  | Tworzenie profili dla grup pacjentów np. dzieci, sportowców, osób po zawale |  |  |
|  | Możliwość zmiany protokołu na RAMP podczas próby |  |  |
|  | Możliwość tworzenia opisu badania podczas trwania fazy odpoczynku z podglądem EKG |  |  |
|  | Możliwość wydruku wstęgi EKG w trakcie przeprowadzania próby |  |  |
|  | Możliwość automatycznego wydruku wstęgi EKG po zakończeniu każdej fazy badania |  |  |
|  | Wydruk raportu w poziomie w celu dłuższych wydruków wstęg EKG |  |  |
|  | Konfigurowanie raportu końcowego |  |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 24 POZ. NR 1**

**Koc – 50 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Akrylowy | TAK |  |
| 2. | Możliwość prania w temp. 60 st.C | TAK |  |
| 3. | Rozmiar: 155 cm x 200 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 24 POZ. NR 2**

**Poduszka – 30 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Poliestrowa | TAK |  |
| 2. | Możliwość prania w temp. 60 st.C | TAK |  |
| 3. | Rozmiar: 70cm x 80 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 24 POZ. NR 3**

**Poszewka – 50 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Bawełniana | TAK |  |
| 2. | Możliwość prania w temp. 90 st.C | TAK |  |
| 3. | Rozmiar: 70 cm x 80 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 24 POZ. NR 4**

**Poszwa – 50 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Bawełniana | TAK |  |
| 2. | Możliwość prania w temp. 90 st.C | TAK |  |
| 3. | Rozmiar: 160 cm x 220 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 24 POZ. NR 5**

**Prześcieradło – 50 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Bawełniane z gumką | TAK |  |
| 2. | Możliwość prania w temp. 90 st.C | TAK |  |
| 3. | Rozmiar: 160 cm x 220 cm | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 25 POZ. 1**

**Czytniki laserowy kodów kreskowych – 2 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Technologia odczytu danych:Skaner retrokolektywny. Źródło światła: dioda z widocznym laserem 650 nm | Tak |  |
| 2. | Zasilanie: bateria litowo - jonowa 2200 mAh  | Tak |  |
| 3. | Interfejs komunikacyjny: RS232, USB | Tak |  |
| 4. | Komunikacja bezprzewodowa: Bluetooth -Class 2, Ver. 1.2, Serial port i HID Profiles, 2.402 to 2.480 GHz, częst.: 720 kbps | Tak |  |
| 5. | Zasięg bluetooth: do 90 m | Tak |  |
| 6. | Prędkość skanowania: 36 odczytów na sekundę | Tak |  |
| 7. | Zasięg odczytu: 2,5 cm do 61 cm | Tak |  |
| 8. | Temperatura pracy: - 20 do 50 st. C  | Tak |  |
| 9. | Odporność na upadki: urządzenie działa normalnie po wielokrotnych upadkach na beton z wysokości 2m. Uszczelniony według specyfikacji IP65  | Tak |  |
| 10. | Odczytywane formaty kodów: OUPC.EAN, UPC.EAN, UCC.EAN 128, JAN 8 & 13, Code 39, Code 39 Full ASCII, Code 39 Trioptic, Code 128, Code 128 Full ASCII, Codebar (NW7), lnterleaved 2 of 5, Discrete 2 of 5, Code 93, MSI, Code 11, Code 32, Bookland EAN, IATA, UCC/EAN RSS i RSS | Tak |  |
| 11. | Wyposażenie dodatkowe:1) kabel USB 2) zasilacz 3) kabel zasilający4) Nadajnik z funkcją ładowania | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 26**

**Lodówka – 3 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Podblatowa lodówka | TAK |  |
| 2. | Przeznaczona do zabudowy meblowej | TAK |  |
| 3. | Szerokość od 47 cm od 60 cm  | TAK |  |
| 4. | Głębokość od 50 cm do 60 cm  | TAK |  |
| 5. | Wysokość nie więcej niż 82 cm  | TAK |  |
| 6. | Położenie zamrażalki - wewnątrz | TAK |  |
| 7. | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
| 8. | Automatyczne rozmrażanie chłodziarki | TAK |  |
| 9. | Zmiana kierunku otwierania drzwi  | TAK |  |
| 10. | Poziom hałasu 37 dB (+/- 5 dB) | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 27**

**Kosz na śmieci – 30 szt.**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy dla pojemności 15 l .......................................................

Numer katalogowy dla pojemności 25 l .......................................................

Numer katalogowy dla pojemności 50 l .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Plastikowy | TAK |  |
| 2. | Z pedałem | TAK |  |
| 3. | Pojemność: 15 l; 25 l; 50 l  | TAK |  |
| 4. | Możliwość dezynfekcji | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 28**

**System zasłon pomiędzy łóżkami – 1 zestaw**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Mocowane do ściany z uchwytem na podstawie jezdnej | TAK |  |
| 2. | Parawan teleskopowy wraz z zasłoną | TAK |  |
| 3. | Zaczepy zasłon przesuwane bez zacięć i cicho | TAK |  |
| 4. | Łatwa wymiana zasłon (nie wymagająca odczepiania poszczególnych żabek - po usunięciu blokady zasłona zsuwa się z żabkami) | TAK |  |
| 5. | Zasłony - wykonane z trwałego materiału dostosowanego do wielokrotnego prania o właściwościach antybakteryjnych, dopuszczone do stosowania w jednostkach służby zdrowia | TAK |  |
| 6. | Kolor zasłon do uzgodnienia z zamawiającym | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 10 POZ. 2**

**Kozetka do elektroterapii – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | Konstrukcja drewniana | TAK |  |
| 2. | Wymiary: 60cm (szer.) 55cm (wys.) 190 cm (dl.) ±10 cm | TAK |  |
| 3. | Regulacja zagłówka  | TAK |  |
| 4. | Minimalne obciążenie wagowe do 180 kg | TAK |  |
| 5. | Materiał tapicerki lub wyplatany z taśmy tekstylnej łatwy do utrzymania w czystości, odporny na uszkodzenia | TAK |  |
| 6. | Kolor obicia: do uzgodnienia | TAK |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 19**

**Dermatoskop – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
|  | Powiększenie do 15 x przy specjalnym oświetleniu przez warstwę żelu  | Tak |  |
|  | Archiwizacja obrazu poprzez przystawkę do aparatu cyfrowego  | Tak |  |
|  |  Oświetlenie spolaryzowane / niespolaryzowane w trybie przełączania  | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 29**

**Monitor MyCareLink – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. | Urządzenie do telemonitoringu urządzeń wszczepialnych, odczytujące i przesyłające dane z:  | Tak |  |
| 2. | rozruszników serca – IPG; | Tak |  |
| 3. | kardiowerterów-defibrylator ICD; | Tak |  |
| 4. | urządzeń do resynchronizacji pracy serca – CRT-D; | Tak |  |
| 5. | Urządzenie odczytuje dane dotyczące: | Tak  |  |
| 6. | procenta stymulacji; | Tak |  |
| 7. | oporności elektrod; | Tak |  |
| 8. | wartości sensingu i progu stymulacji; | Tak |  |
| 9. | zaistniałych zaburzeń rytmu serca, w tym interwencji urządzenia; | Tak |  |
| 10. | Urządzenie współpracujące z:  | Tak |  |
| 11. | kardiowerterami - defibrylatorami jednojamowymi, dwujamowymi  i resynchronizującymi, które mają możliwość wysyłania powiadomień alarmowych w postaci sygnału dźwiękowego oraz automatycznych raportów do Systemu monitorowania; | Tak |  |
| 12. | wszczepialnymi rejestratorami zdarzeń  | Tak |  |
| 13. | Urządzenie przesyła uzyskane dane z urządzeń wszczepialnych do Systemu monitorowania, w którym gromadzone są dane przesłane z monitorowanych urządzeń wszczepionych (System monitorowania utrzymywany w zasobach Wykonawcy). | Tak |  |
| 14. | Dostęp do Systemu monitorowania dla Zamawiającego – ilość dostępów bez ograniczeń. | Tak |  |
| 15. | Dostęp do Systemu monitorowania dla Zamawiającego 7/24/365. | Tak |  |
| 16. | Dostęp do Systemu monitorowania dla Zamawiającego bezpłatny. | Tak |  |
| 17. | Możliwość skonfigurowania Systemu monitorowania w taki sposób, aby dla każdej transmisji, która dotrze na serwer od pacjenta został automatycznie wygenerowany raport PDF (a zawartość tego raportu była zdefiniowana przez Zamawiajacego), który może zostać przekazany do wskazanej przez Zamawiajacego lokalizacji sieciowej w celu dalszego przetwarzania. | Tak |  |
| 18. | Bieżący dostęp do danych przesłanych do Systemu monitorowania w ciągu min. 24 miesięcy, dostęp do danych starszych dostępny po wcześniejszym zgłoszeniu przez Zamawiającego. | Tak |  |
| 19. | Urządzenie przenośne do domowego monitoringu pacjentów ze wszczepionymi urządzeniami**,** wyposażone w wyświetlacz ciekłokrystaliczny, wyświetlający instrukcję wykonania transmisji danych oraz komunikaty błędów pracy monitora (np. brak zasięgu sieci GSM). | Tak |  |
| 20. | Urządzenie wyposażone w kartę SIM do transmisji danych.  | Tak |  |
| 21. | Gwarancja 60 miesięcy |  |  |
| 22. | Certyfikat medyczny |  |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 23 POZ. 1**

**EHO-Mini Rehabilitacja z systemem do komunikacji głosowej – szt. 5**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)** |
| 1. | ODPROWADZENIA: 6 synchronicznych odprowadzeń kończynowych I, II, III, aVR, aVL, aVF 2 dowolnie V1-V6 wybrane odprowadzenia przedsercowe I, II, III, aVR, aVL, aVF 2 dowolnie wybrane odprowadzenia przedsercowe V1-V6  | Tak |  |
| 2. | CZAS PRACY: do 3 dni przy 10 transmisjach na dzień (zależnie od poziomu sygnału sieci GSM)  | Tak |  |
| 3. | PAMIĘĆ: wbudowana pamięć – do 25 minut EKG (łącznie)  | Tak |  |
| 4. | TRANSMISJA: cyfrowa, poprzez wbudowany modem GSM/GPRS klasy 12  | Tak |  |
| 5. | TYP TRANSMISJI: Przez wbudowany modem GPRS  | Tak  |  |
| 6. | PRĘDKOŚĆ TRANSMISJI: 9600 – 32000 b/ s GPRS  | Tak |  |
| 7. | ZAKRES CZĘSTOTLIWOŚCI: 0,05 – 100 Hz  | Tak |  |
| 8. | CMRR: >70 dB  | Tak |  |
| 9. | PRÓBKOWANIE: 250 próbek / sekundę  | Tak |  |
| 10. | CZUŁOŚĆ PRÓBKOWANIA: 10 bit / próbkę na każdy kanał  | Tak |  |
| 11. | DYNAMICZNY ZAKRES: 15μVac do 15mVac  | Tak |  |
| 12. | KABEL PACJENTA: 3 elektrody (nierozłączne)  | Tak |  |
| 13. | KOŃCÓWKI KABLA PACJENTA: Elektrody jednorazowego użytku  | Tak |  |
| 14. | ŹRÓDŁO ZASILANIA: Bateria Li-lon 4,2V 700mAh. Ładowanie z sieci przez złącze micro USB  | Tak |  |
| 15. | WYMIARY: 85x54x17 mm  | Tak |  |
| 16. | WAGA: 100 | Tak |  |
| 17. | System do komunikacji głosowej | Tak  |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 23 POZ. 2**

**Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego – szt. 5**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. 1
 | Cyfrowy aparat z wyborem różnych mankietów do pomiaru | Tak |  |
|  | Wyświetlacz pokazujący parametry – ciśnienie tętnicze i tętno  | Tak |  |
|  | Pomiar ciśnienia metodą oscylometryczną | Tak |  |
|  | Zakresy pomiarów: ciśnienie tętnicze od 20 mmHg do 280 mmHg: tętno od 40/min do 180/min | Tak |  |
|  | Zasilanie – baterie „AA”(1.5 volt) alkaliczne lub zasilacz sieciowy 120 | Tak  |  |
|  | Technologia Bluetooth umożliwiająca połączenie z aparatem do bezprzewodowej transmisji danych  | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 23 POZ. 3**

**Waga – szt. 5**

Wykonawca/Producent .................................................

Nazwa-model/typ .........................................................

Numer katalogowy .......................................................

Kraj pochodzenia .........................................................

Rok produkcji ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne** **do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
|  1. | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny | Tak |  |
| 2. | Maksymalna waga pacjenta 150kg  | Tak |  |
| 3. | Dokładność pomiarów – 0,1 kg w przedziale 0-100kg, 0,2 kg w przedziale 100-150kg | Tak |  |
| 4. | Zasilanie – baterie AA  | Tak |  |
| 5. | Komunikacja modułem Bleutooth z urządzeniem do bezprzewodowej transmisji danych | Tak  |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**ZADANIE NR 23 POZ. 4**

**Oprogramowanie platformy telemedycznej – stały zdalny dostęp – szt. 1**

Wykonawca/Producent .................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametry wymagane, konieczne do spełnienia** | **PARAMETRY OFEROWANE** **(podać i potwierdzić zaznaczeniem** **w katalogu)** |
| 1. | Dostęp poprzez przeglądarką internetową | Tak |  |
| 2. | Portal dla pacjenta | Tak |  |
| 3. | Dodawanie/edytowanie danych pacjenta – z możliwością identyfikowania pacjenta jedynie poprzez inicjały i automatycznie wygenerowany unikalny numer identyfikacyjny w celu anonimizacji danych | Tak |  |
| 4. | Kartoteka pacjenta z możliwością dodawania wyników danych, komentarzy i wpisywania pomiarów | Tak |  |
| 5. | Przeglądarka EKG z możliwością wymiarowania, porównywania i opisywania badań, słownik medyczny ICD-9, algorytmy oceny sygnału EKG | Tak  |  |
| 6. | Wizualizacja wyników pomiarów i możliwość ich opisywania § Analiza wyników – przegląd w formie graficznej (wykresy, histogramy) i tabelarycznej wyników danego pacjenta w zadanym przedziale czasu | Tak |  |
| 7. | Generowanie raportów z ilości wykonanych badań | Tak |  |
| 8. | Przegląd listy otrzymanych badań wraz z geolokalizacją | Tak |  |
| 9. | Generowanie wydruków w formie plików PDF zawierających zbiór badań pacjenta + opis + epikryzę | Tak |  |

UWAGA!

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów techniczno - użytkowych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru.

Na potwierdzenie, że zaoferowany sprzęt jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia Wykonawca dołączy szczegółowy opis oferowanego sprzętu. **Poszczególne wymagane przez Zamawiającego parametry i funkcje Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić zaznaczeniem w katalogu lub folderze.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |