Pakiet nr 1 poz.1 - Wózek inwalidzki – 4 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Wózek wykonany z aluminium | TAK |  |
|  | Oparcie z taśmami do regulacji napięcia | TAK |  |
|  | Zmienny kat nachylenia oparcia w zakresie 0°-30° | TAK |  |
|  | Przedłużenie oparcia | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany wysokości siedziska  | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany głębokości siedziska | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany kąta siedziska  | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany kąta widelca kół przednich | TAK |  |
|  | Podnóżki z regulowanym na głębokość i wysokość podparciem pod łydki i regulowanym kątem | TAK |  |
|  | Płyta podnóżka z ustawialnym kątem | TAK |  |
|  | Podnóżki demontowalne | TAK |  |
|  | Podłokietniki demontowalne | TAK |  |
|  | Koła tylne z mechanizmem szybkozłącznym | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany środka ciężkości | TAK |  |
|  | Możliwość przy składaniu wózka położenia rączek do pchania na przedniej ramie w celu zminimalizowania wymiarów podczas transportu | TAK |  |
|  | Wytrzymałość min.130 kg | TAK, PODAĆ |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

**Pakiet nr 2 poz. 1 Parawan teleskopowy wraz z zasłoną – 69 kpl.**

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Parawan teleskopowy przyścienny o długości po rozciągnięciu L=250 cmw całości wykonany ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9; wysięgnik składa się z dopasowanych do siebie, nierozłącznych i wysuwanych teleskopowo czterech elementów rurowych. Wymiary:- długość w stanie złożonym: 800 mm- długość w stanie rozłożonym: 2500 mm | TAK |  |
| 2. | Zasłonka płócienna do parawanów teleskopowych wymiary: 220 x 150 cm (szer. x wys.) Kolory: seledyn -1, żółty -2, niebieski -3, biały -4, beżowy -5 | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 3 poz. 1 - Wózek na zestaw reanimacyjny – 2 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Wózek do aparatury medycznej 2 półkowy, wymiary w zakresie: 700 – 730 x 550 – 580 x 1200 - 1250 mm (szerokość, głębokość, wysokość) | TAK |  |
|  | Wykonany w całości ze stali malowanej proszkowo | TAK |  |
|  | Konstrukcja kolumnowa umożliwiająca regulacjęwysokości półek środkowych w zakresie min 60 mm | TAK |  |
|  | Wyposażony w pulpit wysuwany pod górna półką, listwę zasilającą, uchwyt do przetaczania z przodu montowany do półki | TAK |  |
|  | Zespół jezdny składający się z min 4 kół o średnicy min 100 mm, min 2 koła wyposażone w hamulce | TAK |  |
|  | Min 4 krążki odbojowe; wszystkie krawędzie wózka zaokrąglone, bezpieczne | TAK |  |
|  | Kontener z min 2 szufladami, z frontami o wysokości min 130 oraz min 170 mm | TAK |  |
|  | Min 2 szyny szpitalne (proste) sprzętowe na akcesoria, sprzęt medyczny | TAK |  |
|  | Panel tylny wyposażony w uchwyt podwójny do butli z tlenem o pojemności 5 l lub uchwyt do butli z tlenem o pojemności 10 l | TAK |  |
|  | Uchwyty do mocowania dedykowanej płyty umożliwiającej zawieszenie respiratora wymiary płyty: 476 x 336 x 27 mm | TAK |  |
|  | Półka pod defibrylator z regulacją wysokości o obciążeniu max 8 kg | TAK |  |
|  | Wieszak na płyny infuzyjne z min 2 haczykami | TAK |  |
|  | Pojemnik na cewniki ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
|  | Uchwyt z pojemnikiem na zużyte igły | TAK |  |
|  | Stelaż z pokrywą do worka na odpady | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 4 poz. 1 – Detektor tętna płodu – 2 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Detektor tętna płodu z dużym czytelnym monochromatycznym wyświetlaczem (wykres, wartości liczbowe) | TAK |  |
|  | Wyposażony w funkcję alarmu tętna | TAK |  |
|  | Ładowanie przez ładowarkę sieciową USB, przewód do ładowania z ładowarki lub komputera | TAK |  |
|  | Duże czoło głowicy | TAK |  |
|  | Technika pomiarowa Dopplera  | TAK |  |
|  | Sonda 2.0 MHz ± 5% | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy 50-210 BPM | TAK |  |
|  | Dokładność ±1% lub ±1 BPM | TAK |  |
|  | Rozdzielczość 1BPM | TAK |  |
|  | Głośnik 1 W | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator Litowo - Jonowy | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania minimum 250 badań bez konieczności ładowania detektora | TAK |  |
|  | Automatyczne wyłączanie po jednej minucie bezczynności i braku sygnału | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |
|  | Pokrowiec | Tak |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 5 poz. 1 - Wózek do przewożenia pacjentów – 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | TAK |  |
| 2. | Szerokość całkowita: 750 mm (± 20 mm)Długość całkowita: 2050 mm (± 20 mm) | TAK PODAĆ |  |
| 3. | Wysokość regulowana ręcznie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie 600 - 900 mm (± 20 mm), regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka. | TAK PODAĆ |  |
| 4. | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 00- 220 (± 20) – regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
| 5. | Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 00- 140 (± 20) – regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
| 6. | Leże dwusegmentowe wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG | TAK |  |
| 7. | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia na całej długości leża. | TAK  |  |
| 8. | Ruchomy segment oparcia pleców za sprężyny gazowej w zakresie: 0 - 70° (± 5°) – regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
| 9. | Wózek wyposażony w barierki boczne chromowane, zabezpieczające pacjenta, składane wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, zabezpieczające pacjenta na min. 60% długości leża. | TAK |  |
| 10. | Każdy narożnik wózka wyposażony w dwuosiowe krążki odbojowe zabezpieczające ściany i wózek podczas przetaczania i zmiany wysokości  | TAK  |  |
| 11. | Wyposażenie wózka:- materac wyposażony w uchwyty umożliwiające przeniesienie pacjenta – 1 szt.- wieszak kroplówki – 1 szt. | TAK |  |
| 12. | Cztery koła jezdne o średnicy 150mm, z centralną blokadą, jedno z blokadą kierunkową. Podstawa wózka wyposażona w kosz na podręczne rzeczy pacjenta. | TAK |  |
| 13. | Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych z min. 10 kolorów oraz ramy wózka w tym kolor szary. | TAK PODAĆ |  |
| 14. | Potwierdzone stosownym dokumentem przez niezależną jednostkę badawczą obciążenie robocze wózka wynoszące min. 250 kg. | TAK PODAĆ |  |
| 15. | * Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,
* WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych,
* Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,
* Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych.
 | TAK |  |
| 16. | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK PODAĆ |  |
| 17. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK |  |
| 18. | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK |  |
| 19. | Czas reakcji serwisu max. 72 godz. | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 6 poz. 1 - Mobilne stoliki medyczne typu „MAYO”– 2 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Stolik typu Mayo do instrumentów chirurgicznych. Stolik wykonany ze stali nierdzewnej w gatunku 1.4301 (304), przewidziany do gromadzenia instrumentów chirurgicznych podczas zabiegów | TAK |  |
| 2 | Blat wykonany z blachy o grubości 1,5 mm | TAK |  |
| 3. | Górny blat zagłębiony na 10 mm, podnoszony przy pomocy nożnej pompy hydraulicznej, za pomocą jednej dźwigni | TAK |  |
| 4. | Podstawa w kształcie litery T z trzema pojedynczymi kółkami fi 80 mm (+/- 10 mm) montowane na trzpieniu koła  | TAK, PODAĆ |  |
| 5. | Wszystkie kółka wyposażone w blokadę. | TAK |  |
| 6. | Oponki wykonane z materiału niebrudzącego podłoża. | TAK |  |
| 7. | Górny blat obracany w poziomie o 360° | TAK |  |
| 8. | Dopuszczalne obciążenie 15 kg | TAK |  |
| 9. | Krawędzie zaokrąglone, bezpieczne | TAK |  |
| 10. | Wymiary zewnętrzne (dł x szer x wys): 740x490x960/1370 mm (+/- 10 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 11. | Gwarancja min. 24 miesięce | TAK, PODAĆ |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 7 poz. 1 – Ssak elektryczny na wózku – 2 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Ssak medyczny umieszczony na wygodnym statywie jezdnym, który zapewnia łatwe przemieszczanie i ergonomię pracy. | TAK |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone w zabezpieczenie przed przepełnieniem, dwie butle 2l z poliwęglanu, wskaźnik ciśnienia, regulację siły ssania oraz włącznik. | TAK |  |
| 3. | Obudowa wykonana z najwyższej jakości plastików, które czynią urządzenie bardzo trwałym. | TAK |  |
| 4. | Napięcie zasilania: 230 V / 50 HzMoc: 110WMaksymalny przepływ: 40 L / minMaksymalne ciśnienie: 80 kPaWymiary: ok. 320x900x300mmWaga: ok. 6,2 kg (wózek 13,6 kg) | TAK |  |
| 5. | **WYPOSAŻENIE :**- dwie butle 2L z poliwęglanu (sterylizacja w 120stopniach C)- wskaźnik i regulator podciśnienia- wózek jezdny na kółkach- dreny silikonowe, filtr bakteryjny, łącznik drenów | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 8 poz. 1 – Pulsoksymetr– 2 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Pulsoksymetr napalcowy. Pomiar saturacji tlenu i tętna u dorosłych i dzieci powyżej 5. roku życia. | TAK |  |
| 2 | Technologia bezprzewodowa, skuteczne przekazywanie danych do PC | TAK |  |
| 3. | Duży kolorowy wyświetlacz, krzywa pletyzmograficzna | TAK |  |
| 4. | Automatyczne włączanie / wyłączanie | TAK |  |
| 5. | monitorowanie SpO2 (saturacji tlenu)  w zakresie 70-100% | TAK |  |
| 6. | pomiar tętna w zakresie 30- 240 uderzeń, | TAK |  |
| 7. | pomiar perfuzji w zakresie 0,2-20%, | TAK |  |
| 8. | wysoka dokładność wyników | TAK |  |
| 9. | sygnał dźwiękowy i wizualny | TAK |  |
| 10. | automatycznie się włącza po nałożeniu na palec, | TAK |  |
| 11. | po zakończeniu pomiaru automatycznie wyłącza się po 8 sekundach, | TAK |  |
| 12. | niskie zużycie energii- do 30 godzin ciągłej pracy. | TAK |  |
| 13. | 2AAA baterie alkaliczne | TAK |  |
| 14. | zawieszka, pokrowiec | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 9 poz. 1 – Podgrzewacz płynów infuzyjnych– 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Urządzenie stacjonarne, łatwe i bezpieczne do przenoszenia. Wyposażone w 4 gumowe nóżki. | TAK |  |
|  | Obudowa z płyt izolacyjnych pokrytych łatwym do mycia tworzywem sztucznym. | TAK |  |
|  | Przezroczysta pokrywa wykonana ze bezpiecznego szkła hartowanego, z dwoma wspornikami teleskopowym utrzymującym ją w pozycji otwartej. | TAK |  |
|  | Panel kontrolny z przyciskami, wyświetlacz LED oraz wskażniki. | TAK |  |
|  | Wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą lub wybraną. | TAK |  |
|  | Ogrzewacz z jedną komorą i systemem grzewczym. Komora zamykana od góry. | TAK |  |
|  | Konwekcyjny system ogrzewania z obiegiem wymuszonym wentylatorem, gwarantującym równomierny rozkład temperatury w całej komorze. | TAK |  |
|  | Konstrukcja urządzenia zapewniająca przekazywanie ciepła do elementów ogrzewanych tylko za pośrednictwem powietrza. | TAK |  |
|  | Elektroniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem bezpośrednio monitorujące temperaturę powietrza w komorze. | TAK |  |
|  | Dedykowany czujnik temperatury dla elektronicznego zabezpieczenie przed przegrzaniem. | TAK |  |
|  | Konstrukcja urządzenia zapewniająca brak możliwości przekroczenia zadanej temperatury powierzchni, na której znajdują się elementy ogrzewane. | TAK |  |
|  | Dwa czujniki temperatury zastosowane w celu kontroli systemu ogrzewania. | TAK |  |
|  | Zabezpieczenia przed przegrzaniem umieszczone w dwóch różnych miejscach. | TAK |  |
|  | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku uszkodzenia czujnika temperatury. | TAK |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej. | TAK |  |
|  | Mechaniczne (termostat bimetaliczny) zabezpieczenie przed przegrzaniem. | TAK |  |
|  | Alarm optyczny włączający się przy niedomkniętej pokrywie. | TAK |  |
|  | Alarm akustyczny włączający się po 60 sekundach przy niedomkniętej pokrywie. | TAK |  |
|  | Optyczny i akustyczny alarm "niskiej / wysokiej temperatury", uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności w temperaturze, w co najmniej jednym z dwóch czujników temperatury umieszczonych w dwóch różnych miejscach. | TAK |  |
|  | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku przegrzania. | TAK |  |
|  | Tryb czuwania (stand by). | TAK |  |
|  | Pojemność komory: 30 litrów. | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie komory: 25 kg. | TAK |  |
|  | Przybliżona pojemność do ogrzewania: dwadzieścia cztery butelki 0.5L; dwanaście butelek 1L; dwa worki 5L; trzy worki 3L. | TAK |  |
|  | Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur: 25°C - 42°C ±1°C (zmiana o 1°C). | TAK |  |
|  | Zewnętrzne wymiary urządzenia: 350 x 400 x 620 mm (Szerokość x Wysokość x Głębokość). | TAK |  |
|  | Wewnętrzne wymiary komory: 314 x 260 x 395 mm (S x W x G). | TAK |  |
|  | Waga: 18 kg. | TAK |  |
|  | Napięcie zasilania: 230 Vac (±6%), 50Hz, prąd znamionowy 1.75 A. | TAK |  |
|  | Moc grzałki: 400 Wat. | TAK |  |
|  | Temperatura otoczenia (w trakcie działania): 18 - 30 °C. | TAK |  |
|  | Temperatura otoczenia (magazynowanie): 10 - 55 °C. | TAK |  |
|  | Wilgotność względna (działanie i magazynowanie): 30 - 70 %. | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny potwierdzony certyfikatem lub deklaracją. | TAK |  |
|  | Zgodność z:EN IS0 1348593/42/EEC,EEC Medical Devices Directive | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 10 poz. 1 – Aparat do ogrzewania pacjenta– 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1 | Zasilanie 220-230 V, 50/60 Hz | TAK |  |
| 2 | Aparat wyposażony w zaczep na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem  | TAK |  |
| 3 | Długość przewodu grzewczego min 1,5 metra | TAK |  |
| 4 | Giętki przewód grzewczy wzmocniony drutem (nie utrudniający dostępu do pacjenta)  | TAK |  |
| 5 | Podstawa jezdna do aparatu (wózek 2 koła z blokadą z koszykiem na kołdry)  | TAK |  |
| 6 | Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek; łóżku pacjenta | TAK |  |
| 7 | Urządzenie zabezpieczone filtrem antywirusowym i antybakteryjnym o wysokiej skuteczności filtracji (HEPA) | TAK |  |
| minimum 99,97% przy wielkości cząstek 0,3 mikrona |
| 8 | 5 zakresów temperatur:  | TAK |  |
| - funkcja "boost" - 47°C (po 45 min. automatycznie przełączany na zakres 45ºC)  |
| - wysoki – 45°C |
| - średni – 40°C |
| - niski – 34°C- temperatura otoczenia |
| 9 | Minimalny wymagany przepływ /wydajność urządzenia/ 1400 l na min. | TAK |  |
| 10 | Kontrola przegrzania urządzenia powyżej zaprogramowanej wartości temperatury – alarm optyczny i akustyczny + automatyczne wyłączenie grzałki  | TAK |  |
| 11 | Waga urządzenia max 5,5 kg bez podstawy jezdnej. | TAK |  |
| 12 | Licznik wskazujący ilość dni oraz ilość roboczogodzin pozostałą do wymiany filtra. | TAK |  |
| 13 | Wyświetlacz LCD z możliwością wyświetlania temperatury powietrza wpływającego do przewodu grzewczego. | TAK |  |
| 14 | Dokładność wyświetlanej temperatury +/- 1 °C. | TAK |  |
| 15 | Dostępne kołdry(koce) ogrzewające pacjenta w kilku rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koce na dolną część ciała; koce na górną część ciała; koce na całe ciało; koce sterylne śródoperacyjne, koce dostępu chirurgicznego). Koce powinny posiadać otwory do podłączenia przewodu grzewczego. | TAK |  |
| 16 | Koce wykonane z wielowarstwowej tkaniny odpornej na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. Materiał nie zawiera lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych. Materiał perforowany umożliwia równomierny, swobodny przepływ powietrza (bez kanałów sterujących przepływem powietrza). Zewnętrzna warstwa wykonana z nietkanego tworzywa, co eliminuje możliwość kontaktu rozgrzanych powierzchni ze skórą pacjenta. | TAK |  |
| 17 | Przewód zasilający minimum 4 metry | TAK |  |
| 18 | W zestawie opakowanie kocy na całe ciało dla dorosłych opakowanie zawiera 25 sztuk. | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 11 poz. 1 – Krzesło toaletowe prysznicowe– 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Krzesło toaletowe - prysznicowe | TAK |  |
| 2.  | Wyposażone w system składania zapewniający równowagę a jednocześnie łatwość przechowywania i transportowania | TAK |  |
| 3. | Wykonane z wysokiej jakości konstrukcji stalowej | TAK |  |
| 4. | Udźwig do 160 kg | TAK |  |
| 5. | Waga około 9,5 kg | TAK |  |
| 6. | Siedzisko i oparcie pokryte wodoodpornym obiciem | TAK |  |
| 7. | Wyposażony w kółka, z możliwością blokady  | TAK |  |
| 8. | Pojemnik z pokrywą | TAK |  |
| 9. | 24 miesiące gwarancji | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 12 poz. 1 – Inhalator ultradźwiękowy wraz z nebulizator  oraz namiot do inhalacji noworodków– 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Nebulizator  + namiot do inhalacji noworodków, niemowląt i dzieci pozwalający na podawanie leków bez stosowania maseczki, w pozycji leżącej. | TAK |  |
|  | DANE TECHNICZNE NEBULIZATORA:Rozpylenie  0,1 do 0,2cc/min\*  Rozdrobnienie cząstek (średnia wielkość) MMD  1 do 2 µm\*  Czas nebulizacji dla 2cc  Około 10 minutPojemność zbiornika na lek  max 7mlWaga (bez sprężarki) ok. 283 g, wymiary otwartego urządzenia (bez sprężarki) ok.  330 x 330 x 300mm   Temperatura przechowywania  od -20°C do 60°CTemperatura użytkowania  od 18°C do 37°C\*dla 0,9% soli fizjologicznej | TAK |  |
|  | CZĘŚCI Namiot:1.Stelaż z nóżkami 2.Folia z klipsami 3.Rozcięcie Nebulizator:4.Wężyk łączący nebulizator z kompresorem (dołączony do kompresora) 5.Kolorowa nakrętka mieszalnika leku 6.Przezroczysty reduktor cząsteczki 7.Zbiorniczek na lek 8.Tuba nebulizatora 9.Miękka silikonowa końcówka  | TAK |  |
|  | **Posiadające wszystkie niezbędne atesty UE jak zgodność z dyrektywą 93/42/EEC i wykonane zgodnie z normami ISO 9001:2000.** | TAK |  |
|  | **DANE TECHNICZNE INHALATORA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Maksymalne ciśnienie kompresora |  2,41 – 3,45 bar (241-345 kPa) |
| Ciśnienie pracy | 0,62 – 1,10 bar (62 – 110 kPa) |
| Maksymalny przepływ powietrza |  7 – 11 l/min |
| Prędkość przepływu podczas pracy |  5 - 8 l/min. |
| Średnica cząstek aerozolu MMAD |  3 mikrony |
| Frakcja respirabilna | > 78% |
| **Praca** | **CIĄGŁA** |
| Poziom hałasu | ok. 50 dBa |
| Pojemność zbiornika | 6 cc (6 ml) |
| Waga | 1,5 kg |
| Wymiary ok. | 280 mm x 165 mm x 90 mm h |
|  |

 | TAK |  |
|  | Zestaw zawiera: Kompresor (sprężarka), maska inhalacyjna dla dzieci, maska inhalacyjna dla dorosłych, filtr (5 sztuk), ustnik, końcówkę nosową, zbiorniczek na lek, przewód powietrza. | TAK |  |
|  | **Urządzenie do terapii dróg oddechowych zgodne z polskimi i europejskimi normami dotyczącymi układów nebulizujących stosowanych do podawania ludziom leków w postaci aerozolu przez układ oddechowy: EN 13544-1:2007** | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 13 poz. 1 – Laktator mobilny– 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Wymiary laktatora ok.: dł. x szer. x wys. = 302x 240x180 mm | TAK |  |
| 2 | Waga laktatora: ok. 3 kg | TAK |  |
| 3. | Wejście napięcia sieciowego: 100-230 VAC +/ -10% | TAK |  |
| 4. | Wejście DC: 12VDC | TAK |  |
| 5. | Stopień ochrony: BF | TAK |  |
| 6. | Wymiary przewodu zasilającego: długość min 3 m | TAK |  |
| 7. | Częstotliwość 50 -60Hz | TAK |  |
| 8. | żywotność (bez elementów zużywalnych) 10 lat | TAK |  |
| 9. | Zakres podciśnienia w trybie stymulacji30 -150 mbar22 -98 mmHg3 -13 kPa | TAK |  |
| 10. | Zakres podciśnienia w trybie odciągania pokarmu: 30 -330 mbar22 -250 mmHg3 -33 kPa | TAK |  |
| 11. | Wartości tolerancji podciśnienia +/ - 5% | TAK |  |
| 12. | Zakres cyklu w trybie stymulacji 72 - 120/ min. | TAK |  |
| 13. | Zakres cyklu w trybie odciągania pokarmu 30 -60/ min. | TAK |  |
| 14. | Tolerancja cyklu +/- 3 cykle | TAK |  |
| 15. | Wózek na kółkach pasujący do opisanego laktatora | TAK |  |
| 16. | Zestaw osobisty do odciągania pokarmu, sterylny gotowy do użytku dla jednej mamy (72 H) – 30 szt. | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 14 poz. 1 – Waga medyczna ze wzrostomierzem– 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Waga medyczna kolumnowa ze wzrostomierzem legalizowana | TAK |  |
| 2 | Klasa dokładności III | TAK |  |
| 3. | Nośność 200 kg | TAK |  |
| 4. | Zakres pomiaru wzrostu w cm od 110 do 200 cm | TAK |  |
| 5. | Podziałka 1 mm | TAK |  |
| 6. | Waga własna około 6-7 kg | TAK |  |
| 7. | Możliwość pomiaru BMI | TAK |  |
| 8. | Zasilanie bateria/zasilacz | TAK |  |
| 9. | Funkcja automatycznego wyłączania | TAK |  |
| 10. | Rolki transportowe | TAK |  |
| 11. | Wykonana z materiału łatwego w utrzymaniu czystości i umożliwiającego dezynfekcję urządzenia | TAK |  |
| 12. | Gwarancja 24 miesiące | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 15 poz. 1 – Wózek zabiegowy - opatrunkowy– 4 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Stabilna konstrukcja wózka oparta na czterech kolumnach aluminiowych, wymiary:Szerokość około 650 mm,Głębokość 475 mm,Wysokość 970 mm | TAK |  |
| 2 | Trzy uchwyty górne do przetaczania wózka umieszczone na blacie głównym, stanowiące również zabezpieczenie przed zsuwaniem się pojemników z blatu roboczego | TAK |  |
| 3. | 5 szuflad z uchwytami wykonanymi z ABS, 3 szuflady wyposażone w wyciągane podziałki do odpowiedniej segregacji sprzętu i leków, maksymalna nośność szuflady 50 kg, szuflady zamykane centralnym zamkiem umieszczonym z prawej strony wózka | TAK |  |
| 4. | Całkowita ładowność wózka około 200 kg | TAK |  |
| 5. | Dodatkowo wysuwany blat roboczy boczny, nośność blatu bocznego około 10 kg, | TAK |  |
| 6. | Wysokość szuflad od dołu około: 23 cm, 11 cm, 11, cm, 11cm, 11 cm | TAK |  |
| 7. | Wózek wykonany z materiału odpornego na korozję, oraz częste stosowanie środków dezynfekcyjnych | TAK |  |
| 8. | Wózek wyposażony w cztery cichobieżne kółka o średnicy około 100 mm, dwa kółka z blokadą jazdy | TAK |  |
| 9. | Dwa kosze plastikowe z prawej strony wózka, | TAK |  |
| 10. | Druciany koszyk na akcesoria medyczne | TAK |  |
| 11. | 24 miesiące gwarancji | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz

Pakiet nr 16 poz. 1 – Wózek do toalet z koszem na bieliznę– 2 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Szafka z drzwiczkami, 2xpółka; 2xstelaż do worków na odpady | TAK |  |
| 2 | Szafka zbudowana z: stelaża z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, anodowany lub lakierowany proszkowo ;wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej; blat z 3 stron obudowany | TAK |  |
| 3. | Uchwyt do prowadzenia- podstawa stalowa, lakierowana proszkowo, wyposażona w wysoce mobilne koła z tworzywa sztucznego o średnicy 100 mm, w tym dwa z blokadą, wypełniona prętami  | TAK |  |
| 4. | Odboje na narożach podstawy- obręcz do worka na odpady ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, wyposażona w klipsy zaciskowe zabezpieczające przed z zsunięciem się worka | TAK |  |
| 5. | Z pokrywą z tworzywa ABS otwierana za pomocą pedału nożnego wymiary: ok. 1050x580x1080 mm | TAK |  |
| 6. | Wymiary szafki: ok. 550x530x685mm | TAK |  |
| 7. | Wysokość użytkowa każdej z trzech części szafki ok. 3x215mm | TAK |  |
| 8. | Min. 24 miesiące gwarancji | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 17 poz. 1 – Stanowisko do pobierania krwi– 1 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Stanowisko do pobierania krwi umożliwiające swobodne przeprowadzanie zabiegu na prawym i lewym przedramieniu | TAK |  |
| 2 | Dwa podłokietniki przestawne | TAK |  |
| 3. | Zagłówek | TAK |  |
| 4. | Całkowita szerokość min. 80 cm | TAK |  |
| 5. | Całkowita długość min. 78 cm | TAK |  |
| 6. | Szerokość podstawy około 70 cm | TAK |  |
| 7. | Długość podstawy około 73 cm | TAK |  |
| 8. | Dopuszczalne obciążenie min. 130 kg | TAK |  |
| 9. | Siedzisko i oparcie pokryte wysokiej jakości obiciem umożliwiającym częste mycie i dezynfekcję | TAK |  |
| 10. | 24 miesiące gwarancji |  |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

Pakiet nr 18 poz. 1 – Chodzik dla pacjenta– 3 szt.

Nazwa oferenta:

Producent:

Nazwa i typ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Chodzik dla pacjenta typu ambona, przeznaczony do nauki chodu, wspomaga pionizacjęrama wykonana ze stali | TAK |  |
| 2 | Miękkie podłokietniki z możliwością regulacji wysokości | TAK |  |
| 3. | Kółka tylne z hamulcem | TAK |  |
| 4. | Płynnie regulowany kat uchwytów oraz ich długość | TAK |  |
| 5. | Opony gumowe 3” | TAK |  |
| 6. | Szerokość około 64 cm | TAK |  |
| 7. | Długość 75 – 90 cm | TAK |  |
| 8. | Wysokość urządzenia około 109 – 152 cm | TAK |  |
| 9. | Wysokość podłokietników od podłoża około 97 – 140 cm | TAK |  |
| 10 | Długość podłokietników wraz z uchwytami około 60 – 83 cm | TAK |  |
| 11 | Głębokość wycięcia elementu tapicerowanego 36 cm | TAK |  |
|  | Obciążenie minimum 120 kg | TAK |  |

**UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

..............................................................

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)