***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 1 poz. 1 Łóżko wielofunkcyjne – 15 szt**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **Parametry ogólne** |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji minimum 2019 rok | Tak |  |
|  | Kolumnowe łóżko wytworzone w antybakteryjnej nanotechnologii srebra (w częściach tworzywowych i lakierze). | Tak |  |
|  | Szerokość całkowita łóżka z podniesionymi lub opuszczonymi poręczami bocznymi maksymalnie 980 mm +/- 10 mm | Tak |  |
|  | Całkowita długość łóżka min. 2200 mm, max. 2300 mm | Tak |  |
|  | Ręczny pilot przewodowy sterujący następującymi funkcjami łóżka: zmiana wysokości leża, pochylenie oparcia pleców, pochylenie segmentu udowego, funkcja autokontur, pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga Pilot z możliwością blokowania i odblokowywania funkcji elektrycznych za pomocą kluczyka | Tak |  |
|  | Łóżko wielofunkcyjne, wielopozycyjne z możliwością uzyskania pozycji krzesła kardiologicznego  | Tak |  |
|  | Konstrukcja łóżka oparta na dwóch maksymalnie szeroko rozstawionych kolumnach o przekroju kołowym umożliwiających monitorowanie pacjenta ramieniem C (nie dopuszcza się rozwiązań pantografowych i nożycowych) | Tak |  |
|  | Leże łóżka czterosegmentowe, z trzema segmentami ruchomymi  | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża  | Tak |  |
|  | Minimalna wysokość leża od podłogi nie więcej niż 390 mm w celu zmniejszenia ryzyka tzw. wypadnięcia pacjenta z łóżka. Wymiar dotyczy powierzchni, na której spoczywa materac  | Tak |  |
|  | Maksymalna wysokość leża od podłogi minimum 750 mm. Wymiar dotyczy powierzchni, na której spoczywa materac. | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja oparcia pleców w zakresie od 0 o do min 70 o  | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga - regulacja z pilota przewodowego min. 15o.  | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja pozycji anty – Trendelenburga - regulacja z pilota przewodowego min. 15o.  | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja funkcji autokontur - jednoczesne uniesienia części plecowej do min. 70° oraz segmentu uda do min. 40o  | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja segmentu uda w zakresie od 0 o domin. 40o   | Tak |  |
|  | Funkcja autoregresji oparcia pleców min. 120 mm zabezpieczająca przed tzw. wypychaniem szczytu od strony nóg | Tak |  |
|  | Segment podudzia regulowany za pomocą mechanizmu zapadkowego (np. Rastomat) | Tak |  |
|  | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów. Dodatki antybakteryjne muszą być integralną zawartością składu lakieru. Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powłokę lakierniczą oddzielnych środków. | Tak |  |
|  | Wbudowany akumulator wykorzystywany do sterowania funkcjami łóżka w przypadku zaniku zasilania lub w przypadku przewożenia pacjenta | Tak |  |
|  | Segmenty leża wypełnione płytą laminatową przezierną dla promieniowania RTG  | Tak |  |
|  | 4 koła o średnicy min. 150 mm zaopatrzone w mechanizm centralnej blokady. Piasty kół z tworzywowymi osłonami (widoczny tylko bieżnik).Dźwignie uruchamiające centralną blokadę kół umieszczone w dwóch narożach ramy podwozia łóżka od strony nóg pacjenta.Funkcja jazdy na wprost i łatwego manewrowania. | Tak |  |
|  | Podwozie zaopatrzone w osłony z tworzywa wykonanego z zastosowaniem nanotechnologii srebra. Dodatek antybakteryjny musi być integralną zawartością składu tworzywa i zapewniać powolne uwalnianie jonów srebra.Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powierzchnie tworzywa oddzielnych środków. | Tak |  |
|  | Prześwit pod podwoziem o wysokości min. 195 mm i na długości min. 1050 mm, aby umożliwić swobodny najazd podnośnika chorego | Tak |  |
|  | Szczyty łóżka wyjmowane z gniazd ramy leża, tworzywowe wytworzone z tworzywa z użyciem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania się bakterii i wirusów. Dodatek antybakteryjny musi być integralną zawartością składu tworzywa i zapewniać powolne uwalnianie jonów srebra.Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powierzchnie tworzywa oddzielnych środków.Szczyty od strony nóg i głowy poruszające się wraz z ramą leża | Tak |  |
|  | Odległość szczytu przy głowie pacjenta od podwozia pozwalająca personelowi na swobodne przemieszczanie łóżka (palce stóp nie uderzają w podwozie) | Tak |  |
|  | Rama leża wyposażona w:- krążki odbojowe w narożach leża,- sworzeń wyrównania potencjału,- poziomnice, po jednej sztuce na obu bokach leża, w okolicy szczytu nóg- cztery haczyki do zawieszania np. woreczków na płyny fizjologiczne – po dwa haczyki z dwóch stron leża  | Tak |  |
|  | Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożach ramy leża | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze min. 250 kg | Tak |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:- materac o grubości min. 150 mm w tkaninie nieprzemakalnej, paroprzepuszczalnej, antybakteryjnej, trudnopalnej, antyalergicznej, nieprzenikalnej dla roztoczy, dostosowany wymiarowo do łóżka – 1 szt.- półka na pościel – 1szt.- poręcze boczne lakierowane – 2 sztuki Poręcze boczne lakierowane proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów. Dodatki antybakteryjne muszą być integralną zawartością składu lakieru. Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powłokę lakierniczą oddzielnych środków.Poręcze wykonane z 3 profili stalowych o średnicy 25 mm składane wzdłuż ramy leża. Poręcze montowane w tulejach z zatrzaskami znajdującymi się pod leżem. Montaż i demontaż poręczy bez użycia jakichkolwiek pokręteł, narzędzi- Rama wyciągowa, podwójna, wykonana czterech pionowych słupków, dwóch wzdłużnych i dwóch poprzecznych belek. Słupki i belki z rury stalowej o średnicy minimum 25 mm i grubości ścianki min. 2,5 mm.Wszystkie elementy stalowe wchodzące w skład ramy pokryte powłoką (zgodnie z PN-83/H-97006).Konstrukcja ramy umożliwiająca korzystanie z niej zarówno przy leżu łóżka wydłużonym, jak i niewydłużonym.Słupki pionowe ramy mocowane w gniazdach leża za pomocą śrub, z dodatkowym zabezpieczeniem uniemożliwiającym obrót słupków.Słupki pionowe od strony głowy pacjenta profilowane, aby uniknąć uszkodzenia paneli nadłóżkowych.Dwie przesuwne, poprzeczne rury i pałąk od strony nóg pacjenta, służące do mocowania na nich bloczków wyciągowych, radełkowane w trzech miejscach celem stabilnego zamocowania samych rur, jak i bloczków wyciągowych.Możliwość regulacji wysuwu pałąka – przynajmniej 100 mm.Poprzeczne, przesuwne rury nie wystające poza szerokość ramy leża.Dodatkowe wyposażenie ramy:- przesuwne, poprzeczne rury – 2 szt.- pałąk od strony nóg pacjenta – 1 szt.- wieszak kroplówki - 1 szt.- trójkątne uchwyty z regulowaną długością, umożliwiające pacjentowi samodzielne podciąganie się rękami - 2 szt.- bloczki do zakładanie naciągów – 3 szt.- uchwyty do mocowania rur poprzecznych i wzdłużnych ramy, pałąka, wieszaka kroplówki i bloczków do zakładania naciągów – 14 szt.Wymiary gabarytowe ramy:- długość bez pałąka – max. 2120 mm- szerokość (z zamocowanym pałąkiem) – max. 820 mm-uchwyt na kaczki i baseny - wysokość mierzona od leża do górnej powierzchni belek wzdłużnych – 1180 mm | Tak |  |
|  | Certyfikaty potwierdzające antybakteryjność lakieru i tworzywa(dołączyć do oferty) | Tak |  |
|  | Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności, Wpis lub Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych. | Tak |  |
|  | Po dostawie szkolenie personelu w zakresie eksploatacji urządzenia | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 1 poz. 2 Szafka przyłóżkowa – 15 szt**

**Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI | **PARAMETR WYMAGANY** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Szafka z możliwością dostawiania do łóżka po lewej lub prawej stronie  | TAK |  |
|  | Szerokość szafki: 490 mm (+ 30 mm) | TAK |  |
|  | Głębokość szafki: 370 mm (+ 30 mm) | TAK |  |
|  | Wysokość blatu: 850 mm (+20 mm) | TAK |  |
|  | Dodatkowy blat boczny, chowany do boku szafki, z regulacją wysokości i kąta nachylenia  | TAK |  |
|  | Konstrukcja zespołu zmiany wysokości blatu bocznego lakierowana, poruszająca się w lakierowanych proszkowo prowadnicach | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości blatu bocznego : 750 – 1080 mm (+ 20 mm) | TAK |  |
|  | Przechył blatu w zakresie od min. -30˚ do min. +30˚ | TAK |  |
|  | Szerokość blatu bocznego min. 550 mm | TAK |  |
|  | Głębokość blatu bocznego min. 340 mm | TAK |  |
|  | Blaty szafki wykonane z tworzywa z użyciem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania się bakterii i wirusów, odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. Dodatek antybakteryjny musi być integralną zawartością składu tworzywa i zapewniać powolne uwalnianie jonów srebra.Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powierzchnie tworzywa oddzielnych środków. | TAK |  |
|  | Blaty profilowane z wypukłą krawędzią zewnętrzną ograniczającą możliwość zlewania się płynów na podłogę | TAK |  |
|  | Konstrukcja szafki oraz czoła szuflady i drzwiczki wykonane z blachy stalowej ocynkowanej lakierowanej proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów. Dodatki antybakteryjne muszą być integralną zawartością składu lakieru. Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powłokę lakierniczą oddzielnych środków. Możliwość wyboru koloru czół szuflady oraz drzwiczek | TAK |  |
|  | Skrzynka szafki wyposażona w półkę i dwoje drzwiczek | TAK |  |
|  | Szuflada i drzwiczki wyposażonew ergonomiczny uchwyt do otwierania, wykonany z anodowanego stopu aluminiowego.  | TAK |  |
|  | Szuflada dwustronnego wysuwania wyposażona w ogranicznik eliminujący wypadnięcie szuflady z szafki i w wyjmowany, dwukomorowy, tworzywowy wkład wykonany z tworzywa z użyciem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania się bakterii i wirusów. Dodatek antybakteryjny musi być integralną zawartością składu tworzywa i zapewniać powolne uwalnianie jonów srebra.Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powierzchnie tworzywa oddzielnych środków. | TAK |  |
|  | Szuflada z ogranicznikiem wysuwu uniemożliwiającym wysunięcie szuflady w stronę ściany. W trakcie użytkowania szafki, wysuw możliwy tylko w stronę pacjenta) | TAK |  |
|  | Szafka przejezdna z blokadą dwóch kół wykonanych z tworzywa | TAK |  |
| 19. | Certyfikat potwierdzający antybakteryjność lakieru i tworzywa(dołączyć do oferty) | TAK  |  |
| 21. | Powierzchnie szafki odporne na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 22. | Deklaracja Zgodności, Wpis lub Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych. | TAK |  |
| 23. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 2 - Profesjonalny Laktator Szpitalny – 4 szt**

Producent: …………………………………………

Kraj pochodzenia ……………………………….

Oferowany model ………………………………

Rok produkcji ……………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Laktator najnowocześniejszy profesjonalny odciągacz szpitalny, dwufazowy. Dostosowany do pracy na oddziałach szpitalnych.  | TAK |  |
|  | Zasilanie 230-240V, 50/60 Hz. | TAK PODAĆ |  |
|  | Unikalny program odciągania pokarmu, zapisany na karcie magnetycznej .  | TAK PODAĆ |  |
|  | * Do wyboru dwa programy: **Program INICJACJA** – przeznaczony stymulacji laktacji (dla mam wcześniaków, mam z opóźnioną laktacją, matek po szczególnie trudnych porodach)
* **Program UTRZYMANIE** – dla mam dzieci donoszonych, do podtrzymania laktacji na odpowiednim poziomie
 | TAK PODAĆ |  |
|  | Rytm pracy naśladujący rytm ssania niemowlęcia | TAK |  |
|  | Płynna regulacja siły ssania. | TAK PODAĆ |  |
|  | Przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę.Bardzo cicha praca. | TAK |  |
|  | * Trwała obudowa zapewniająca utrzymanie urządzenia w czystości.
* Statyw na butelki
* Konstrukcja urządzenia zabezpieczająca przed przedostaniem się mleka do środka modułu (separacja mediów)
* Wyposażony w wózek jezdny
* **Gwarancja 24 miesiące**
 | TAK |  |
|  | Zestaw osobisty 1x użytku opakowanie 54 szt | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 3 poz. 1 Wózek do przewozu chorych w pozycji leżącej oraz siedzącej – 4 szt.**

**Nazwa i typ:**  ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
|  | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita: 850 mm (± 30 mm)Długość całkowita: 2160 mm (± 30 mm)Materac o wymiarach 2000x700mm | TAK |  |
|  | Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie: 430 - 830 mm (±30 mm), regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka. | TAK |  |
|  | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | TAK |  |
|  | Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | TAK |  |
|  | Dźwignia regulacji przechyłów wzdłużnych dostępna od strony wezgłowia i nóg. Nie dopuszcza się regulacji przechyłów wzdłużnych dostępnych z boku wózka oraz regulowanych nożnie. | TAK |  |
|  | Leże dwusegmentowe, wypełnione płytą tworzywową HPL przezierną dla promieni RTG | TAK |  |
|  | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia | TAK |  |
|  | Pod leżem listwa aluminiowe o długości min. 600 mm wyposażona w 2 przesuwne uchwyty do mocowania wyposażenia dodatkowego (po obu stronach wózka). | TAK |  |
|  | Wózek dodatkowo wyposażony w nierdzewne szyny o długości min. 750 mm umieszczone pod dźwigniami przechyłów wzdłużnych na szczytach wózka w celu zamontowania dodatkowej aparatury medycznej.  | TAK |  |
|  |  Szczyty wózka chromowane z tworzywowymi wstawkami. Szczyty z możliwością blokady podczas transportu.  | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w uchwyt do montażu prześcieradeł jednorazowego użytku  | TAK |  |
|  | Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-70° (± 3°) - regulacja płynna | TAK |  |
|  | Ruchomy segment uda regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-42° (± 3°) - regulacja płynna | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w 6 krążków odbojowych w tym min. 4 dwuosiowe | Tak |  |
|  | Barierki boczne o długości min. 1400 mm składające się z 3 poziomych poprzeczek o wysokości min. 350 mm powyżej leża. Barierki boczne lakierowane z tworzywowymi elementami w tym dolna poprzeczka dodatkowo wyposażona w listę odbojową na całej długości. Spełniające wymagania normy PN EN 60601-2-52 | TAK |  |
|  | Barierki boczne opuszczane za pomocą jednego przycisku charakterystycznie oznaczonego kolorem czerwonym. | TAK |  |
|  | Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożnikach leża | TAK |  |
|  | Wyposażenie wózka: * wieszak kroplówki wyposażony w 4 haczyki,
* materac składający się:

- pianka poliuretanowa pokryta obiciem tapicerskim, antystatycznym**.**- grubość materaca min. 8 cm.  | TAK |  |
|  | Wózek posiadający możliwość zamocowania materaca na wózku w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | TAK |  |
|  | Podstawa wózka osłonięta obudową wykonanaz tworzywa ABS z wyprofilowanym miejscem na min. 2-litrową butlę z gazem z zabezpieczającym paskiem z zapięciem na rzepy oraz wyprofilowanym miejscem na osobiste rzeczy pacjenta. Osłona podwozia łatwo demontowana bez użycia narzędzi w celu łatwej dezynfekcji. Nie dopuszcza się osłony przymocowanej na stałe bądź demontowanej za pomocą narzędzi.  | TAK |  |
|  | Dźwignia blokady centralnej dostępna przy każdym kole | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 200 kg  | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych z min. 2 kolory oraz ramy wózka w tym kolor szary.  | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 72 godz robocze | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 3 poz. 2 - Łóżeczko niemowlęce - 4 szt.**

Producent: …………………………………………

Kraj pochodzenia ……………………………….

Oferowany model ………………………………

Rok produkcji ……………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
|  | Konstrukcja wykonana z giętych rurek stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | TAK |  |
| 2. | Wymiary zewnętrzne łóżka:* Długość całkowita: 1000 mm (± 20 mm)
* Szerokość całkowita: 600 mm (± 20 mm)
 | TAK PODAĆ |  |
| 3. | Regulacja wysokości dokonywana bezstopniowo za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie:700 – 930 (± 20 mm) | TAK PODAĆ |  |
| 4. | Możliwość uzyskania pozycji wzdłużnych wanienki - Trendelenburga: 170 (± 20)regulowane za pomocą sprężyn gazowych z blokadą – regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
| 5. | Wyjmowana wanienka wykonana z wysokiej jakości przezroczystego tworzywa | TAK |  |
| 6. | Podstawa jezdna wyposażona w cztery kółka jezdne z blokadą z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem o średnicy min. 60 mm | TAK PODAĆ |  |
| 7. | Konstrukcja umożliwiająca najazd nad łóżko matki | TAK |  |
| 8. | Łóżeczko wyposażone w materac w pokrowcu z tkaniny oddychającej, zmywalnej, paroprzepuszczalnej | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 4 Wózek do przewozu chorych w pozycji leżącej oraz siedzącej -– 4 szt**

Producent: ……………………………………………..

Kraj pochodzenia ……………………………………

Oferowany model …………………………………..

Rok produkcji ………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) | TAK |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na **2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji** (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Platforma leża podzielona na 2 segmenty wypełnione płytami z tworzywa HPL **przeziernymi dla promieni RTG.** | TAK |  |
|  | **Platforma leża 2 segmentowa wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń**. | TAK |  |
|  | Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu (np. butli z tlenem) | TAK |  |
|  | **Możliwość zamontowania pionowego uchwytu na butlę z tlenem montowany bez użycia dodatkowych narzędzi** | TAK |  |
|  | Rozstaw pomiędzy kolumnami | 1082 mm |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze wózka (waga pacjent+ osprzęt i dodatkowe urządzenia) - min. 250 kg i dopuszczalna waga przewożonego pacjenta min. 215 kg | TAK |  |
|  | Długość całkowita wózka | 2170mm±30mm mm |  |
|  | Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami | 735mm |  |
|  | Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami | 790mm±10mm |  |
|  | Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min. 193 cm, szerokość min. 61 cm | TAK |  |
|  | **2 segmentowe leże całkowicie przezierne dla promieni RTG umożliwiające wykonanie zdjęć na całej długości leża (od głowy do stóp) i możliwością włożenia kasety RTG od strony wezgłowia, z obu boków wózka i od strony nóg (dostęp 3600)** | TAK |  |
|  | Min. 4 cm prześwit między platformą leża, a ramą wózka wyprofilowaną, w celu łatwego i bezpiecznego wprowadzania kasety RTG z każdej strony wózka (bez ograniczeń). | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony **w podziałkę w poprzek i wzdłuż leża** oraz wyprofilowaną ramę ułatwiającą pozycjonowanie kasety RTG. | TAK |  |
|  | **Składane, ergonomiczne rączki** do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i/lub nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). **Rączki składane poniżej poziomu materaca.** | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony **w piąte koło kierunkowe** z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie koła do podłoża. Piąte koło zapewnia znacznie lepsze manewrowanie i sterowanie wózkiem.  | TAK |  |
|  | Pojedyńcze koła o średnicy **co najmniej 15 cm**, antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem | TAK |  |
|  | **Hydrauliczna regulacja wysokości** leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie co najmniej: **61 – 91 cm** (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) | TAK |  |
|  | **Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy,** z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców (czerwony) i funkcji jazdy kierunkowej (zielony). | TAK |  |
|  | Centralny system blokowania kół obsługiwany z dwóch stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | TAK |  |
|  | **Barierki boczne chromowane, składane** (żółte elementy aktywujące) z gładką, wyprofilowaną powierzchnią tworzywową ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian. **Barierki boczne chowane pod leże** gwarantujące brak przerw transferowych. Wyprofilowane barierki z uchwytami do pchania/ciągnięcia na końcu wózka od strony nóg | TAK |  |
|  | **Regulacja segmentu pleców** manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie od **0°-90°.** | TAK |  |
|  | Możliwość uniesienia segmentu nóg w celu łatwiejszego czyszczenia i dezynfekcji powierzchni bezpośrednio pod leżem, gdzie wprowadza się kasety | TAK |  |
|  | **Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga** regulowana hydraulicznie w **zakresie ±16°** przy użyciu pedałów nożnych z obu dłuższych stron wózka | TAK |  |
|  | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka  | TAK |  |
|  | Uchwyty na worki urologiczne | TAK |  |
|  | Możliwość instalacji wieszaków infuzyjnych (min. 2 haczyki) lub innych akcesoriów w każdym narożu wózka | TAK |  |
|  | Materac piankowy 2 warstwowy, w pokrowcu z osłoną poliestrową, powlekany poliuretanem i poliamidem, z powierzchnią antypoślizgową , nieprzemakalny, o grubości ok. 8 cm, Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie. | TAK |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe (opcje)** |  |  |
|  | OPCJA: Teleskopowy chromowany **składany** wieszak infuzyjny 2 z regulacja wysokości (montaż stały) min. 2 haki. Łatwość użycia jedną ręką. **Max. obciążenie do 18 kg.** | TAK |  |
|  | OPCJA: Teleskopowy chromowany wieszak infuzyjny 2 częściowy z regulacją wysokości, **wyjmowany,** min. 2 haki.**Max. obciążenie do 6 kg** | TAK |  |
|  | OPCJA: Uchwyt na zamontowanie rolki z papierem do osłaniania i zabezpieczania powierzchni leża | TAK |  |
|  | OPCJA: Półka na defibrylator/monitor/uchwyt na dokumentację nie wychodząca poza obręb wózka | TAK |  |
|  | OPCJA: Pionowy uchwyt na butlę z tlenem mocowany od dowolnej strony leża montowany/demontowany bez użycia narzędzi. W trzech rozmiarach do wyboru. | TAK |  |
|  | **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** |  |  |
| 47 | Okres gwarancji na wózek | Min. 24 miesiące |  |
| 48 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 49 | Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych | 1 przegląd/rok |  |
| 50 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji | Max. 48 godzin |  |
| 51 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji  | Max. 30 dni |  |
| 52 | Instrukcja obsługi w j. polskim | TAK |  |
| 53 | Certyfikaty, Deklaracja zgodności, Dopuszczenie do obrotu | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pak. 5 Rejestrator EKG holterowski 12-kanałowy 48 godzinny Oddziału Kardiologicznego – 2 szt**

**Nazwa i typ:**  ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane warunki i parametry | Wymóg | Oferowane warunki i parametry |
| 1. | Rejestrator cyfrowy współpracujący z oprogramowaniem HOLDCARD 24W | Tak |  |
| 2. | Liczba rejestrowanych odprowadzeń 12 | Tak |  |
| 3. | Czas rejestracji 48 godziny | Tak |  |
| 4. | Liczba elektrod max.10 | Tak |  |
| 5. | Automatyczna rejestracja momentu rozpoczęcia badania (data, godzina) | Tak |  |
| 6. | Rejestracja bez kompresji danych  | Tak |  |
| 7. | Przycisk zdarzeń pacjenta | Tak |  |
| 8. | Detekcja pików rozrusznika serca | Tak |  |
| 9. | Zasilanie z dwóch baterii 1,5 V (AA) | Tak |  |
| 10. | Kontrola stanu baterii oraz podłączenia elektrod | Tak |  |
| 11. | Bezprzewodowa komunikacja rejestratora z komputerem  | Tak |  |
| 12. | Podgląd pełnego zapisu EKG ( 12 odprowadzeń) na monitorze komputera w czasie rzeczywistym  | Tak |  |
| 13. | Wyświetlacz graficzny LCD wbudowany w rejestrator | Tak |  |
| 14. | Zachowanie danych EKG bez zasilania rejestratora | Tak |  |
| 15. | Zapis danych pacjenta w rejestratorze. | Tak |  |
| 16. | Sygnalizacja stanu aktywności rejestratora | Tak |  |
| 17. | Masa max. 260 gram | Tak |  |
| 18. | Gwarancja min. 24 miesiące. | Tak |  |
| 19. | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 6 - Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa dla Oddziału Kardiologicznego – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wymagania graniczne** | **TAK / NIE****Opis** |
| **I** | **Wymagania ogólne** |
| 1 | Nazwa urządzenia  | Podać |  |
| 2 | Typ urządzenia  | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | Tak |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez Wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytkowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE ), tzn., że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2010 Nr 107, poz. 679) oraz zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej | Tak |  |
| 7 | Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim | Tak |  |
| 8 | Klawiatura alfanumeryczna | Tak |  |
| 9 | Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji | Tak |  |
| 10 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml | Tak |  |
| 11 | Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych (minimum 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek | Tak, podać |  |
| 12 | Automatyczne rozpoznawanie strzykawek | Tak  |  |
| 13 | Zakres szybkości infuzji przynajmniej co 0,1 ml/h:0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | Tak, podać |  |
| 14 | Programowanie infuzji w jednostkach (minimum): ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min | Tak, podać |  |
| 15 | Dokładność szybkości dozowania +/-2% | Tak |  |
| 16 | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu | Tak |  |
| 17 | Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej BOLUS (minimum) co 0,1 ml/h:do 400 ml/h dla strzykawek 5/6 mldo 600 ml/h dla strzykawek 10/12 mldo 1000 ml/h dla strzykawek 20 mldo 1200 ml/h dla strzykawek 30/35 mldo 2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | Tak, podać |  |
| 18 | Możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |
| 19 | Możliwość podglądu zaprogramowanych parametrów infuzji | Tak |  |
| 20 | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury  | Tak |  |
| 21 | Programowana objętość infuzji co 0,1 ml (minimum) w zakresie 0,1 do 999,9 ml | Tak |  |
| 22 | Programowanie:-prędkości, -prędkości i objętości, -prędkości i czasu, -objętości i czasu | Tak |  |
| 23 | Ustawianie wartości ciśnienia okluzji przynajmniej7 poziomów w zakresie 300-900 mmHg  | Tak, podać |  |
| 24 | Możliwość programowania nazwy oddziału | Tak, podać |  |
| 25 | Wyświetlanie nazw (minimum) 30 leków (możliwość wymiany wszystkich nazw leków) | Tak, podać |  |
| 26 | Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (minimum) 16 profili | Tak, podać |  |
| 27 | Funkcja KVO programowalna w zakresie (minimum) 0-5 ml/h co 0,1 ml/h | Tak, podać |  |
| 28 | Funkcja Stand-By programowana 1sek-24h | Tak, podać |  |
| 29 | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1 min do 99 godzin | Tak, podać |  |
| 30 | Rejestr zdarzeń (minimum) 2000  | Tak, podać |  |
| 31 | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń. Podać listę alarmów. | Tak, podać |  |
| 32 | Regulacja głośności alarmu | Tak, podać |  |
| 33 | Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka, łóżka, stacji dokującej MD | Tak |  |
| 34 | Zasilanie sieciowe: 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny) | Tak |  |
| 35 | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe (minimum)-20h przy przepływie 5 ml/h -4h przy przepływie 100 ml/h  | Tak, podać |  |
| 36 | Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego | Tak |  |
| 37 | Klasa ochronności [minimum[ I, CF, odporność na defibrylację | Tak |  |
| 38 | Port komunikacyjny np. RS-232 | Tak |  |
| 39 | Masa urządzenia (z akumulatorem) max 2,5 kg | Tak, podać |  |
| 40 | Stojak na kółkach mobilny pasujący do opisanej pompy | Tak |  |
| **II.** | **Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |
| 1 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 2 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do 7 dni roboczych) | Tak, podać |  |
| 3 | Liczba napraw uprawniających uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 4 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel, fax |  |
| 5 | Dostępność części zamiennych po ustaniu produkcji zaoferowanego modelu (minimum)10 lat | Tak, podać |  |
| 6 | Gwarancja min. 24 miesiące. | Tak |  |
| 7 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Do oferty należy dołączyć materiały producenta w języku polskim potwierdzające spełnienie w/w parametrów.

Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz

***Załącznik 1 a***

**Pak. 7 Pompa strzykawkowa z funkcją PCA – 2 szt**

**Nazwa i typ:**  ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane warunki i parametry | Wymóg | Oferowane warunki i parametry |
|  | Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi . | Tak |  |
|  | Strzykawka automatycznie mocowana od przodu .  | Tak |  |
|  | Możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego  | Tak |  |
|  | Możliwość zatrzaskowego mocowania i współpracy ze stacją dokującą | Tak |  |
|  | Napięcie 11-16 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub Stacji Dokującej  | Tak |  |
|  | Masa pompy ok. 1,5 kg | Tak |  |
|  | Wymiary 280 x 80 x 170 mm (szer. x wys. X gł.) | Tak |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania i pompy do rur pionowych i poziomych | Tak |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia do 3 pomp zasilanych jednym przewodem nie wymagającym dodatkowych elementów. | Tak |  |
|  | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na 9 poziomach | Tak |  |
|  | Mocowanie do pionowego statywu/rury 3 pomp jednym uchwytem.  | Tak |  |
|  | Dokładność mechaniczna <<±0,5% | Tak |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany  | Tak |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji  | Tak |  |
|  | Różne tryby infuzji: Piggy-Back; Wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki. | Tak |  |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu ( np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)  | Tak |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów  | Tak |  |
|  | Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99ml/h programowana co 0,01ml/godz.  | Tak |  |
|  | Prędkości bolusa min:dla strzykawki o poj.3ml =1-150 ml/hdla strzykawki o poj.5ml =1-300 ml/hdla strzykawki o poj.10ml =1-500 ml/hdla strzykawki o poj.20ml =1-800 ml/hdla strzykawki o poj.30ml =1-1200 ml/hdla strzykawki o poj.50/60ml =1-1800 ml/h | Tak |  |
|  | Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały do 50 | Tak |  |
|  | Biblioteka Leków zawierająca 1 200 leków z możliwością podzielenia na min.30 grup.  | Tak |  |
|  | Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji i rozłączenia linii bez konieczności stosowania specjalnych drenów | Tak |  |
|  | Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max;limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji.  | Tak |  |
|  | Menu w języku polskim  | Tak |  |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej.  | Tak |  |
|  | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika. | Tak |  |
|  | Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml | Tak |  |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1min – 99:59 godzin | Tak |  |
|  | Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - 3 pompy.  | Tak |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TCI/TIVA  | Tak |  |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA i PCEA  | Tak |  |
|  | Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232. | Tak |  |
|  | Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp poza stacją dokującą z komputerem. | Tak |  |
|  | Funkcja - automatycznego przejmowania infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej  | Tak |  |
|  | Zestaw do PCA. Przycisk dla pacjenta wraz zmocowaniem, sporządzenie biblioteki leków, zainstalowanie programu w pompie. | Tak |  |
|  | Zasilacz do pasujący do pompy | Tak |  |
|  | Uchwyt uniwersalny dopasowany do pompy | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 8 - Wózek na zestaw reanimacyjny – 1 szt**

**Nazwa i typ:**  ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Wózek do aparatury medycznej 2 półkowy, wymiary w zakresie: 700 – 730 x 550 – 580 x 1200 - 1250 mm (szerokość, głębokość, wysokość); waga wózka max. 20 kg | TAK |  |
| 2 | Wykonany w całości ze stali lakierowanej proszkowo | TAK |  |
| 3. | Konstrukcja kolumnowa umożliwiająca regulacjęwysokości półek środkowych w zakresie min 60 mm | TAK |  |
| 4. | Wyposażony w pulpit wysuwany pod górna półką, listwę zasilającą, uchwyt do przemieszczania z przodu montowany do półki | TAK |  |
| 5. | Zespół jezdny składający się z min 4 kół o średnicy min 110 mm, min 2 koła wyposażone w blokadę, koła p/pyłowe, obrotowe | TAK |  |
| 6. | Min 4 krążki odbojowe; wszystkie krawędzie wózka zaokrąglone, bezpieczne | TAK |  |
| 7. | Kontener z min 4 szufladami, z frontami o wysokości min 130 oraz min 170 mm, samoczynnie domykające się | TAK |  |
| 8. | Min 2 szyny szpitalne (proste) sprzętowe na akcesoria, sprzęt medyczny | TAK |  |
| 9. | 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 |  |
| 10. | **Obrotowa podstawa pod defibrylator** | TAK |  |
| 11. | **Uchwyty na ssak** | TAK |  |
| 12. | **Listwa zasilająca** | TAK |  |
| 13. | Półka pod defibrylator z regulacją wysokości o obciążeniu max 8 kg | TAK |  |
| 14. | Wieszak na płyny infuzyjne z min 2 haczykami - regulowany | TAK |  |
| 15. | Pojemnik na cewniki ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
| 16. | Uchwyt z pojemnikiem na zużyte igły | TAK |  |
| 17. | **Koszyk na akcesoria** | TAK |  |
| 18. | Stelaż z pokrywą do worka na odpady | TAK |  |
| 19. | **Zamek centralny** | TAK |  |
| 20. | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |

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

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)

***Załącznik 1 a***

**Pakiet nr 9 Negatoskop LED z uchwytem/podstawką na biurko – 1 szt**

**Nazwa i typ:**  ……………………………..…………………………

**Nazwa producenta:** ……………..…………………………………………

**Kraj produkcji:** …………………………………..……………………

**Rok produkcji:**  …..……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| 1. | Podświetlenie negatoskopu w technologii LED  | TAK |  |
| 2 | Minimum trzy(3) klatkowy | TAK |  |
| 3. | Minimalne wymiary ekranu: 108 cm x 43 cm | TAK |  |
| 4. | Automatyczny wyłącznik światła | TAK |  |
| 5. | Waga nie większa niż 14kg | TAK |  |
| 6. | Zasilanie 230 V, 50; 60 Hz | TAK |  |
| 7. | Pobór moc nie większy niż 220W | TAK |  |
| 8. | Regulacja natężenia światła w zakresie 10-100% wartości maksymalnej, pozbawiona efektu migotania | TAK |  |
| 9. | Natężenie światła:6000 cd/m2 - 19.000,00 lux | TAK |  |
| 10. | Równomierność oświetlenia większa bądź równa 95% | TAK |  |
| 11. | Mocowanie: ściana, podstawa biurkowa | TAK |  |
| 12. | Posiadający certyfikaty do pracy w Szpitalu | TAK |  |
| 13. | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |

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

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy na zewnątrz)