**Załącznik nr 2/1**

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku**

**nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 4/2019**

**Pakiet nr 1:** sprzęt medyczny dla potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych w tym:

1. **Poradni Okulistycznej** zawierający:

* Autorefraktometr dla dzieci w ilości 1 sztuki,
* USG okulistyczne w ilości 1 sztuki,
* Kaseta okularowa w ilości 1 sztuki,

1. **Pracowni Endoskopii** zawierający:

* Kolonoskop w ilości 2 sztuk,
* Gastroskop w ilości 2 sztuk,
* Monitor do toru wizyjnego w ilości 1 sztuki,
* Procesor w ilości 1 sztuki,
* Łóżko zabiegowe z wagą w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Otolaryngologicznej** zawierający:

* Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki,
* Fotel laryngologiczny w ilości 1 sztuki,
* Mikroskop laryngologiczny w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Chirurgicznej** zawierający:

* Laser do usuwania znamion w ilości 1 sztuki,
* Rektoskop w ilości 1 sztuki,
* Diatermia w ilości 1 sztuki,
* Piła do zdejmowania gipsu w ilości 1 sztuki,
* Wiertarka w ilości 1 sztuki,
* Lampa zabiegowa w ilości 1 sztuki,
* USG w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Ginekologiczno- Położniczej** zawierający:

* Aparat do krioagulacji w ilości 1 sztuki,
* KTG z przystawką do ciąży bliźniaczej i z dwiema analizami w ilości 1 sztuki,
* USG w ilości 1 sztuki,
* Fotel ginekologiczny z wyposażeniem i z leżanką w ilości 1 sztuki,
* Detektor tętna płodu w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Reumatologicznej** zawierający:

* Densytometr w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Zdrowia Psychicznego** zawierający:

* Aparat EEG w ilości 1 sztuki,

1. **NPL** zawierający:

* Aparat EKG w ilości 1 sztuki,
* Waga medyczna w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Kardiologicznej** zawierający:

* Rejestrator EKG w ilości 2 sztuk,
* Rejestrator RR w ilości 4 sztuk,
* EKG w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Pulmonologicznej** zawierający:

* Spirometr w ilości 1 sztuki,
* Ssak elektryczny w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Diabetologicznej** zawierający:

* Aparat EKG z podłączeniem w ilości 1 sztuki,

1. **Poradni Neonatologicznej** zawierający:

* Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka) w ilości 1 sztuki,
* Waga niemowlęca w ilości 1 sztuki,
* Pulsoksymetr w ilości 1 sztuki,
* Lampa bezcieniowa w ilości 1 sztuki,

1. **Zakładu Rehabilitacji(ul. KEN 1)** zawierający:

* Dynamiczna platforma balansowa w ilości 1 sztuki,
* Stół do masażu w ilości 1 sztuki,
* Cykloergometr w ilości 1 sztuki,
* Laser w ilości 1 sztuki,
* Urządzenie do aktywnej terapii ręki w ilości 1 sztuki,

1. **Zakładu Rehabilitacji (ul. 1 Maja)** zawierający:

* Aparat do elektroterapii w ilości 1 sztuki,
* Aparat do krioterapii w ilości 1 sztuki,
* Lampa Solux w ilości 1 sztuki,

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

1. Poradnia Okulistyczna.

**Autorefraktometr dla dzieci w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………..

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Autorefraktometr dla dzieci i niemowląt. | | TAK | |  |
|  | Ekran dotykowy min. 5.7 ‘’. | | TAK | |  |
|  | Złącza min. 2x USB; IR; SD; WLAN | | TAK | |  |
|  | Waga maks. 1 kg. | | TAK | |  |
|  | Technologia pomiaru min. obuoczna retinoskopia światłem podczerwonym z podświetleniem min. 54 diod LED. | | TAK | |  |
|  | Zakres pomiarowy min. Od -7.00 do +5.00 dtp (w krokach min. Co 0.25 dtp). | | TAK | |  |
|  | Średnica źrenicy min. Od 4.00 do 8.00 mm (w krokach co min. 0.1 mm) | | TAK | |  |
|  | Wyposażony w drukarkę termiczną. | | TAK | |  |
|  | Interfejs WLAN. | | TAK | |  |
|  | Zasilanie 6x bateria wielokrotnego ładowania AA. | | TAK | |  |
|  | Baza danych pacjentów min. 100 000 wpisów. | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.  Niespełnienie choćby jednego z wymogów technicznych stawianych przez Zamawiającego w niniejszej tabeli spowoduje odrzucenie oferty. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- *kryterium* |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**USG okulistyczne w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Ultrasonograf okulistyczny - możliwa kompletna diagnostyka ultrasonograficzna | | TAK | |  |
|  | Konfiguracja modułowa | | TAK | |  |
|  | Urządzenie kompaktowe ze zintegrowanym odchylanym ekranem dotykowym i wbudowaną drukarką termiczną | | TAK | |  |
|  | Głowica typu A-scan 10 MHz | | TAK | |  |
|  | Pomiar długości osiowej min. 15.00-45.00 mm, pomiar grubości soczewki 2.00 - 6.00mm | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość pomiaru / dokładność: 0,01 mm / +/- 0,1 mm | | TAK | |  |
|  | Metody kalkulacji soczewek wewnątrzgałkowych: Haigisoptimized, Hoffer®Q, Holladay, SRK /T, SRK SHOWA, Shammas- PL, SRK/T Double K | | TAK | |  |
|  | Głowica typu B-scan 10 MHz dwupierścieniowa z dodatkową częstotliwością harmoniczną | | TAK | |  |
|  | Podstawowy tryb klatek: 20 klatek / sekundę | | TAK | |  |
|  | Maksymalna liczba klatek w filmie min. 200 | | TAK | |  |
|  | Dla głowicy B: Rozdzielczość osiowa i poprzeczna min. 0,6 mm/ dokładność pomiaru między kursorami +/- 0,5 mm | | TAK | |  |
|  | Zakres wyświetlania obrazów  - Standardowy: min. 35.2mm / 52°   - Szerokokątny min. 48.0mm / 52° | | TAK | |  |
|  | Możliwość podłączenia sondy pachymetrycznej 20 MHz | | TAK | |  |
|  | Możliwość podłączenia Sondy UBM 40 MHz , min. 10 klatek/s, rozdzielczość axialna min. 0,05mm, min. 450 linii akustycznych | | TAK | |  |
|  | Monitor: wbudowana wysokiej rozdzielczości kolorowa, dotykowa matryca TFT LCD o wielkości 10,4" | | TAK | |  |
|  | Dane zapisywane na pamięci USB | | TAK | |  |
|  | Możliwość podłączenia do biometru optycznego OA-2000 (przez złącze picBridge) | | TAK | |  |
|  | Wymiary szer. / gł. / wys.: max. 310 x 220 x 330 mm | | TAK | |  |
|  | Waga: max. do 6,5 kg | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- *kryterium* |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Kaseta okularowa w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
| 1. | Zakres szkieł sferycznych: min. 39 par dla szkieł wklęsłych (-) oraz wypukłych (+) w zakresach: | | TAK |  | |
| 2. | * 0.25D do 6.00D w krokach min. Co 0.25 * 6.50D do 10.00D w krokach min. Co 0.50 * 11.00D do 14.00D w krokach min. Co 1.00 * 16.00D do 20.00D w krokach min. Co 2.00 | | TAK |  | |
| 3. | Zakres szkieł cylindrycznych: min. 20 par dla szkieł wklęsłych (-) i wypukłych (+) w zakresach: | | TAK |  | |
| 4. | * 0.25D do 4.00D w krokach min. Co 0.25 * 4.50D do 6.00D w krokach min. Co 0.50 | | TAK |  | |
| 5. | Zakres szkieł pryzmatycznych min. 14 szkieł: 0.5(2), 1.0(2), 2.0(2), 3.0(2), 4.0(2), 5.0, 6.0, 8.0, 10.0 | | TAK |  | |
| 6. | Akcesoria min.: 10 szkieł Maddox; krzyż wygrawerowany na szkle; Pin hole (2); okulder; szczelina; czerwony i zielony filtr; cylinder skrzyżowany; szkło o wartości 0D | | TAK |  | |
| 7. | Wszystkie szkła w metalowych oprawkach, nie ograniczających pola widzenia, cylindry wyraźnie zaznaczone kolorem oraz szlifem na szkle. | | TAK |  | |
| 8. | Dodatkowo oś cylindra ustawiona jest w osi uchwytu szkła, co ułatwia pracę w ciemnym pomieszczeniu. | | TAK |  | |
| 9. | Całość zestawu w skórzanej przenośnej walizce. | | TAK |  | |
| 10. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  | |
| 11. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu . | | TAK |  | |
| 12. | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | TAK |  | |
| 13. | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | TAK |  | |
| 14. | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- *kryterium* |  |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

II. Pracownia Endoskopii.

**Kolonoskop w ilości 2 sztuk:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Kąt obserwacji 1400 | | | TAK | |  | |
|  | Głębia ostrości min 3-100 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika: max 12,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Długość robocza min 1500 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 12,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica kanału roboczego: min 3,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  -w górę. 1800  -w dół. 1800  -w lewo .1600  -w prawo 1600 | | | TAK | |  | |
|  | Kanał do spłukiwania pola obserwacji -Water Jet | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Gastroskop w ilości 2 sztuk:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Kąt obserwacji 1400 | | | TAK | |  | |
|  | Głębia ostrości min 4-100 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika: max 9,3 mm | | | TAK | |  | |
|  | Długość robocza min 1050 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 9,4 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica kanału roboczego: min 2,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  -w górę. 2100  -w dół. 900  -w lewo .1000  -w prawo 1000 | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Monitor do toru wizyjnego w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Przekątna min. 24 cale | | | TAK | |  |
|  | Matryca TFT LCD (LED) | | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość obrazu1920 x 1200 pixeli | | | TAK | |  |
|  | Jasność 300 cd/m2 | | | TAK | |  |
|  | Kąt widzenia obrazu prawo/lewo góra/dół min. 170o | | | TAK | |  |
|  | Współczynnik kontrastu 1000:1 | | | TAK | |  |
|  | Format obrazowania 16:10 | | | TAK | |  |
|  | Sygnał wejścia: DVI, SDI, VGA, C-Video,  S-Video | | | TAK | |  |
|  | Sygnał wyjścia: SDI | | | TAK | |  |
|  | Czas reakcji max. 14 ms | | | TAK | |  |
|  | Waga max. 8 kg | | | TAK | |  |
|  | Instrukcja w języku polskim. | | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Procesor w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Obrazowanie HDTV 1080p | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość powiększenia ruchomego obrazu endoskopowego podczas badania w trybie rzeczywistym | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość przyłączenia wideokolonoskopu z powiększeniem optycznym min 100x (podać typ endoskopu) | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja obrazowania tkanki w wąskim paśmie światła uruchamiana automatycznie przyciskiem na głowicy endoskopu w trakcie badania endoskopowego | | | TAK | |  | |
|  | Wyostrzenie obrazu | | | TAK | |  | |
|  | Rozdzielczość obrazu 1920x1080 | | | TAK | |  | |
|  | Automatyczny balans bieli | | | TAK | |  | |
|  | Wyjście DVI, S-VHS, USB, RGB | | | TAK | |  | |
|  | Edycja opisów na ekranie | | | TAK | |  | |
|  | Zamrażanie obrazu | | | TAK | |  | |
|  | Wbudowany czytnik na kartę pamięci lub pendrive | | | TAK | |  | |
|  | Zoom elektroniczny | | | TAK | |  | |
|  | Wybarwianie wybraną wiązką światła w czasie rzeczywistym (min. 3 wiązki) | | | TAK | |  | |
| **ŹRÓDŁO ŚWIATŁA - 1szt.** | | | | | | | |
|  | Źródło światła xenon | | | TAK | |  | |
|  | Moc oświetlenia – 300W | | | TAK | |  | |
|  | Lampa zapasowa włączana w momencie awarii lampy głównej | | | TAK | |  | |
|  | Zapasowa lampa halogenowa min. 35W | | | TAK | |  | |
|  | Wbudowana pompa powietrza regulowana min 3 zakresy | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Łóżko zabiegowe z wagą w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | 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 w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem. Szczyty blokowane za pomocą dwóch pokręteł. | | | TAK | |  | |
|  | Konstrukcja szczytu wypełniona w środku tworzywowym odlewem, szczyty jako monolityczna bryła. Nie dopuszcza się szczytów, które składają się z dwóch tworzywowych wyprasek sklejonych ze sobą z wewnętrzną metalową rurą. | | | TAK | |  | |
|  | Szczyt montowany do ramy leża za pomocą dwóch pojedynczych metalowych rurek zatopionych w wyprofilowanych otworach, które wsuwa się do tulei zlokalizowanych w narożnikach ramy łóżka. Nie dopuszcza się szczytów przykręcanych/montowanych do metalowej rury w kształcie litery C i U. | | | TAK | |  | |
|  | Szczyt łóżka od strony głowy nie poruszający się wraz z leżem, będący zamocowany na stałe – rozwiązanie zabezpieczające przed niszczeniem ścian, paneli nadłóżkowych przy regulacji funkcji Trendelenburga w sytuacjach ruchomego szczytu i powodowania konsekwencji ekonomicznych dla szpitala. | | | TAK | |  | |
|  | Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm. | | | TAK | |  | |
|  | Barierki dzielone w pełni zabezpieczające pacjenta, zgodne z Normą EN 60601-2-52. Barierki tworzywowe poruszające się wraz z segmentami leża – zabezpieczające również w pozycji siedzącej w odróżnieniu do barierek jednoczęściowych. Zintegrowane w uchwytach barierki wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia pleców z zaznaczeniem kąta 30, 60 i 90 i kata nachylenia leża. | | | TAK | |  | |
|  | Barierki trzyczęściowe zabezpieczające pacjenta na całej długości leża:  - górna barierka zabezpieczająca segment pleców, chroniąca pacjenta również podczas pozycji siedzącej, opuszczana poniżej poziomu materaca. Barierka poruszająca się wraz z segmentem pleców.  - barierka zabezpieczająca segment stały oraz podudzia, opuszczana poniżej poziomu materaca,  - barierka zabezpieczająca segment podudzia, demontowalna i odchylana. | | | TAK | |  | |
|  | Barierki tworzywowe, jednorodne bez elementów łączenia, klejenia, skręcania. Nie dopuszcza się barierek o konstrukcji składającej się z kilku łączonych elementów i posiadających potencjalne miejsca gromadzenia się drobnoustrojów. | | | TAK | |  | |
|  | Barierki boczne wspomagane sprężynami gazowymi umożliwiającymi na ciche i lekkie regulacje wykonane przez personel medyczny. Nie dopuszcza się ciężkich barierek o wadze przewyższającej 5 kg danego segmentu barierki. | | | TAK | |  | |
|  | Zintegrowane sterowanie w barierkach umieszczone w części barierki od strony głowy na wysokości wzroku leżącego pacjenta z dużymi wyraźnymi piktogramami w celu łatwej identyfikacji regulacji przez pacjenta z wadami wzroku. | | | TAK | |  | |
|  | Leże łóżka 4 – sekcyjne oparte na nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami.  Nie dopuszcza się rozwiązań konstrukcyjnych opartych na pantografie, mechanizmach korbowych czy też kolumnach niecylindrycznych niezabezpieczonych przed wnikaniem zanieczyszczeń – posiadających wiele trudnodostępnych miejsc – utrudniających lub tez uniemożliwiających skuteczną dezynfekcje/czyszczenie łóżka/ i zwiększających ryzyko powstawania infekcji a co za tym idzie narażające na niebezpieczeństwo pacjenta i powodujące powstawanie kolejnych kosztów dla szpitala (dodatkowa terapia, dodatkowe koszty) | | | TAK | |  | |
|  | Segment pleców przezierny dla promieni RTG pozwalający na wykonywanie zdjęć aparatem RTG w pozycji leżącej i siedzącej pacjenta / segment pleców wyposażony w pozycjoner kasety RTG pod leżem łóżka/ nie dopuszcza się rozwiązań niebezpiecznych dla pacjenta wymagających jego przemieszczania przy wykonywaniu zdjęć (np. wkładania kasety RTG pod materac lub pacjenta bezpośrednio) . Pozycjoner kasety pod segmentem pleców wyposażony w system naprowadzający ustawienie w celu wykonania poprawnego zdjęcia pozwalającego na diagnozę stanu płuc pacjenta czy to w przypadkach respiratorowego zapalenia płuc czy też bezpowietrzności miąższu płucnego spowodowana zamknięciem oskrzela doprowadzającego powietrze do określonego obszaru miąższu płucnego lub uciskiem (niedodmy z ucisku) będącym skutkiem obecności płynu w jamie opłucnowej lub innej zmiany uciskającej na miąższ płucny. | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość współpracy z ramieniem C na odcinku od głowy aż do miednicy (konstrukcja łóżka umożliwia podjechanie ramieniem C w środkowej części łóżka) . Rozwiązanie konstrukcyjne na odcinku leża od głowy do miednicy pozbawione nieprzeziernych komponentów utrudniających wykonanie zdjęcia/diagnozy zarówno respiratorowego zapalenia płuc jak i niedodmy. | | | TAK | |  | |
|  | Tworzywowe koła o średnicy 150mm z systemem  sterowania jazdy na wprost i boki z centralnym systemem hamulcowym. System wyposażony w piąte koło będące gwarantem mobilności i zmniejszenia wysiłku personelu medycznego podczas manewrowania oraz ułatwienia przemieszczenia łózka w pomieszczeniach o ograniczonej przestrzeni- np. wąskich korytarzach, windach. | | | TAK | |  | |
|  | System hamulcowy wyposażony w zabezpieczenie przed pozostawieniem łóżka w pozycji niezablokowanej w postaci alarmu odblokowanych kół. Alarm uruchamia się po podłączeniu łóżka do sieci elektrycznej . | | | TAK | |  | |
|  | sterowanie elektryczne przy pomocy :   * Zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych zarówno od strony wewnętrznej dla pacjenta jak i zewnętrznej dla personelu, sterowanie regulacji wysokości leża, kąta nachylenia segmentu pleców oraz uda, a także funkcji Autokontur.   **W celach bezpieczeństwa brak funkcji krzesła kardilogicznego, Trendelenburga i CPR w barierkach bocznych.**   * Sterowania nożnego regulacji wysokości oraz funkcji egzaminacyjnej zabezpieczonego przed wystąpieniem sytuacji nieświadomej regulacji łóżka np. upadku pacjenta i zakleszczenia na skutek naciśnięcia regulacji w dół (możliwość indywidualnego zablokowania mechanizmu sterowania nożnego z panelu sterującego). Panel sterowania nożnego zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem – konieczność dwukrotnego naciśnięcia przycisku. * Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego kilkucentymetrowe piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku. Panel podzielony na 3 strefy, oznaczone kolorystyczne dla bardziej intuicyjnej obsługi. | | | TAK | |  | |
|  | Długość zewnętrzna łóżka – 2200mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża do minimum długości 2400mm dla pacjentów wysokiego wzrostu. | | | TAK | |  | |
|  | Szerokość zewnętrzna łóżka przy podniesionych barierkach / wymagana konfiguracja barierek przy transporcie pacjenta/ nie więcej niż 1050mm. | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 400 mm do 780 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Nie dopuszcza się rozwiązań o wysokości minimalnej wyższej narażającej pacjenta na ryzyko upadków. | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° +/- 5° | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° +/- 5°. | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna pozycji Anty- i Trendelenburga 13° (+/-2o)– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:  - regulacji wysokości  - regulacji części plecowej  - regulacji części nożnej  - regulacji pozycji Trendelenburga i anty-  Trendelenburga  -krzesła kardiologicznego  -sterowników nożnych | | | TAK | |  | |
|  | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją diodową na panelu sterowniczym o podłączeniu do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka. Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. Nie dopuszcza się przewodów prostych oraz dodatkowych uchwytów do nawijania przewodu. | | | TAK | |  | |
|  | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu . | | | TAK | |  | |
|  | Inteligentny wskaźnik baterii pokazujący nie tylko stan naładowania akumulatorów, ale również diagnozujący przypuszczalną żywotność baterii i informujący o konieczności zaplanowania terminu wymiany w celu uniknięcia sytuacji na oddziale kiedy w sytuacji zagrożenia życia łóżko z powodów braku prądu, niesprawnego akumulatora, wyczerpanej baterii i zepsutej baterii zwiększy ryzyko nie uratowania życia, wskaźnik umieszczony na panelu centralnym montowanym na szczycie od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji dostępne w sterowaniu: na panelu i w barierkach, przycisk oznaczony w wyraźny sposób. | | | TAK | |  | |
|  | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem sterowania nożnego poprzez konieczność świadomego podniesienia osłony chroniącej. | | | TAK | |  | |
|  | Odłączenie wszelkich regulacji z pilota lub panelu po min 180 sekundach nieużywania regulacji chroniącej pacjenta przed nagłymi niepożądanymi regulacjami (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji). | | | TAK | |  | |
|  | Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub tez o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. | | | TAK | |  | |
|  | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR. | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja zaawansowanej autoregresji segmentu pleców i uda o parametrach niwelujących ryzyko powstawania odleżyn, polegająca nie tylko na odsuwaniu dolnej krawędzi segmentu w trakcie podnoszenia, dolna krawędź dodatkowo się unosi. Rozwiązanie zabezpiecza pacjenta przeciw odleżynom 1-4 stopnia. | | | TAK | |  | |
|  | Segment stały jako wskaźnik właściwego ułożenia bioder pacjenta. | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy panelu oraz zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych i panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | Sterowanie nożne regulacji wysokości oraz pozycji egzaminacyjnej czyli wyzerowania się leża i górnej pozycji wysokości umożliwiających obsługę łóżka w sytuacjach gdy personel nie chce używać rąk (np. Ma ubrane rękawice i po naciśnięciu przycisku ręką powinien je wymienić). Nie dopuszcza się pozycji egzaminacyjnej sterowanej wyłącznie z panelu sterowniczego – takie rozwiązanie nie powoduje ograniczenia ryzyka infekcji ze względu na oferowaną funkcję /konieczność wymiany rękawic / . | | | TAK | |  | |
|  | Panele sterujące nożne zabezpieczone przed wnikaniem wody i pyłów. Przyciski z gumową osłoną. Nie dopuszcza się sterowników nożnych z odsłoniętymi tworzywowymi przyciskami. | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | | | TAK | |  | |
|  | elektryczna funkcja CPR (wypoziomowania wszystkich segmentów i opuszczania leża do minimalnej wysokości) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | Elektryczna pozycja antyszokowa (wypoziomowania wszystkich segmentów i wykonania przechyłu Trendelenburga) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | elektryczna, pozycja egzaminacyjna (wypoziomowanie wszystkich segmentów i podwyższenie leża do maksymalnej wysokości w celu nie narażania personelu medycznego na zginanie się nad pacjentem)– sterowanie przy pomocy przycisków nożnych i dodatkowego jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | Elektryczna pozycja mobilizacyjna (podniesienie segmentu oparcia pleców oraz obniżenie wysokości do minimalnej) sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg . | | | TAK | |  | |
|  | Łóżko wyposażone w wysuwaną spod leża rączkę służącą do podpierania się podczas wstawania. Rączka posiadająca wbudowane przyciski do regulacji wysokości. | | | TAK | |  | |
|  | Łóżko wyposażone w precyzyjny układ ważenia odnotowujący stan rzeczywisty(całkowitą wagę pacjenta)– przedstawiony na elektronicznym wyświetlaczu. Wyświetlacz oraz przyciski do regulacji ustawień wagi umieszczone na stałe w ramie leża, pod szczytem od strony nóg, w celu łatwego odczytu danych. Nie dopuszcza się systemu ważenia obarczonego wadą pomiaru polegająca na różnym pomiarze ze względu na umiejscowienie pacjenta. Wyklucza się sytuacje umieszczenia pacjenta w jednym miejscu , a następnie w innym i uzyskanie różnych pomiarów. | | | TAK | |  | |
|  | Wysoka precyzyjność pomiarów . możliwość ustawienia dokładności wyświetlania pomiarów masy ciała 100g lub 500g. | | | TAK | |  | |
|  | Pomiary uniezależnione od wyposażenia jak np. wieszak kroplówki czy też woreczki urologiczne. Wymienione wyposażenie nie może rzutować na jakość dokonywanego pomiaru. | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja zamrażania pomiaru na czas wymiany pościeli, piżamy, w przypadku konieczności dołożenia koca itp., po wyłączeniu funkcji wyświetlacz wskazuje tylko wagę pacjenta, a dołożenie w/w elementów nie rzutuje na wyniki pomiaru. | | | TAK | |  | |
|  | Alarm dźwiękowy opuszczenia łóżka przez pacjenta oraz sygnalizujący zmianę pozycji pacjenta na łóżku z możliwością ich wyciszenia | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja regulacji głośności alarmów. | | | TAK | |  | |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego | | | TAK | |  | |
|  | System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia. | | | TAK | |  | |
|  | 4 kółka odbojowe chroniące przed uszkodzeniami. | | | TAK | |  | |
|  | Wyposażenie:   * Barierki, dzielone, opisane powyżej * Materac w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nie przepuszczającym wody. Pokrowiec odpinany 180o. Zamek zabezpieczony przed wnikaniem płynów. Wysokość materaca 140mm. Materac składający się z dwóch rodzajów piany ułożonych warstwowo, dolna warstwa wykonana ze zwykłej piany gwarantująca stabilność materaca, górna warstwa wykonana z pianki z pamięcią kształtu ciała w celu lepszej dystrybucji masy pacjenta, | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

1. Poradnia Otolaryngologiczna.

**Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Zintegrowany system diagnostyczny do monitorowania, zarządzania funkcja i życiowymi i oceny fizycznej pacjenta. | | TAK | |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czytelny, kolorowy wyświetlacz 10.1 "(16: 9) TFT LCD z ekranem dotykowym. | | TAK | |  |
|  | Wbudowane: otoskop, oftalmoskop i depresor języka. | | TAK | |  |
|  | System naścienny oszczędzający przestrzeń i eliminujący splątane, wiszące przewody. | | TAK | |  |
|  | Min. 4 porty USB do podłączenia wyposażenia tj.: mysz komputerowa, klawiaturowa komputerowa, skaner kodów kreskowych, drukarka itp. | | TAK | |  |
|  | Ręczne wprowadzanie pomiarów (waga, wzrost, częstotliwość oddechów, ból). | | TAK | |  |
|  | System zapewniający miejsce do przechowywania dodatkowych mankietów do pomiaru ciśnienia krwi. | | TAK | |  |
|  | Możliwość prezentacji wyników pacjenta na dużym ekranie. | | TAK | |  |
|  | Możliwe wyposażenie dodatkowe tj.: zintegrowany glukometrbluetooth, termometr elektroniczny. | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Fotel laryngologiczny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Podstawa fotela oraz kolumna posiadające tworzywową osłonę zabezpieczającą elementy konstrukcyjne przed uderzeniami. Podstawa w kolorze szarym. | | | TAK | |  |
|  | Segmenty pokryte bezszwowymi materacami w postaci odlewów z pianki poliuretanowej. | | | TAK | |  |
|  | Wysokość regulowana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie min. 750-1050 mm. | | | TAK | |  |
|  | Regulacja segmentu pleców umożliwiająca opuszczenie ich poniżej poziomu 0o | | | TAK | |  |
|  | Fotel posiadający możliwość ustawienia do pozycji Trendelenburga/Antyszokowej, jednym ruchem, za pomocą sprężyn gazowych. | | | TAK | |  |
|  | Fotel ma posiadający koła o średnicy 150mm z centralną blokadą | | | TAK | |  |
|  | Oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych min. 0-70 stopni. | | | TAK | |  |
|  | Regulowane podłokietniki w poziomie min. 180 stopni. | | | TAK | |  |
|  | Fotel osadzony na kółkach jezdnych z hamulcem. | | | TAK | |  |
|  | Wymiary podłokietników min. 400x140 mm. | | | TAK | |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg. | | | TAK | |  |
|  | Długość fotela min. 1400 mm. | | | TAK | |  |
|  | Szerokość fotela min. 550 mm. | | | TAK | |  |
|  | Podgłówek podtrzymujący głowę. | | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- *kryterium* | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | Tak | |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Mikroskop laryngologiczny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Podstawa jezdna wraz z kolumną. | TAK |  |
| 2. | Ramię zawieszające 600 mm | TAK |  |
| 3. | Zawieszenie tubusa mikroskopu pod kątem 45⁰ | TAK |  |
| 4. | Powiększenie manualne 5-stopniowe: x0,4 / x0,63 / x1,0 / x1,6 / x2,5 | TAK |  |
| 5. | Oświetlenie światłowodowe LED o mocy 50W | TAK |  |
| 6. | Żywotność lampy ok. 60.000 godzin roboczych | TAK |  |
| 7. | Tubus binokularny, prosty | TAK |  |
| 8. | Okulary z regulacją dioptrii, szerokokątne 10x | TAK |  |
| 9. | Obiektyw 250 mm (obiektyw uszny) z regulacją ostrości. | TAK |  |
| 10. | Dwustronna rączka operatora | TAK |  |
| 11. | Wszystkie przeguby z manualną regulacją oporu | TAK |  |
| 12. | Zestaw sterylizowalnych osłonek na pokrętła | TAK |  |
| 13. | Automatyczne włączanie i wyłączanie oświetlenia | TAK |  |
| 14. | Wbudowane filtry: zielony, żółty | TAK |  |
| 15. | Pokrowiec ochronny na mikroskop | TAK |  |
| 16. | Zasilanie 230V 50/60 Hz | TAK |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | |
| 1. | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  |
| 2. | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  |
| 3. | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- *kryterium* |  |
| 4. | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  |
| 5. | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  |
| 6. | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  |
| 8. | Serwis autoryzowany | TAK |  |
| 9. | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  |
| 10. | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  |
| 11. | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  |
| 12. | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

1. Poradnia Chirurgiczna.

**Laser do usuwania znamion w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Laser frakcyjny CO2 | | | TAK | |  | |
|  | Długość wiązki: min. 10.6µm±0.1µm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica plamki: min. 0.08mm~0.12mm | | | TAK | |  | |
|  | Tryb pracy: Normalny i frakcyjny | | | TAK | |  | |
|  | Moc wyjściowa lasera: | | | TAK | |  | |
|  | a) Tryb normalny: min. 1W~30W, 1W; | | | TAK | |  | |
|  | b) Tryb frakcyjny: min. 0.1mJ~300mJ, 0.1mJ. | | | TAK | |  | |
|  | Zamknięty system chłodzenia, za pomocą wody. | | | TAK | |  | |
|  | Napięcie: a.c. min. 220V 50Hz. | | | TAK | |  | |
|  | Moc wejściowa: min. 600W. | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki .informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby . | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | TAK | |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa. | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Rektoskop w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Rektoskop halogenowy min. 6V. | | | TAK | |  |
|  | Badane pole oświetlane zimnym jednorodnym światłem, bez cieni i odblasków. | | | TAK | |  |
|  | Głowica światłowodowa wyposażona w zamykane okienko z uszczelką. | | | TAK | |  |
|  | W zestawie min.: | | |  | |  |
|  | Głowica światłowodowa | | | TAK | |  |
|  | Rękojeść 6V zintegrowana ze źródłem światła | | | TAK | |  |
|  | Zasilacz sieciowy | | | TAK | |  |
|  | Balon do insuflacji | | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany. | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa. | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Diatermia w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną | | | TAK | |  | |
|  | Urządzenie z możliwością pracy z systemem zamykania naczyń do 7mm. | | | TAK | |  | |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz. | | | TAK | |  | |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz (+/-10%) | | | TAK | |  | |
|  | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji | | | TAK | |  | |
|  | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe  Klasa I CF | | | TAK | |  | |
|  | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów | | | TAK | |  | |
|  | Aparat w pełni zintegrowany (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania | | | TAK | |  | |
|  | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu. | | | TAK | |  | |
|  | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego. | | | TAK | |  | |
|  | Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy, nie mniejszy niż 9” | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenia, wysokości ustawienia urządzenia itp.) | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość regulacji jasności ekranu | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do sali operacyjnej, ciemna do pracowni endoskopowej) | | | TAK | |  | |
|  | Komunikacja w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. Możliwość wyboru elektrody neutralnej dzielonej dla dorosłych i dzieci lub dla noworodków | | | TAK | |  | |
|  | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia. | | | TAK | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w cztery wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia) | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość zapamiętania min. 100 programów i zapisania ich pod dowolną nazwą. | | | TAK | |  | |
|  | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktualnego trybu pracy | | | TAK | |  | |
|  | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji czasu | | | TAK | |  | |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem wyświetlanym na ekranie urządzenia. Historia błędów archiwizowana dla potrzeb serwisu | | | TAK | |  | |
|  | Zdalna zmiana programów za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość zmiany parametrów pracy za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | | | TAK | |  | |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym | | | TAK | |  | |
|  | Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół, z zamykaną szafką na 2 butle argonowe 10 l | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja w języku polskim | | | TAK | |  | |
|  | **PARAMETRY PRACY URZĄDZENIA** | | | | | | |
|  | Cięcie monopolarne z mocą 350W | | | TAK | |  | |
|  | Min. 6 rodzajów cięcia monopolarnego w tym cięcie specjalistyczne urologiczne i histeroskopowe oraz artroskopowe umożliwiające pracę w środowisku płynu | | | TAK | |  | |
|  | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia | | | TAK | |  | |
|  | Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą 200W | | | TAK | |  | |
|  | Min. 4 rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray), | | | TAK | |  | |
|  | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej | | | TAK | |  | |
|  | Koagulacja bipolarna z mocą 120W | | | TAK | |  | |
|  | Minimum trzy rodzaje koagulacji bipolarnej w tym tryby specjalistyczne przeznaczone do zabiegów urologicznych, histeroskopowych i artroskopowych | | | TAK | |  | |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych dla każdego trybu koagulacji bipolarnej | | | TAK | |  | |
|  | Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna w min. jednym z trybów. | | | TAK | |  | |
|  | Minimum trzy rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryby cięcia specjalistycznego do urologii, histeroskopii i artroskopii umożliwiające pracę w środowisku płynu | | | TAK | |  | |
|  | Specjalistyczne tryby cięcia i koagulacji przeznaczone do bipolarnych zabiegów histeroskopowych w roztworze soli fizjologicznej | | | TAK | |  | |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego | | | TAK | |  | |
|  | Tryb bipolarnego zamykania dużych naczyń krwionośnych z mocą 300W | | | TAK | |  | |
|  | Minimum 8 poziomów intensywności pracy w trybie zamykania naczyń krwionośnych | | | TAK | |  | |
|  | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu | | | TAK | |  | |
|  | Automatyczne zakończenie aktywacji po zakończonym cyklu | | | TAK | |  | |
|  | Potwierdzenie poprawnego zakończenia cyklu scalania komunikatem na ekranie oraz sygnałem dźwiękowym | | | TAK | |  | |
|  | **WYPOSAŻENIE** | | | | | | |
|  | Włącznik nożny bezprzewodowy, 2-przyciskowy, z dodatkowym przełącznikiem umożliwiający zdalną zmianę programów – 1 szt. | | | TAK | |  | |
|  | Wózek wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół, z zamykaną szafką na 2 butle argonowe 10 l-1szt | | | TAK | |  | |
|  | Kabel elektrod jednorazowych, wtyk płaski dł. 3m – 2 szt. | | | TAK | |  | |
|  | Kabel bipolarny, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi, złącze kątowe-2szt | | | TAK | |  | |
|  | Uchwyt elektrody monopolarnej 4mm, z przyciskami do aktywacji cięcia i koagulacji, z nierozłącznym kablem o dł. min. 4m, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do min. 300 cykli sterylizacji - 6szt. | | | TAK | |  | |
|  | Elektrody monopolarne wielorazowe do cięcia i koagulacji. Kompatybilne z uchwytem 4mm:  - lancet prosty , dł. ok. 25mm – 6 szt. | | | TAK | |  | |
|  | Klemy do zamykania dużych naczyń krwionośnych, końcówka zagięta, długość ok. 23cm, przeznaczone do wielokrotnej sterylizacji – 1 szt. | | | TAK | |  | |
|  | Klemy do zamykania dużych naczyń krwionośnych, końcówka zagięta, długość ok. 16cm, przeznaczone do wielokrotnej sterylizacji – 2 szt. | | | TAK | |  | |
|  | Kabel do klem bipolarnych, wielorazowy, długość 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 3 szt. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany. | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa. | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Piła do zdejmowania gipsu w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Brak ostrych krawędzi zapewniający pewny uchwyt | | | TAK | |  | |
|  | Silnik o mocy min. 250 W | | | TAK | |  | |
|  | Wyposażona w ostrza dla gipsu normalnego i syntetycznego (65/50 mm) | | | TAK | |  | |
|  | Oscylacja [obr/min] min. 15 000 | | | TAK | |  | |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.) [mm]: 310 x 80 x 80 (+/- 5 mm) | | | TAK | |  | |
|  | Waga [kg]: maks. 1.4 | | | TAK | |  | |
|  | Klasa bezpieczeństwa: 2B (EN 60601.1) | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany. | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa. | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Wiertarka w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Napęd ortopedyczny wyposażony w podwójny system spustowy do kontroli prędkości i sterowania kierunkiem. | | | TAK | |  | |
|  | Sterylizacja parowa. | | | TAK | |  | |
|  | Wymiary wiertarki maks. 77 x 140 x 210 mm. | | | TAK | |  | |
|  | Waga wiertarki maks. 785 g. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb wiercenia min. 1200 obr/min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb oscylacji drążenia min. 1200 obr/min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb wkręcania min. 150 obr/min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb dotykania min. 50 obr./min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb rozwiertaka min. 300 obr./min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb oscylacji pogłębiarki min. 300 obr./min. | | | TAK | |  | |
|  | Kosz do sterylizacji z sylikonowymi mocowaniami o wymiarach min. 405x253x113 mm | | | TAK | |  | |
|  | Olej w sprayu do silnika oraz dodatkowych części. | | | TAK | |  | |
|  | Min. 2 wiertła 2,5 oraz 3 mm | | | TAK | |  | |
|  | Zasilanie wraz z akumulatorem. | | | TAK | |  | |
|  | Głowica z kluczykiem do zmiany wierteł. | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany. | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa. | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Lampa zabiegowa w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | | Lampa zabiegowa bezcieniowa mobilna ze źródłem światła LED | TAK | |  |
|  | | Diody LED w kolorze białym | TAK | |  |
|  | | Kopuła lampy nie powodująca wzrostu temperatury na czaszy lampy | TAK | |  |
|  | | Średnica kopuły 30 cm (+/-5cm) | TAK | |  |
|  | | Obrót czaszy lampy o min. 2700 | TAK | |  |
|  | | Wgłębność oświetlenia (L1+L2) min. 130 cm | TAK | |  |
|  | | Natężenia światła lampy w odległości 1m od czoła lampy powyżej 50 [klux] | TAK | |  |
|  | | Lampa wyposażona w 7 (+/-1) źródeł światła LED | TAK | |  |
|  | | Żywotność żarówki min. 30000 godzin | TAK | |  |
|  | | Regulacja natężenia światła w min. 5 stopniach | TAK | |  |
|  | | Regulacja natężenia oraz włączanie i wyłączanie lampy przy pomocy panelu umieszczonego na czaszy. | TAK | |  |
|  | | Temperatura barwowa dla lampy co najmniej 4500 [K] | TAK | |  |
|  | | Współczynnik oddawania barw CRI co najmniej 96 | TAK | |  |
|  | | Średnica plamy świetlnej pola w odległości 1m od czoła lampy: 160 mm, (+/- 20 mm) | TAK | |  |
|  | | Lampa wyposażona w uchwyt sterylny oraz tzw. reling brudny okalający min. 60% obwodu czaszy | TAK | |  |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | | TAK |  |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | | TAK |  |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | | TAK Podać |  |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | | TAK |  |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | | TAK |  |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | | TAK |  |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | | Tak, podać |  |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | | TAK, podać |  |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | | TAK |  |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa. | | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**USG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Kierunkowa technologia obrazowania Power Doppler wykrywająca obwodowe naczynia krwionośne. | | | TAK | |  | |
|  | Filtr redukcji szumów poprawiający obraz | | | TAK | |  | |
|  | Technologia inwersji impulsu poprawiająca wyrazistość obrazu. | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja obliczania danych odkształcenia. | | | TAK | |  | |
|  | Technika ultradźwiękowa do obrazowania elastyczności, wykrywa obecność stałych mas w tkankach i przekształca dowolną sztywność w obrazy kolorowe. | | | TAK | |  | |
|  | Aparat wyposażony w podgrzewacz żelu. | | | TAK | |  | |
|  | Dyski HDD | | | TAK | |  | |
|  | Wspomaganie bateryjne zapewniające systemowi zasilanie bateryjne. | | | TAK | |  | |
|  | Monitor LED min. 21,5 ‘’ | | | TAK | |  | |
|  | Ekran dotykowy o wysokiej czułości min. 10,1 ‘’ | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja wysyłania ultradźwiękowych obrazów i materiałów wideo do smartfona. | | | TAK | |  | |
|  | Technologia prowadzenia igły. | | | TAK | |  | |
|  | Min. 4 różne głowice.  1x głowica typu convex  1x głowica liniowa  1x głowica kardiologiczna  1x głowica elastograficzna  1x głowica do małych części ciała, ścięgien i stawów | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej . | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

V . Poradnia Ginekologiczno- Położnicza.

**Aparat do krioagulacji w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Zasilanie: Aparat nieelektryczny | | TAK | |  |
| 2. | Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O), lub dwutlenek węgla (CO2) w stalowych butlach ciśnieniowych | | TAK | |  |
| 3. | Ciśnienie pracy w zakresie - 3,5 ÷ 5 MPa | | TAK | |  |
| 4. | Ciśnienie maksymalne – 5,5 MPa | | TAK | |  |
| 5. | Wymiary aparatu - 135 x 120 x 125 mm | | TAK | |  |
| 6. | Ciężar aparatu - 1,5 kg | | TAK | |  |
| 7. | Ciężar obudowy butli - 5,5 MPa 9 kg | | TAK | |  |
| 8. | Aparat wyposażony w wózek, umożliwiający stabilne zainstalowanie na nim aparatu przystosowany do butli o pojemności 10 litrów | | TAK | |  |
| 9. | Miernik ciśnienia gazu w sondzie | | TAK | |  |
| 10. | Pokrętło regulacji ciśnienia gazu zasilającego sondę | | TAK | |  |
| 11. | Pedał sterujący jednoprzyciskowy | | TAK | |  |
| 12. | Okres gwarancji na oferowane urządzenie 24 m-ce | | TAK | |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | | TAK | |  |
| 14. | Przeglądy okresowe:  - pierwszy przegląd wymagany jest po trzech latach od momentu zakupu urządzenia,  - kolejne przeglądy wykonywane są co roku. | | TAK | |  |
| 15. | Szkolenie personelu (certyfikat potwierdzający przeszkolenie personelu) przez Oferenta | | TAK | |  |
| 16. | Certyfikat CE, deklaracja zgodności | | TAK | |  |
| 17. | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat | | TAK | |  |
| 18. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | TAK | |  |
| 19. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | | TAK | |  |
| 20. | Wyposażenie:  - Sonda natryskowa 23 cm, z możliwością płynnej regulacji mocy chłodniczej; 1 szt.  - Sonda kontaktowa ginekologiczna do mrożenia tarczy szyjki macicy o średnicy 20 mm, 1 szt.  - Sonda kontaktowa ginekologiczna do mrożenia tarczy szyjki macicy o średnicy 24mm, 1 szt.  - Sonda krótka do kanału śr. 15 mm, dł. 32 mm szyjki macicy , 1 szt. | | TAK | |  |
| 39. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
| 40. | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
| 41. | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
| 42. | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**KTG z** **przystawką do ciąży bliźniaczej i z dwiema analizami w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Przetwornik ultradźwiękowy 1 MHz, wodoszczelny – min. 2 szt. | | TAK | | |  | |
|  | Zakres odczytu dla przetwornika ultradźwiękowego – min. 30-240 bpm | | TAK | | |  | |
|  | Natężenie fali ultradźwiękowej dla przetwornika ≤ 1 mW/cm² | | TAK | | |  | |
|  | Dokładność obliczania częstości pracy serca płodu ± 0,25bpm w całym zakresie pomiarowym | | TAK | | |  | |
|  | Zewnętrzny przetwornik Toco, wodoszczelny – min. 1 szt. | | TAK | | |  | |
|  | Funkcja ręcznego i automatycznego zerowania Toco | | TAK | | |  | |
|  | Aparat posiada możliwość ustawienia bazowej Toco min. „0” , „10”, „20” | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość zamocowania przetworników na uchwytach przy aparacie | | TAK | | |  | |
|  | Znacznik zdarzeń dla pacjentki | | TAK | | |  | |
|  | Funkcja automatycznego wykrywania ruchów płodu i wydruk wykresu aktywności ruchowej płodu | | TAK | | |  | |
|  | Znacznik zdarzeń dla personelu z możliwością wyboru opcji wbudowanych | | TAK | | |  | |
|  | Alarmy min. utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika | | TAK | | |  | |
|  | Licznik czasu badania NST | | TAK | | |  | |
|  | 3-stopniowy wskaźnik jakości odbieranego sygnału | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość wprowadzenia do pamięci aparatu daty i czasu oraz danych użytkownika, szpitala, przychodni. | | TAK | | |  | |
|  | Rozbudowana baza danych zapisów KTG wraz z kalkulatorem ciąży, danymi pacjentki, ciąży, badania KTG | | TAK | | |  | |
|  | Pojedyncza, możliwa do zapamiętania sesja zapisu KTG nie krótsza niż 90 godzin | | TAK | | |  | |
|  | Wbudowana drukarka termiczna o wysokiej rozdzielczości z możliwością wydruku na papierze gładkim i wstępnie zadrukowanym. | | TAK | | |  | |
|  | Wbudowana automatyczna komputerowa kliniczna analiza przedporodowa i okołoporodowa monitorowanych danych z wydrukiem raportu | | TAK | | |  | |
|  | Analizowanie przynajmniej 14 parametrów zapisu KTG (min. STV, LTV, wyznaczanie linii bazowej, oznaczanie obszarów wysokiej i niskiej zmienności) | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w podświetlenie drukarki. (umożliwia ocenę wydruku w zaciemnionym pomieszczeniu np. w nocy) | | TAK | | |  | |
|  | Drukarka umożliwia zapis ciąży mnogiej na tym samym wykresie , z przesunięciem o 20 bpm, lub na osobnych skalach (dotyczy papieru bez podziałki) | | TAK | | |  | |
|  | Dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej ≥8” , umożliwiający podgląd monitorowanych parametrów w formie cyfrowej i graficznej. | | TAK | | |  | |
|  | Wyświetlacz LCD ze zmiennym tłem i podświetleniem – w zależności od potrzeb | | TAK | | |  | |
|  | Obsługa aparatu wyłącznie przez ekran dotykowy | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach | | TAK | | |  | |
|  | Brak fizycznych przycisków na obudowie – zapewnia dokładną dezynfekcję i utrzymanie w czystości | | TAK | | |  | |
|  | Współpraca z cyfrowymi systemami centralnego monitorowania oraz oprogramowaniem komputerowym | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w wewnętrzną pamięć z możliwością rozbudowy pojemności | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w min. 2 porty USB umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną. | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość multiplikacji obrazu na dwa monitory | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i jeden port LAN | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w akumulator umożliwiający monitorowanie bez podłączenia do sieci elektrycznej | | TAK | | |  | |
|  | Waga nie więcej niż 6 kg | | TAK | | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | Tak | | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**USG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Monitor LCD min. 21,5 ‘’ | | | TAK | |  |
|  | Ekran dotykowy o wysokiej czułości min. 10,1 ‘’ | | | TAK | |  |
|  | Min. Dwupoziomowy regulowany podgrzewacz do żelu. | | | TAK | |  |
|  | Wyposażony w windę gazową – możliwość dostosowania do preferowanej wysokości. | | | TAK | |  |
|  | Wyposażony w uchwyt przetwornika endokawitalnego zamontowany z boku na konsoli. | | | TAK | |  |
|  | Technologia Vue pozwala na wyświetlanie obrazu 3D. | | | TAK | |  |
|  | Możliwość wybrania przez użytkownika kierunku źródła światła. | | | TAK | |  |
|  | Przegubowe ramię monitora. | | | TAK | |  |
|  | Zestaw wyposażony w aplikację do obrazowania pozwalająca na kontrolę manipulacji danymi objętościowymi 3D/4D. | | | TAK | |  |
|  | Funkcja 5D NT pozwalająca na zmniejszenie zależności operatora od pierwszego pomiaru przezierności karkowej w pierwszym trymestrze płodu. | | | TAK | |  |
|  | Funkcja identyfikacji i mierzenia wielu pęcherzyków jajnikowych w celu szybkiej oceny rozmiaru i stanu pęcherzyków podczas badań ginekologicznych. | | | TAK | |  |
|  | Głowica brzuszna o polu widzenia min. 70 ‘’ | | | TAK | |  |
|  | Głowica endowaginalna o polu widzenia min. 148 stopni. | | | TAK | |  |
|  | Głowica kardiologiczna. | | | TAK | |  |
|  | Głowica typu convex. | | | TAK | |  |
|  | Kieszeń boczna do przechowywania np. tabletu, wykresów pacjenta lub innych przedmiotów. | | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Fotel ginekologiczny z wyposażeniem i z leżanką w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Fotel ginekologiczny o konstrukcji opartej na pojedynczej kolumnie obudowanej tworzywową osłoną uniemożliwiającą wnikanie zanieczyszczeń do środka. Podstawa fotela zabudowana z jednolitej wyprofilowanej płyty tworzywowej. | | | TAK | |  | |
|  | Fotel o wymiarach leża: szer. 630mm (+/- 30mm), dł. 1750 mm (+/-30mm) | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna wysokości w zakresie od 520 do 1150 mm +/- 20 mm | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna oparcia pleców w zakresie od – 120 do + 500  +/- 50 | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna siedziska w zakresie od +50 do + 150 +/- 50 | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna podkolanników w zakresie od – 150 do + 200 +/- 50 | | | TAK | |  | |
|  | Regulacje elektryczne za pomocą:  - pilot przewodowy wyposażony w przycisk zatrzymujący regulację fotela do zaprogramowanej pozycji,  - panel sterowania nożnego wbudowany w podstawę fotela: regulacja wysokości oraz kata nachylenia pleców i podnóżków, | | | TAK | |  | |
|  | Pilot przewodowy umożliwiający sterownie:  - wysokością,  - synchroniczny ruch segmentu pleców i części nożnej,  - nachylenie segmentu nożnego,  - pozycja wejściowa na fotel,  - pozycja do badań,  - pozycja do badania USG, horyzontalna,  - pozycja antyszokowa, oznaczona kolorem czerwonym,  - przełączanie pomiędzy operatorem A, B i C  - przycisk STOP | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna wysuwania i chowania podwozia fotela. Fotel posiada możliwość łatwego przemieszczania przez jedną osobę. | | | TAK | |  | |
|  | Maksymalne obciążenie min. 210 kg | | | TAK | |  | |
|  | Regulacje elektryczne uzyskiwane z pilota ręcznego oraz pilota nożnego zintegrowanego z fotelem, wbudowanego w podstawę fotela | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość ustawienia fotela za pomocą jednego przycisku na pilocie do pozycji:  - do wejścia na fotel  - pozycji zabiegowej  - pozycji do badania USG  - pozycji antyszkowej | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość zaprogramowania 3 dowolnych ustawień dla 3 operatorów za pomocą pilota przewodowego. Z czytelnym oznakowaniem jaka konfiguracja jest aktualnie używana. Jednorazowe naciśnięcie przycisku zaprogramowanej pozycji powoduje automatyczną zmianę pozycji. | | | TAK | |  | |
|  | Uchwyt prześcieradła papierowego umieszczony w pojemniku pod segmentem pleców. | | | TAK | |  | |
|  | Fotel wyposażony w materace bezszwowe zmywalne z możliwością wyboru koloru | | | TAK | |  | |
|  | Fotel wyposażony w podnóżki z podporami pod stopy wraz podkolannikami, umożliwiające pełne podparcie nóg w pozycji horyzontalnej, podpórki z zintegrowanymi uchwytami na dłonie. Regulacja w pionie elektryczna za pomocą pilota elektrycznego. Regulacja w poziomie manualna, regulacja pozioma jednej podpórki powoduje synchroniczny ruch drugiej, możliwość zablokowania regulacji w poziomie oraz ustawienia oporu.  Podnóżki tapicerowane w kolorze leża. | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja bezpieczeństwa zatrzymująca regulacje elektryczne w przypadku osadzenia fotela na niewypoziomowanej powierzchni | | | TAK | |  | |
|  | Fotel wyposażony w :  - Miska tworzywowa z możliwością schowania pod siedziskiem,  - zintegrowana z fotelem podpora pod stopy operatora  - podgłówek dla pacjentki, | | | TAK | |  | |
| **VIDEOKOLPOSKOP** | | | | | | | |
|  | Videokolposkop zintegrowany z fotelem na ruchomym ramieniu z możliwością chowania pod siedzisko | | | TAK | |  | |
|  | Videokolposkop wyposażony w wysokiej klasy optykę oraz oświetlenie LED | | | TAK | |  | |
|  | Zoom optyczny w zakresie min. 1,5x - 20x | | | TAK | |  | |
|  | Zoom cyfrowy min. 10x | | | TAK | |  | |
|  | Średnica oglądanej powierzchni min. 3 cm | | | TAK | |  | |
|  | Odległość obiektywu od obiektu badań max. 24 – 33 cm | | | TAK | |  | |
|  | Głębia ostrości min. 10 mm | | | TAK | |  | |
|  | Zielony filtr do filmów i testów podczas zabiegów | | | TAK | |  | |
|  | Formaty przechowywania obrazów i filmów min. png, avi | | | TAK | |  | |
|  | Transfer danych za pomocą WLAN/LAN | | | TAK | |  | |
|  | Rozdzielczość obrazów i filmów min. 640x480 efektywnych pikseli | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja zamrażania obrazu | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja wykonywania pojedynczych zdjęć lub nagrywania filmów. | | | TAK | |  | |
| **MONITOR** | | | | | | | |
|  | Monitor zintegrowany z fotelem umieszczony na ruchomym ramieniu z dwoma przegubami pozwalającymi na dowolne ustawienie. | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość pochylenia monitora o kąt 150 | | | TAK | |  | |
|  | Monitor LCD o przekątnej min. 17” | | | TAK | |  | |
|  | Wysoka rozdzielczość monitora min. 1280 x 1024 pikseli | | | TAK | |  | |
|  | Jasność min. 300 cd/m2 | | | TAK | |  | |
|  | Kontrast min. 3000:1 | | | TAK | |  | |
|  | Kąt widzenia min. 1600/1600 | | | TAK | |  | |
|  | Sygnał wejściowy min: Analog, Digital, S- Video, CVBS | | | TAK | |  | |
|  | Czas reakcji min. 3 ms | | | TAK | |  | |
|  | Wymiary : 408 x 398 x 175 mm +/- 50 mm | | | TAK | |  | |
|  | Monitor w obudowie metalowej, ekran wykonany z wysokiej jakości szkła. | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Detektor tętna płodu w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | wymienna głowica B9P2MHz - szerokokątna 9-elementowa  - przewód skrętny głowicy  - uchwyty głowicy i znacznika ruchów  - wysoka czułość, od 14 tygodnia ciąży  - niski poziom szumów  - czysty dźwięk  - układ ARC, automatycznie optymalizuje odbiór sygnałów serca i ogranicza zakłócenia kontaktowe  - trójkolorowy wskaźnik jakości sygnału  - pomiar częstości akcji serca, 50-210 bpm  - zapis częstości uderzeń serca FHR i ruchów płodu na papierze termicznym 112 mm  - prędkość zapisu 1cm/min | | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

VI. Poradnia Reumatologiczna.

**Densytometr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Aparat rentgenowski z metodą DEXA (stacjonarny). | | | TAK | |  |
| 2. | Stół skaningowy stacjonarny nieskładany z ramieniem typu „C”. | | | TAK | |  |
| 3. | Napięcie zasilające system: 230 V/50 Hz bez konieczności stosowania dodatkowych urządzeń zasilających. | | | TAK | |  |
| 4. | Maksymalne wymiary urządzenia:  200 x 80 x 130 cm (Dł x Szer. x Wys) | | | TAK | |  |
| 5. | Promieniowanie w wiązce wachlarzowej. Maksymalny kąt rozwarcia 5o (tzw. wąski wachlarz), z dokładnym opisem geometrii wiązki umożliwiającym eliminacje artefaktów znajdujących się poza osią stołu. | | | TAK | |  |
| 6. | Maksymalna dawka promieniowania rozproszonego 1 metr od aparatu (lampy): 1 µSv/hr. | | | TAK | |  |
| 7. | Dawka promieniowania dla pacjenta:   1. kręgosłup AP – max 50 µGy, 2. szyjka kości udowej – max 50 µGy, 3. przedramię - max 35 µGy | | | TAK | |  |
| 8. | Czasy skanowania dla lokalizacji:   1. kręgosłup AP- max. 45 s 2. szyjka kości udowej – max. 30 s 3. przedramię – max 30 s | | | TAK | |  |
| 9. | Szyjka kości udowej:   1. BMD, 2. BMC, 3. powierzchnia dla krętarza, trzpienia, szyjki, górnej części szyjki kości udowej, oraz dla „Total”, 4. wskaźnik T-Store, 5. wskaźnik Z-Score, 6. zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, 7. zmiana procentowa w stosunku do rówieśników, | | | TAK | |  |
| 10. | Kręgosłup lędźwiowy w projekcji AP:   1. BMD, 2. BMC oraz powierzchnia, 3. wskaźnik T-Score, 4. wskaźnik Z-Score, 5. zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, 6. zmiana procentowa w stosunku do rówieśników. | | | TAK | |  |
| 11. | Oprogramowanie do pomiaru gęstości w obrębie przedramienia:   1. BMD, 2. BMC oraz powierzchnia, 3. wskaźnik T-Score, 4. wskaźnik Z-Score, 5. zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, 6. zmiana procentowa w stosunku do rówieśników). | | | TAK | |  |
| 12. | Dowolna konfiguracji wyglądu raportu z badania. | | | TAK | |  |
| 13. | Maksymalna waga pacjenta dopuszczona przez oprogramowanie aparatu:140 kg. | | | TAK | |  |
| 14. | Oprogramowanie pozwalające na tworzenie wielu baz danych, z przydzieleniem nazwy każdej z nich (nazwa programu badawczego, nazwisko użytkownika, typy schorzeń, itp.). Możliwość transferu danych do arkusza kalkulacyjnego Excel. | | | TAK | |  |
| 15. | Możliwość obliczania indywidualnego 10-letniego ryzyka złamania (ryzyko jakiegokolwiek złamania oraz ryzyko złamania bkku) na podstawie algorytmu FRAX wg wytycznych WHO, z zastosowaniem metody Johna A. Kanisa (z uwzględnieniem wieku, czynników ryzyka i BMD). | | | TAK | |  |
| 16. | System komputerowy stacji roboczej w klasie PC, system operacyjny Windows 7 Professional lub nowszy.  Parametry wymagane:   1. monitor LED min. 24’, 2. drukarka laserowa do wydruku raportów | | | TAK | |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  |
| 18. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  |
| 19. | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  |
| 20. | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  |
| 21. | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

VII. Poradnia Zdrowia Psychicznego.

**Aparat EEG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | 42-kanałowa głowica wzmacniaczy biologicznych | | TAK |  | |
|  | Min. 32 kanały EEG + 8 kanałów poligraficznych | | TAK |  | |
|  | Kanał pomiaru saturacji SpO2 oraz przycisk pacjenta | | TAK |  | |
|  | Min. 16-bitowy przetwornik A/D oraz komunikacja przez interfejs LAN TCP/IP | | TAK |  | |
|  | Wyposażony w zintegrowany izolator | | TAK |  | |
|  | Automatyczna kalibracja głowicy | | TAK |  | |
|  | Pomiar impedancji bezpośrednio na głowicy lub z poziomu oprogramowania | | TAK |  | |
|  | Sygnalizacja impedancji za pomocą diod LED w 5-stopniowej skali | | TAK |  | |
|  | Podłączanie elektrod poprzez złącza TP DIN lub min. 40-pinowego multikonektora | | TAK |  | |
|  | Wbudowany filtr sieciowy min. 50/60 Hz | | TAK |  | |
|  | Regulacja skali czasu w zakresie min. 0,03-10 s | | TAK |  | |
|  | Czułość min. 10μV/cm – 2 mV/cm | | TAK |  | |
|  | Impedancja wejściowa min. >100 Mohm | | TAK |  | |
|  | Szum wejściowy min. <2 μVpp | | TAK |  | |
|  | Częstotliwość próbkowania min. >2000 Hz | | TAK |  | |
|  | Fotostymulator LED z regulacją w zakresie min. 0,5-60 Hz | | TAK |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

VIII NPL.

**Aparat EKG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Kompaktowa konstrukcja elektrokardiografu.  Aparat z wbudowaną drukarką termiczną, intuicyjny i prosty w obsłudze. | | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy kolorowy typu TFT LCD min. 4,3 ‘’. | | TAK |  |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 480 x 272 | | TAK |  |
|  | Wyposażony w filtry cyfrowe zapewniające wysoką wydajność. | | TAK |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | | TAK |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski skrótów i dotykowy ekran | | TAK |  |
|  | analiza synchronizacji dla 12 przebiegów, wspomaganie podglądu raportu i dostosowanie formatu raportu | | TAK |  |
|  | Aparat zasilany elektrycznie 100-240V, 50/60 Hz | | TAK |  |
|  | Bateria typu Li-on o pojemności min. 2000 mAH | | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania aparatu bezprzewodowo przez min. 4 godziny lub do 150 druków elektrokardiogramu. | | TAK |  |
|  | Pamięć wbudowana min. 200 grup danych EKG | | TAK |  |
|  | Formaty zapisu danych min.: PDF, DAT. | | TAK |  |
|  | Zakres HR min. 30-300 bpm +/- 1 bpm | | TAK |  |
|  | Analiza diagnozy min. 140 rodzajów | | TAK |  |
|  | Pomiar informacji przebiegu EKG min.: limit czasu P, interfaza PR, czas QRS, interfaza QT, interfaza QTC, RV5swing, SV1swing, RV6swing, SV2swing, RV5+SV1swing, oś P, oś QRS, oś T | | TAK |  |
|  | Sygnał wejściowy min. 12 odprowadzeń | | TAK |  |
|  | Filtr EKG min. 25, 35, 45 [Hz] | | TAK |  |
|  | Filtr dolnoprzepustowy min. 75, 100, 150 [Hz] | | TAK |  |
|  | Wzmocnienie min. 2,5; 5; 10 (mm/mV) | | TAK |  |
|  | Szybkość przesuwu min. 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s] | | TAK |  |
|  | Moc defibrylatora min. 5000V, 360J | | TAK |  |
|  | Zapis termiczny punktowy | | TAK |  |
|  | Rozdzielczość pozioma min. 40 punktów/mm; pionowa min. 8 punktów/mm | | TAK |  |
|  | Prędkość nagrywania min.: 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s] +/- 3% | | TAK |  |
|  | Temperatura min. 5-40 ℃ | | TAK |  |
|  | Ciśnienie atmosferyczne min. 700-1060 hPa | | TAK |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany. | TAK |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Waga medyczna w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Elektroniczna waga kolumnowa ze wzrostomierzem wykonana w konstrukcji żeliwnej. | | TAK | |  |
|  | Klasa dokładności min. III. | | TAK | |  |
|  | Nośność min. 300 kg. | | TAK | |  |
|  | Podziałka min. 50g<150kg>100g. | | TAK | |  |
|  | Zasilanie bateryjne lub poprzez zasilacz. | | TAK | |  |
|  | Wymiary min. 360x930x520 mm. | | TAK | |  |
|  | Waga netto maks. 17,6 kg. | | TAK | |  |
|  | Funkcje min.: resetowanie, sygnały dźwiękowe mogą być aktywowane, automatyczne wyłączanie, amortyzacja, rolki transportowe, TARA, ochrona przed przeciążeniem, SEND, Auto-SEND, interfejs bezprzewodowy, PRINT, Auto-Print, HOLD, Auto-HOLD, funkcja matka/dziecko, Auto-CLEAR, BMI, Pre-TARA | | TAK | |  |
|  | Wzrostomierzem o zakresie pomiaru min. 60-200 cm. | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

IX Poradnia Kardiologiczna.

**Rejestrator EKG w ilości 2 sztuk:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Czas rejestracji:  -72 godziny na bateriach litowych  -48 godzin na bateriach alkalicznych  -24 godziny na akumulatorach NiMH | | TAK |  |
|  | Zakres rejestracji: 0.05 – 70 Hz | | TAK |  |
|  | Rozdzielczość: 12 bit, 12,50 μV/LSB | | TAK |  |
|  | Prefiltrowana częstość próbkowania: 1440 próbek na sekundę | | TAK |  |
|  | Wymiary: 12,3 cm x 7,0 cm x 2,4 cm | | TAK |  |
|  | Waga: 184 gramy z baterią i kartą SD | | TAK |  |
|  | Zasilanie: 2 x bateria AA (alkaliczna, akumulator NiMH lub litowa) | | TAK |  |
|  | Pojemność 32 MB- 2 GB karta flash SD | | TAK |  |
|  | Spełnia Normę EC-38 | | TAK |  |
|  | Duży czytelny ekran LCD | | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie stymulatora | | TAK |  |
|  | Ekranowe kable redukujące artefakty | | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Rejestrator RR w ilości 4 sztuk:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Zakres pomiaru:  Skurczowe (SYS): 60 – 290 mmHg  Rozkurczowe (DIA): 30 – 195 mmHg | | TAK |  |
|  | Dokładność +/- 3 mmHg | | TAK |  |
|  | Zakres ciśnienia statystycznego  0 do 300 mmHg | | TAK |  |
|  | Częstość tętna 30 do 240 uderzeń na minutę. | | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru oscylometryczna. | | TAK |  |
|  | Protokoły pomiarów. | | TAK |  |
|  | 2 programowalne protokoły z możliwością ustawienia 1,2,4,5,6,10,12, 15,20 lub 30 pomiarów na godzinę. | | TAK |  |
|  | 7 wbudowanych protokołów. | | TAK |  |
|  | 1 protokół do aktywacji wysyłania danych - SMS-em przez telefon komórkowy  - lub do punktu dostępowego przez Bluetooth | | TAK |  |
|  | Pamięć urządzenia: 300 pomiarów. | | TAK |  |
|  | Pojemność baterii > 300 pomiarów. | | TAK |  |
|  | Zakres temperatur podczas pracy  +10 °C do .+40 °C | | TAK |  |
|  | Zakres wilgotności podczas pracy  15% do 90% | | TAK |  |
|  | Warunki przechowywania  -20 °C do .+50 °C oraz 15% do 90% wilgotności powietrza. | | TAK |  |
|  | Wymiary  128 x 75 x 30 mm | | TAK |  |
|  | Waga ok. 240 g z bateriami | | TAK |  |
|  | Zasilanie  2 akumulatory Ni-MH (AA, Mignon)  IEM - 1,2 V każdy i min. 2100 mAh | | TAK |  |
|  | Interfejsy  • Kabel (USB / RS232)  • Infrared (podczerwień)  • Bluetooth (Class 1 / 100 m) | | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | TAK |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | TAK |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej . | | TAK |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**EKG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Kompaktowa konstrukcja elektrokardiografu.  Aparat z wbudowaną drukarką termiczną, intuicyjny i prosty w obsłudze. | | | TAK | |  |
|  | Ekran dotykowy kolorowy typu TFT LCD min. 8 ‘’. | | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 800 x 600 | | | TAK | |  |
|  | Wyposażony w filtry cyfrowe zapewniające wysoką wydajność. | | | TAK | |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | | | TAK | |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem poprzez klawiaturę alfanumeryczną, przyciski skrótów i dotykowy ekran | | | TAK | |  |
|  | analiza synchronizacji dla 12 przebiegów, wspomaganie podglądu raportu i dostosowanie formatu raportu | | | TAK | |  |
|  | Aparat zasilany elektrycznie 100-240V, 50/60 Hz | | | TAK | |  |
|  | Bateria typu Li-on o pojemności min. 4000 mAH | | | TAK | |  |
|  | Możliwość stosowania aparatu bezprzewodowo przez min. 4 godziny lub do 150 druków elektrokardiogramu. | | | TAK | |  |
|  | Pamięć wbudowana min. 800 grup danych EKG | | | TAK | |  |
|  | Formaty zapisu danych min.: PDF, DAT, Dicom, FDA-XML | | | TAK | |  |
|  | Zakres HR min. 30-300 bpm +/- 1 bpm | | | TAK | |  |
|  | Analiza diagnozy min. 140 rodzajów | | | TAK | |  |
|  | Pomiar informacji przebiegu EKG min.: limit czasu P, interfaza PR, czas QRS, interfaza QT, interfaza QTC, RV5swing, SV1swing, RV6swing, SV2swing, RV+SV1swing, oś P, oś QRS, oś T | | | TAK | |  |
|  | Analiza diagnozy +/- 140 rodzajów | | |  | |  |
|  | Sygnał wejściowy: min. 12 odprowadzeń, odporne na defibrylację, odrzucanie impulsów stymulujących | | | TAK | |  |
|  | Stopień ochrony przed wstrząsem elektrycznym: min. 4000 V | | | TAK | |  |
|  | Filtr bazowy: włączony/wyłączony | | | TAK | |  |
|  | Filtr EKG: min. 25Hz,35Hz,45Hz, zamknięty | | | TAK | |  |
|  | Filtr dolnoprzepustowy: min. 75Hz,100Hz,150Hz,200Hz, zamknięty | | | TAK | |  |
|  | Wzmocnienie: min. 2,5, 5, 10, 20, 10/5, 40, ACG (mm / mV) | | | TAK | |  |
|  | Szybkość przesuwu: 5 mm/s,6.25 mm/s,10 mm/s, 12.5 mm/s,25mm/s, 50mm/s | | | TAK | |  |
|  | Prąd upływu pacjenta: ≤10 μ V | | | TAK | |  |
|  | Moc defibrylatora: 5000V 360J | | | TAK | |  |
|  | Czas odzyskania mocy po defibrylacji: ≤5 s | | | TAK | |  |
|  | Sposób zapisu: termiczny punktowy | | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość pozioma: min. 40 punktów/mm | | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość pionowa: min. 8 punktów/mm | | | TAK | |  |
|  | Prędkość nagrywania min.: 5 mm/s, 6.25 mm/s, 10 mm/s, 12.5 mm/s, 25 mm/s, 50 mm/s (błąd +/-3%) | | | TAK | |  |
|  | Papier: min. 210 mm x 140 mm | | | TAK | |  |
|  | Typ papieru: składany termozgrzewalny | | | TAK | |  |
|  | Rodzaje zapisu: min. wymienione metody zapisu: (Auto:3×4,3×4+1R,3×4+3R,6×2,6×2+1R,12×1, 12×1\_V6; Manualny: 3 kanały, 6 kanałów, 12 kanałów, Rytm: przewód jednodrutowy, przewód trzyżyłowy , R-R: R-R) | | | TAK | |  |
|  | Temperatura min. 5℃～40℃ | | | TAK | |  |
|  | Względna wilgotność min.: 25%～95% (bez kondensacji) | | | TAK | |  |
|  | Ciśnienie atmosferyczne min. 700hPa～1060hPa | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK | |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

X. Poradnia Pulmonologiczna.

**Spirometr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Pulsoksymetr przenośny. Stopień zabezpieczenia przed przedostaniem się cieczy min. IPX I. | | TAK | |  |
|  | Wyświetlacz typu OLED o przekątnej 2,4 ‘’. | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 320 x 240 | | TAK | |  |
|  | Waga maks. 200 g. | | TAK | |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | | TAK | |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski na panelu pulsoksymetru. | | TAK | |  |
|  | Zasilanie poprzez maks. 3 baterie alkaiczne typu AA lub akumulatory litowo-jonowe. | | TAK | |  |
|  | Czas pracy na bateriach do min. 14 godzin. | | TAK | |  |
|  | Pulsoksymetr wyposażony w ładowarkę oraz adapter AC/DC | | TAK | |  |
|  | Tryb ciągłego monitorowania z możliwością przechowywania danych do min. 60 000 grup. | | TAK | |  |
|  | Dane trendów z trybem momentalnego sprawdzania ID w zakresie min. 1-99, min. 300 grup dla każdego ID. | | TAK | |  |
|  | Sposób wyświetlania: trendy tabelaryczne. | | TAK | |  |
|  | Zakres pomiarowy min. 0-100 % | | TAK | |  |
|  | Dokładność w zakresie 70-100 % min. +/-2% | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość maks. 1% | | TAK | |  |
|  | Odświeżanie min. co 13 sekund. | | TAK | |  |
|  | Zakres pomiarowy min. 25-250 P/min. | | TAK | |  |
|  | Dokładność +/- 1 P/min lub +/-2% w zależności od tego, która wartość jest większa. | | TAK | |  |
|  | Alarm dźwiękowy z możliwością regulacji głośności | | TAK | |  |
|  | Dźwięk pulsu | | TAK | |  |
|  | Dźwięk przycisku | | TAK | |  |
|  | Wymiary min. 58,5 x 123 x 28 mm +/- 3 | | TAK | |  |
|  | Waga maks. 200 g | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu . | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Ssak elektryczny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Przenośny ssak elektryczny. | | TAK | |  |
|  | Wygodny uchwyt do przenoszenia ssaka. | | TAK | |  |
|  | Bezolejowa, bezobsługowa pompa ssąca. | | TAK | |  |
|  | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności, łatwa do dezynfekcji. | | TAK | |  |
|  | Wydajność min. 20l/min (+/- 2l). | | TAK | |  |
|  | Zakres regulacji 20-80 kPa. | | TAK | |  |
|  | Pobór mocy do 110 VA. | | TAK | |  |
|  | Filtr antybakteryjny. | | TAK | |  |
|  | Tryb pracy – praca ciągła | | TAK | |  |
|  | Regulator ciśnienia. | | TAK | |  |
|  | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą mmHG. | | TAK | |  |
|  | Pojemnik transparentny, nietłukący z podziałką o pojemności 1000 ml z pokrywą z zabezpieczeniem przeciwprzelewowym. | | TAK | |  |
|  | Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do wymienionych wyżej zbiorników. | | TAK | |  |
|  | Wymiary max urządzenia (szer. x głęb. x wys.) 450mm x 200mm x 320mm (+/- 10mm). | | TAK | |  |
|  | Waga urządzenia nie większa niż 4,5 kg (+/-0,2kg). | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

XI. Poradnia Diabetologiczna.

**Aparat EKG z podłączeniem w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Kompaktowa konstrukcja elektrokardiografu.  Aparat z wbudowaną drukarką termiczną, intuicyjny i prosty w obsłudze. | | TAK | |  |
|  | Ekran dotykowy kolorowy typu TFT LCD min. 4,3 ‘’. | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 480 x 272 | | TAK | |  |
|  | Wyposażony w filtry cyfrowe zapewniające wysoką wydajność. | | TAK | |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | | TAK | |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski skrótów i dotykowy ekran | | TAK | |  |
|  | analiza synchronizacji dla 12 przebiegów, wspomaganie podglądu raportu i dostosowanie formatu raportu | | TAK | |  |
|  | Aparat zasilany elektrycznie 100-240V, 50/60 Hz | | TAK | |  |
|  | Bateria typu Li-on o pojemności min. 2000 mAH | | TAK | |  |
|  | Możliwość stosowania aparatu bezprzewodowo przez min. 4 godziny lub do 150 druków elektrokardiogramu. | | TAK | |  |
|  | Pamięć wbudowana min. 200 grup danych EKG | | TAK | |  |
|  | Formaty zapisu danych min.: PDF, DAT. | | TAK | |  |
|  | Zakres HR min. 30-300 bpm +/- 1 bpm | | TAK | |  |
|  | Analiza diagnozy min. 140 rodzajów | | TAK | |  |
|  | Pomiar informacji przebiegu EKG min.: limit czasu P, interfaza PR, czas QRS, interfaza QT, interfaza QTC, RV5swing, SV1swing, RV6swing, SV2swing, RV5+SV1swing, oś P, oś QRS, oś T | | TAK | |  |
|  | Sygnał wejściowy min. 12 odprowadzeń | | TAK | |  |
|  | Filtr EKG min. 25, 35, 45 [Hz] | | TAK | |  |
|  | Filtr dolnoprzepustowy min. 75, 100, 150 [Hz] | | TAK | |  |
|  | Wzmocnienie min. 2,5; 5; 10 (mm/mV) | | TAK | |  |
|  | Szybkość przesuwu min. 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s] | | TAK | |  |
|  | Moc defibrylatora min. 5000V, 360J | | TAK | |  |
|  | Zapis termiczny punktowy | | TAK | |  |
|  | Rozdzielczość pozioma min. 40 punktów/mm; pionowa min. 8 punktów/mm | | TAK | |  |
|  | Prędkość nagrywania min.: 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s] +/- 3% | | TAK | |  |
|  | Temperatura min. 5-40 ℃ | | TAK | |  |
|  | Ciśnienie atmosferyczne min. 700-1060 hPa | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

XII. Poradnia Neonatologiczna.

**Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka) w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | **Parametry ogólne:** | | TAK | |  |
|  | Wymiary:  - wysokość min. 1630 – 1930 mm  - szerokość min. 700 mm  - głębokość min. 560mm/bez podstawy  - masa ogrzewacza ze statywem ok. 30kg | | TAK | |  |
|  | Ogrzewacz promiennikowy na podstawie jezdnej z 4 kółkami z blokadą  Pneumatyczne wspomaganie regulacji wysokości. | | TAK | |  |
|  | Ogrzewacz promiennikowy z obrotową głowicą min. +/- 180 stopni z wbudowanym oświetleniem. | | TAK | |  |
|  | Oświetlenie luminescencyjne lub diodowe  o mocy min. 100W. | | TAK | |  |
|  | **Parametry elektryczne promiennika:** | | TAK | |  |
|  | - zasilanie min. 230 V 50 Hz | | TAK | |  |
|  | - moc promiennika min. 700 W | | TAK | |  |
|  | - natężenie promieniowania min. 20mW/cm2 | | TAK | |  |
|  | Klasa ochronności I, typ BF | | TAK | |  |
|  | **Regulacja ogrzewania:** | | TAK | |  |
|  | - ręczna i automatyczna | | TAK | |  |
|  | - regulacja mocy grzania ręczna od 0-700 W 20 stopniowa ze skokiem 35W | | TAK | |  |
|  | - regulacja mocy grzania automatyczna w zakresie 34 – 39 0 C | | TAK | |  |
|  | - pamięć nastawy mocy automatyczna | | TAK | |  |
|  | Alarm niedogrzania i przegrzania – optyczny i akustyczny | | TAK | |  |
|  | Komunikaty słowne o ustawieniach i alarmach w języku polskim | | TAK | |  |
|  | Wyświetlacz temperatury o wysokości cyfr  min 30 mm kolorowy | | TAK | |  |
|  | Zegar AGAR – sygnał akustyczny po 1,3,5,10 minutach | | TAK | |  |
|  | Zakres pomiaru temperatury od10-60 0 C z dokładnością +/- 0,20 C | | TAK | |  |
|  | Czujnik temperatury wielokrotnego użytku | | TAK | |  |
|  | Możliwość wyboru koloru urządzenia min. 4 kolory. | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługa w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Waga niemowlęca w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Mechaniczna waga niemowlęca z analogowym wyświetlaczem. | | TAK | |  | |
|  | Obciążenie maks. 16 kg. | | TAK | |  | |
|  | Dokładność odczytu +/- 10g. | | TAK | |  | |
|  | Klasa dokładności min. II | | TAK | |  | |
|  | Szalka wykonana z tworzywa przystosowana do ważenia dzieci w pozycji leżącej o wymiarach min. 550x270 mm. | | TAK | |  | |
|  | Wymiary wagi maks. 550 x 180 x 290 mm. | | TAK | |  | |
|  | Masa wagi maks. 6,4 kg. | | TAK | |  | |
|  | Obudowa wagi metalowa lakierowana. | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  | |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Pulsoksymetr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Pomiar saturacji SpO2 oraz tętna w czasie rzeczywistym | | TAK | |  |
|  | Wysoka dokładność pomiarowa przy niskiej perfuzji (0,05 – 20 %) | | TAK | |  |
|  | Kolorowy, wyraźny ekran TFT LCD min. 3” i rozdzielczości min. 240 x 400 | | TAK | |  |
|  | Wyświetlane parametry co najmniej: Saturacja SpO2, Tętno HR, Poziomy SpO2 , Poziomy HR, Status baterii , Wskaźnik perfuzji, Wskaźnik HR, Wskaźnik alarmu, Krzywa pletyzmograficzna, Bieżący czas , Wykresy długi i krótki | | TAK | |  |
|  | Zapis danych pacjenta min. do 20 dni przy pomiarze co 10 s | | TAK | |  |
|  | Czas zapisu wykresu w zakresie: min. 1 – 48 godz. | | TAK | |  |
|  | Wysoka odporność na ruchy pacjenta oraz zakłócenia elektryczne (również chirurgiczne) | | TAK | |  |
|  | Zastosowanie dla wszystkich kategorii wiekowych: od noworodków po ludzi starszych | | TAK | |  |
|  | Co najmniej dwa tryby pracy do wyboru: ciągły lub okresowy | | TAK | |  |
|  | Mocowanie w pionie lub poziomie – przekręcanie wyświetlanego ekranu | | TAK | |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualne z możliwością wyciszenia na 2 min. | | TAK | |  |
|  | Głośność alarmów w min. 7 stopniowej skali. | | TAK | |  |
|  | Możliwość ustawienia dźwięków tętna. | | TAK | |  |
|  | Interfejs - wejście RS232 | | TAK | |  |
|  | Zasilanie przy pomocy akumulatora alkalicznego lub Ni-MH | | TAK | |  |
|  | Czas pracy min. 10 godzin | | TAK | |  |
|  | Czas ładowania max. 6 godzin | | TAK | |  |
|  | Zakres pomiaru SpO2 w zakresie 0 – 100 % | | TAK | |  |
|  | Dokładność dla dorosłych/dzieci w zakresie 100 - 70% co najmniej ± 2% oraz w zakresie 69 - 50% min. ± 3% | | TAK | |  |
|  | Dokładność dla noworodków w zakresie 100 - 70% min. ± 3% oraz w zakresie 69 - 50% min. ± 4% | | TAK | |  |
|  | Zakres tętna w zakresie min. 15 - 300 bpm | | TAK | |  |
|  | Dokładność tętna min. 15 - 300 bpm min. 3 bpm | | TAK | |  |
|  | Czas uśrednień co 2, 4, 8, 12 s | | TAK | |  |
|  | Wymiary max. 154mm x 72mm x 26 mm | | TAK | |  |
|  | Waga z akumulatorem max. 273g | | TAK | |  |
|  | Spełnienie norm: IEC60601-1, ISO9919, EN475, IPX1, EN/IEC60601-1-2 | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | TAK | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | TAK | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | TAK | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | TAK |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | | |
| 7. | | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | TAK |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | TAK, podać |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | TAK |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

XIII Zakład Rehabilitacji (ul. KEN 1):

**Dynamiczna platforma balansowa w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Interaktywne ćwiczenie można wykonywać zarówno z użyciem kamery internetowej 2D jak i kamery 3D. | | TAK | | |  |
| 2. | Zawiera następujące grupy ćwiczeń: oddechowe i mimiczne, na kończyny górne i tułów, procesów poznawczych, manualne, terapia lustrzana. | | TAK | | |  |
| 3. | Zawiera automatyczną kalibrację - moduł ustawiania użytkowników we właściwym miejscu przed ćwiczeniem, automatyczne dopasowanie do wzrostu użytkowników oraz do osób ćwiczących w pozycji stojącej i siedzącej, korekcję postawy. | | TAK | | |  |
| 4. | Zawiera możliwość ćwiczenia w pozycji stojącej i siedzącej. | | TAK | | |  |
| 5. | W każdym interaktywnym ćwiczeniu osoba ćwicząca widzi na monitorze swoje rzeczywiste odbicie lustrzane. | | TAK | | |  |
| 6. | Zawiera możliwość zapisywania dowolnej liczby użytkowników i prezentacji rezultatów z ich sesji ćwiczeniowych na wykresach. | | TAK | | |  |
| 7. | Zawiera możliwość tworzenia i zapisywania dedykowanych sesji ćwiczeń dla każdego użytkownika osobno. Zaplanowana sesja ma zdefiniowane ćwiczenia, parametry - poziom trudności, czas ćwiczenia, wymagany zakres ruchów (możliwość ustawiania różnych zakresów ruchu dla lewej i prawej strony). | | TAK | | |  |
| 8. | Zawiera możliwość dostosowania parametrów ćwiczeń do możliwości użytkownika. | | TAK | | |  |
| 9. | Zawiera wbudowane w program instrukcje multimedialne oraz tekstowe do wszystkich ćwiczeń. | | TAK | | |  |
| 10. | Zawiera wbudowane w program filmy instruktażowe z osobą wyjaśniającą przebieg każdego ćwiczenia. | | TAK | | |  |
| 11. | Zawiera możliwość uruchomienia ćwiczeń w środowisku Android. | | TAK | | |  |
| 12. | Produkt rozbudowany o moduł ćwiczeń na kontrolę równowagi zawierający bezprzewodową platformę posturograficzną oraz składaną barierkę asekuracyjną. | | TAK | | |  |
| 13. | Licencja na oprogramowanie jest bezterminowa | | TAK | | |  |
| 14. | Zawiera komputer o minimalnych parametrach: procesor o mocy zbliżonej do: i 7 - 6500U, pamięć RAM min. 8 GB rozłożona na 2 kości , Windows 10 , min. 1xUSB 3.0, grafika o wydajności równej lub wyższej: AMdRadeon R5M330) | | TAK, podać | | |  |
| 15. | Zawiera kamerę 3D z możliwością podłączenia do komputera (konwerter USB). | | TAK | | |  |
| 16. | Zawiera monitor min. 40 cali, FullHD, stojak zajmujący nie więcej niż 1m2 +/- 0,25 m2. | | TAK, podać | | |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Stół do masażu w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Stół do masażu 5- cio segmentowy. | | TAK | | |  |
| 2 | Elektryczna zmiana wysokości leżyska. | | TAK | | |  |
| 3 | Otwór w zagłówku. | | TAK | | |  |
| 4 | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej. | | TAK | | |  |
| 5 | Wąski zagłówek wyposażony w podłokietniki. | | TAK | | |  |
| 6 | Regulacja wysokości za pomocą pilota ręcznego 45 – 95 cm +/- 2 cm. | | TAK, podać | | |  |
| 7 | Regulacja wysokości za pomocą ramy sterującej 45 – 95 cm +/- 2 cm. | | TAK, podać | | |  |
| 8 | Długość – 195 cm +/- 2 cm. | | TAK, podać | | |  |
| 9 | Szerokość – 68 cm +/- 2 cm. | | TAK, podać | | |  |
| 10 | Regulacja podnóżka do pozycji Fotela za pomocą sprężyny gazowej 0-85 º +/- 2 º. | | TAK, podać | | |  |
| 11 | Regulacja pochylenia zagłówka za pomocą sprężyny gazowej -80/+45 º +/- 2 %. | | TAK, podać | | |  |
| 12 | Zagłówek z okrągłą zatyczką i poduszką oraz komplet klinów do masażu. | | TAK | | |  |
| 13 | Wieszak na ręcznik. | | TAK | | |  |
| 14 | Układ jezdny z hamulcem. | | TAK | | |  |
| 15 | Udźwig min. 200 kg. | | TAK, podać | | |  |
| 16 | Waga stołu max. 55 kg +/- 2 kg. | | TAK, podać | | |  |
| 17 | Podstawa malowana z profili stalowych malowanych proszkowo. | | TAK | | |  |
| 18 | Możliwość wyboru kolorystyki . | | TAK | | |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Cykloergometr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Moc max . 400 W +/- 5 W | | TAK, podać | | |  |
| 2. | Przełożenie 1:10. | | TAK | | |  |
| 3. | Indukcyjny system hamowania. | | TAK | | |  |
| 4. | Zakres obciążenia w trybie automatycznym: 25 – 400 W. | | TAK | | |  |
| 5. | Zakres obciążenia w trybie ręczny: 20 poziomów +/- 2 poziomy. | | TAK | | |  |
| 6. | Waga koła zamachowego max. 8 kg +/- 0,5 kg. | | TAK | | |  |
| 7. | Dostępne programy treningowe z profilami – min. 6. | | TAK | | |  |
| 8. | Dostępne cele treningowe: czas, dystans, kalorie/dżule. | | TAK | | |  |
| 9. | Wskazanie aktualnej mocy. | | TAK | | |  |
| 10. | Dostosowanie poziomu hamowanie do poziomu tętna. | | TAK | | |  |
| 11. | Wyświetlane wartości:czas, prędkość, dystans, kadencja w obr/min, częstotliwość uderzeń serca, zużycie energii. | | TAK | | |  |
| 12. | Wyświetlacz LCD o wymiarach: 117 x 86 mm +/- 3 mm. | | TAK, podać | | |  |
| 13. | Regulacja kąta nachylenie– optymalna widoczność niezależnie od wzrostu. | | TAK | | |  |
| 14. | Wymiary po rozłożeniu: dł/wys./szer w cm: 119 x 55 x 137 +/- 5 mm. | | TAK, podać | | |  |
| 15. | Zasilanie: 230V. | | TAK | | |  |
| 16. | Maksymalna waga użytkownika: 150 kg. | | TAK | | |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Laser w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Możliwość wykonywania 2 zabiegów jednocześnie. | | TAK | |  |
| 2. | Kolorowy, dużych rozmiarów (4,3”) ekran graficzny z panelem dotykowym +/- 0,5”. | | TAK, podać | |  |
| 3. | Wygodny panel zapisu programów własnych – klawiatura ekranowa. | | TAK | |  |
| 4. | Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym. | | TAK | |  |
| 5. | Ponad 130 programów gotowych +/- 5 programów. | | TAK, podać | |  |
| 6. | Funkcja sterowania pracą wentylatora, minimalizująca hałas i zużycie energii. | | TAK | |  |
| 7. | Licznik czasu i ilości zabiegów (do oceny stanu zużycia diod i obciążenia aparatu). | | TAK | |  |
| 8. | Możliwość doboru kolorystyki obudowy. | | TAK | |  |
| 9. | Może być używany jako aparat przenośny. | | TAK | |  |
| 10. | Możliwość wykonywania 2 zabiegów jednocześnie. | | TAK | |  |
| 12. | Wygodny panel zapisu programów własnych – klawiatura ekranowa. | | TAK | |  |
| 13. | Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym. | | TAK | |  |
| 15. | Funkcja sterowania pracą wentylatora, minimalizująca hałas i zużycie energii. | | TAK | |  |
| 16. | Licznik czasu i ilości zabiegów (do oceny stanu zużycia diod i obciążenia aparatu). | | TAK | |  |
| 17. | 3 długości fali świetlnej: światło czerwone, podczerwone, głęboka podczerwień. | | TAK | |  |
| 18. | 6 rodzajów sond laserowych do wyboru, w tym 3 sondy prysznicowe. | | TAK | |  |
| 19. | Laserowa sonda impulsowa (impuls 50W). | | TAK | |  |
| 20. | Funkcja powtórzeń dawki laserowej. | | TAK | |  |
| 21. | Łagodna regulacja wypełnienia w kroku 1mW. Nie dopuszcza się regulacji w %. | | TAK | |  |
| 23. | Łagodna regulacja częstotliwości (krok 20Hz) i czasu (krok 1s). | | TAK | |  |
| 24. | Tryb pracy ciągły lub impulsowy. | | TAK | |  |
| 25. | Możliwość pracy sondami o świetle czerwonym i podczerwonym. | | TAK | |  |
| 27. | Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) jednocześnie w zakresie światła czerwonego i podczerwonego. | | TAK | |  |
| 28. | Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych. | | TAK | |  |
| 29. | Funkcja pomiaru mocy sondy lasera. | | TAK | |  |
| 30. | Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii. | | TAK | |  |
| 31. | Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie. | | TAK | |  |
| 32. | Regulacja mocy średniej w całym zakresie co 1mW. | | TAK | |  |
| 33. | Regulacja czasu: zmiana co 1 s. | | TAK | |  |
| 34. | Regulacja dawki: zmiana co 0,1 J. | | TAK | |  |
| 35. | Regulacja częstotliwości: zmiana co 1Hz. | | TAK | |  |
| 36. | Możliwość pracy sondami o świetle czerwonym i podczerwonym. | | TAK | |  |
| 37. | Możliwość pracy sondą impulsową o długości fali świetlnej ponad 900nm (moc impulsu min.50W). | | TAK | |  |
| 38. | Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) jednocześnie w zakresie światła czerwonego i podczerwonego. | | TAK | |  |
| 39. | Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych. | | TAK | |  |
| 40. | Funkcja pomiaru mocy sondy lasera. | | TAK | |  |
| 41. | Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii. | | TAK | |  |
| 42. | Dedykowana sonda 400mW / 808nm  (praca ciągła i impulsowa z regulacją mocy). | | TAK | |  |
| 43. | Okulary do laseroterapii dla pacjenta i terapeuty. | | TAK | |  |
| 44. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Urządzenie do aktywnej terapii ręki w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Urządzenie do jednostronnej i dwustronnej rehabilitacji kończyny górnej. | | TAK | | |  |
| 2. | Możliwość treningu ramienia objętego dysfunkcją, przy wsparciu zdrowej kończyny. | | TAK | | |  |
| 3. | Oprogramowanie wykorzystujące rzeczywistość wirtualną opartą na czynnościach i zadaniach życia codziennego. | | TAK | | |  |
| 4. | Możliwość monitoringu progresu pacjenta. | | TAK | | |  |
| 5. | Możliwość dostosowania trudności zadań ruchowych. | | TAK | | |  |
| 6. | Możliwość prowadzenia treningu dwustronnego. | | TAK | | |  |
| 7. | ramiona współpracujące ze sobą, aby uzyskać wymagane wsparcie lub opór podczas ruchu. | | TAK | | |  |
| 8. | Synchronizacja obu ramion pozwalająca na rozwój koordynacji obu kończyn. | | TAK | | |  |
| 9. | Trening zawierający elementy aktywności życia codziennego. | | TAK | | |  |
| 10. | Możliwość prowadzenia treningu jednostronnego. | | TAK | | |  |
| 11. | Ćwiczenia mogą być wykonywane ze zminimalizowaniem oddziaływania siły grawitacji na kończynę uszkodzoną. | | TAK | | |  |
| 12. | Pomiar zakresu ruchomości dla aktywnego i pasywnego ramienia. | | TAK | | |  |
| 13. | Możliwość prowadzenia terapii nadgarstka z wykorzystaniem podparcia sferycznego. | | TAK | | |  |
| 14. | Trening zawierający elementy aktywności życia codziennego. | | TAK | | |  |
| 15. | Ruchy w każdym stawie mogą być dostosowywane indywidualnie. | | TAK | | |  |
| 16. | Produkt zawiera podstawę podpierającą kończyny wykorzystywaną w terapii dwukończynowej. | | TAK | | |  |
| 17. | Sensor w postaci kuli z wbudowanym czujnikiem siły oraz czujnikami położenia. | | TAK | | |  |
| 18. | Na wyposażeniu systemu dodatkowe czujniki położenia i ruchu mocowane na ramieniu i przedramieniu za pomocą opasek rzepowych. | | TAK | | |  |
| 19. | Oprogramowanie w języku polskim. | | TAK | | |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

XIV Zakład Rehabilitacji (ul. 1 Maja):

**Aparat do elektroterapii w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Dwa obwody zabiegowe z niezależną regulacją natężenia prądu. | | TAK | |  |
| 2. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami interferencyjnymi 2 i 4 elektrodowymi. | | TAK | |  |
| 3. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami diadynamicznymi typu MF, DF, CP, LP, CPiso, LPiso, RS, MM z możliwością ustawiania sekwencji. | | TAK | |  |
| 4. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami impulsowymi średniej częstotliwości o kształcie trójkąta, sinusoidy, trapezu i prostokąta. | | TAK | |  |
| 5. | Możliwość wykonywania zabiegów dwukanałowej stymulacji porażeń spastycznych (tonoliza). | | TAK | |  |
| 6. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami TENS i TENS BURST z opcją modulacji drażniącej. | | TAK | |  |
| 7. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem Träberta (Ultra Reiz) . | | TAK | |  |
| 8. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem HV (wysokonapięciowym). | | TAK | |  |
| 9. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem Kotza. | | TAK | |  |
| 10. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem faradycznym i neofaradycznym. | | TAK | |  |
| 11. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem galwanicznym. | | TAK | |  |
| 12. | Możliwość wykonywania zabiegów elektrogimnastyki – cyklicznie przerywane aplikowanie różnych prądów z regulacją czasu trwania impulsów i czasu przerwy oraz kształtu obwiedni. | | TAK | |  |
| 13. | Funkcja elektrodiagnostyki. | | TAK | |  |
| 14. | Funkcja łagodnego narastania i opadania natężenia prądu. | | TAK | |  |
| 15. | Funkcja ochrony pacjenta przy zaniku zasilania. | | TAK | |  |
| 16. | Czas pracy ciągłej 24h. | | TAK | |  |
| 17. | Programy gotowe: min.100 pozycji +/- 5 pozycji. | | TAK | |  |
| 18. | Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu. | | TAK | |  |
| 19. | Licznik czasu i liczby zabiegów. | | TAK | |  |
| 20. | Możliwość indywidualnej regulacji parametrów zabiegów. | | TAK | |  |
| 21. | Dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny. | | TAK | |  |
| 22. | Dedykowana torba transportowa na aparat z akcesoriami. | | TAK | |  |
| 23. | Duży wybór prądów (w tym tonoliza, IF 4-elektrodowe, pełen zakres diadynamicznych, impulsowe - 4 rodzaje). | | TAK | |  |
| 24. | Ustawianie fali (elektrogimnastyka) | | TAK | |  |
| 25. | Funkcja modulacji drażniącej (stochastyczna zmiana, aby utrzymać skuteczność przy długim czasie terapii). | | TAK | |  |
| 26. | Łagodne zatrzymanie i przywracanie prądu. | | TAK | |  |
| 27. | Wybór prądów (w tym tonoliza, IF 4-elektrodowe, pełen zakres diadynamicznych, impulsowe - 4 rodzaje). | | TAK | |  |
| 28. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Aparat do krioterapii w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Czynni chłodzący: LN2 (ciekły azot). | | TAK | | |  |
| 2. | Temperatura zimnego strumienia do -170 º C. | | TAK | | |  |
| 3. | Zasilanie pneumatyczne. | | TAK | | |  |
| 4. | Wskaźnik poziomu gazu w zbiorniku. | | TAK | | |  |
| 5. | 5 poziomów regulacji natężenia przepływu strumienia. | | TAK | | |  |
| 6. | Czasomierz/khronometr | | TAK | | |  |
| 7. | Kolorowy ekran dotykowy LCD o przekątnej 6 cali +/- 0,5 cala. | | TAK | | |  |
| 8. | Zasilanie: 220 V. | | TAK | | |  |
| 9. | W zestawie 2 butle o poj. 35 litrów. | | TAK | | |  |
| 10. | Aparat wyposażony w mobilną obudowę butli o pojemności 35 litrów oraz panel z ekranem LCD . | | TAK | | |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Lampa Solux w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: **min. 2019r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Promiennik IR-1 375 W. | | TAK | |  |
| 2. | Chłodzenie: wymuszone. | | TAK | |  |
| 3. | Płynna regulacja mocy naświetlania . | | TAK | |  |
| 4. | Automatyczne odmierzanie czasu naświetlania: 10, 15, 20, 25 min. | | TAK | |  |
| 5. | Gęstość mocy promieniowania ≥ 3W/cm2. | | TAK | |  |
| 6. | Wymiary: 155 x 42 x 16 cm +/- 2 cm. | | TAK | |  |
| 7. | Waga: 10 kg +/- 0,5 kg. | | TAK | |  |
| 8. | Wyposażenie: okulary ochronne pacjenta, okulary ochronne operatora, filtr czerwony, filtra niebieski, siatka zabezpieczająca. | | TAK | |  |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | TAK |  |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | TAK |  |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | TAK  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | Bezpłatne przeglądy aparatu w czasie gwarancji w terminach i ilości zgodnych z zaleceniami producenta. W wypadku braku zaleceń producenta min. 1 przegląd co 12 m-cy. | | TAK |  |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | TAK, podać |  |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

**Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

………………………………………….

miejscowość, data

………..................................................................

podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo