**Załącznik nr 2/2**

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

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

**Pakiet nr 2:** sprzęt medyczny dla potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych w tym:

1. **POZ** zawierający:

* Elektrokardiograf w ilości 1 sztuki,
* Waga medyczna w ilości 1 sztuki,
* Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki,
* Lampa bezcieniowa w ilości 1 sztuki,

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

I POZ.

**Elektrokardiograf 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.*

**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.*

**Lampa bezcieniowa w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **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.*

………………………………………….

miejscowość, data

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

podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo