

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszku i NZOZ POZ w Rzęszku
nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 4/2019**

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

I. Poradni Okulistycznej zawierający:

- Autorefraktometr dla dzieci w ilości 1 sztuki,
- USG okulistyczne w ilości 1 sztuki,
- Kasetę okularową w ilości 1 sztuki,

II. 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,

III. Poradni Otolaryngologicznej zawierający:

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

IV. 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,

V. 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,

VI. Poradni Reumatologicznej zawierający:

- Densytometr w ilości 1 sztuki,

VII. Poradni Zdrowia Psychicznego zawierający:

- Aparat EEG w ilości 1 sztuki,

VIII. NPL zawierający:

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

IX. Poradni Kardiologicznej zawierający:

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

X. Poradni Pulmonologicznej zawierający:

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

XI. Poradni Diabetologicznej zawierający:

- Aparat EKG z podłączeniem w ilości 1 sztuki,

XII. 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,

XIII. 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,

XIV. 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.

I. 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
1.	Autorefraktometr dla dzieci i niemowląt.	TAK	
2.	Ekran dotykowy min. 5.7 “.	TAK	
3.	Złącza min. 2x USB; IR; SD; WLAN	TAK	
4.	Waga maks. 1 kg.	TAK	
5.	Technologia pomiaru min. obuoczna retinoskopia światłem podczerwonym z podświetleniem min. 54 diod LED.	TAK	
6.	Zakres pomiarowy min. Od -7.00 do +5.00 dtp (w krokach min. Co 0.25 dtp).	TAK	
7.	Średnica źrenicy min. Od 4.00 do 8.00 mm (w krokach co min. 0.1 mm)	TAK	
8.	Wyposażony w drukarkę termiczną.	TAK	
9.	Interfejs WLAN.	TAK	
10.	Zasilanie 6x bateria wielokrotnego ładowania AA.	TAK	
11.	Baza danych pacjentów min. 100 000 wpisów.	TAK	
12.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
13.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
14.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
15.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
16.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych	TAK	

	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.		
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

USG okulistyczne w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Ultrasonograf okulistyczny - możliwa kompletna diagnostyka ultrasonograficzna	TAK	
2.	Konfiguracja modułowa	TAK	
3.	Urządzenie kompaktowe ze zintegrowanym odchylanym ekranem dotykowym i wbudowaną drukarką termiczną	TAK	
4.	Głowica typu A-scan 10 MHz	TAK	
5.	Pomiar długości osiowej min. 15.00-45.00 mm, pomiar grubości soczewki 2.00 - 6.00mm	TAK	
6.	Rozdzielczość pomiaru / dokładność: 0,01 mm / +/- 0,1 mm	TAK	
7.	Metody kalkulacji soczewek wewnątrzgałkowych: Haigisoptimized, Hoffer®Q, Holladay, SRK /T, SRK SHOWA, Shammas- PL, SRK/T Double K	TAK	
8.	Głowica typu B-scan 10 MHz dwupierścieniowa z dodatkową częstotliwością harmoniczną	TAK	
9.	Podstawowy tryb klatek: 20 klatek / sekundę	TAK	
10.	Maksymalna liczba klatek w filmie min. 200	TAK	
11.	Dla głowicy B: Rozdzielczość osiowa i poprzeczna min. 0,6 mm/ dokładność pomiaru między kursorami +/- 0,5 mm	TAK	
12.	Zakres wyświetlania obrazów - Standardowy: min. 35.2mm / 52° - Szerokokątny min. 48.0mm / 52°	TAK	
13.	Możliwość podłączenia sondy pachymetrycznej 20 MHz	TAK	
14.	Możliwość podłączenia Sondy UBM 40 MHz , min. 10 klatek/s, rozdzielczość axialna min. 0,05mm, min. 450 linii akustycznych	TAK	
15.	Monitor: wbudowana wysokiej rozdzielczości kolorowa, dotykowa matryca TFT LCD o wielkości 10,4"	TAK	
16.	Dane zapisywane na pamięci USB	TAK	
17.	Możliwość podłączenia do biometru optycznego OA-2000 (przez złącze picBridge)	TAK	
18.	Wymiary szer. / gł. / wys.: max. 310 x 220 x 330 mm	TAK	
19.	Waga: max. do 6,5 kg	TAK	
20.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
21.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
22.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być	TAK	

	zamontowane wyroby		
23.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
24.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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	

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.	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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 szkło; 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 szkło.	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 jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należyłą starannością wizji	TAK	

	lokalnej.		
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 protokołem 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	

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
1.	Kąt obserwacji 140°	TAK	
2.	Głębokość ostrości min 3-100 mm	TAK	
3.	Średnica zewnętrzna wziernika: max 12,8 mm	TAK	
4.	Długość robocza min 1500 mm	TAK	
5.	Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 12,8 mm	TAK	
6.	Średnica kanału roboczego: min 3,8 mm	TAK	
7.	Kąt zagięcia końcówki endoskopu: -w górę. 180° -w dół. 180° -w lewo 160° -w prawo 160°	TAK	
8.	Kanał do spłukiwania pola obserwacji -Water Jet	TAK	
9.	Instrukcja w języku polskim.	TAK	
10.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	TAK	
11.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	TAK	
12.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej.	TAK	
13.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

Gastroskop w ilości 2 sztuk:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Kąt obserwacji 140°	TAK	
2.	Głębokość ostrości min 4-100 mm	TAK	
3.	Średnica zewnętrzna wziernika: max 9,3 mm	TAK	
4.	Długość robocza min 1050 mm	TAK	
5.	Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 9,4 mm	TAK	
6.	Średnica kanału roboczego: min 2,8 mm	TAK	
7.	Kąt zagięcia końcówki endoskopu: -w górę. 210° -w dół. 90° -w lewo .100° -w prawo 100°	TAK	
8.	Instrukcja w języku polskim.	TAK	
9.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
10.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
11.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej	TAK	

	umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej		
12.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	Przekątna min. 24 cale	TAK	
2.	Matryca TFT LCD (LED)	TAK	
3.	Rozdzielczość obrazu 1920 x 1200 pixeli	TAK	
4.	Jasność 300 cd/m ²	TAK	
5.	Kąt widzenia obrazu prawo/lewo góra/dół min. 170°	TAK	
6.	Współczynnik kontrastu 1000:1	TAK	
7.	Format obrazowania 16:10	TAK	
8.	Sygnał wejścia: DVI, SDI, VGA, C-Video, S-Video	TAK	
9.	Sygnał wyjścia: SDI	TAK	
10.	Czas reakcji max. 14 ms	TAK	
11.	Waga max. 8 kg	TAK	
12.	Instrukcja w języku polskim.	TAK	
13.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
14.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
15.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiejkolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
16.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

Procesor w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Obrazowanie HDTV 1080p	TAK	
2.	Możliwość powiększenia ruchomego obrazu endoskopowego podczas badania w trybie rzeczywistym	TAK	
3.	Możliwość przyłączenia wideokolonoskopu z powiększeniem optycznym min 100x (podać typ endoskopu)	TAK	
4.	Funkcja obrazowania tkanki w wąskim paśmie światła uruchamiana automatycznie przyciskiem na głowicy endoskopu w trakcie badania endoskopowego	TAK	
5.	Wyostrenie obrazu	TAK	
6.	Rozdzielczość obrazu 1920x1080	TAK	
7.	Automatyczny balans bieli	TAK	
8.	Wyjście DVI, S-VHS, USB, RGB	TAK	
9.	Edycja opisów na ekranie	TAK	
10.	Zamrażanie obrazu	TAK	

11.	Wbudowany czytnik na kartę pamięci lub pendrive	TAK	
12.	Zoom elektroniczny	TAK	
13.	Wybarwianie wybraną wiązką światła w czasie rzeczywistym (min. 3 wiązki)	TAK	
ŹRÓDŁO ŚWIATŁA - 1szt.			
14.	Źródło światła xenon	TAK	
15.	Moc oświetlenia – 300W	TAK	
16.	Lampa zapasowa włączana w momencie awarii lampy głównej	TAK	
17.	Zapasowa lampa halogenowa min. 35W	TAK	
18.	Wbudowana pompa powietrza regulowana min 3 zakresy	TAK	
19.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
20.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
21.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
22.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
23.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	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	
2.	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	
3.	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	
4.	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	
5.	Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę łóżka z materacami anty-odleżynowymi	TAK	



	zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm.		
6.	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 uchwytych barierki wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia pleców z zaznaczeniem kąta 30, 60 i 90 i kąta nachylenia leża.	TAK	
7.	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	
8.	Barierki tworzywowe, jednorodne bez elementów łączenia, klejenia, skręcania. Nie dopuszcza się barierki o konstrukcji składającej się z kilku łączonych elementów i posiadających potencjalne miejsca gromadzenia się drobnoustrojów.	TAK	
9.	Barierki boczne wspomagane sprężynami gazowymi umożliwiającymi na ciche i lekkie regulacje wykonane przez personel medyczny. Nie dopuszcza się ciężkich barierki o wadze przewyższającej 5 kg danego segmentu barierki.	TAK	
10.	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	
11.	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 też uniemożliwiających skuteczną dezynfekcję/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	
12.	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	TAK	



	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.		
13	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	
14	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 łóżka w pomieszczeniach o ograniczonej przestrzeni- np. wąskich korytarzach, windach.	TAK	
15	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	
16	sterowanie elektryczne przy pomocy : <ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> • 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 	TAK	



	kolorystyczne dla bardziej intuicyjnej obsługi.		
17	Długość zewnętrzna łóżka – 2200mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża do minimum długości 2400mm dla pacjentów wysokiego wzrostu.	TAK	
18	Szerokość zewnętrzna łóżka przy podniesionych barierkach / wymagana konfiguracja barierki przy transporcie pacjenta/ nie więcej niż 1050mm.	TAK	
19	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	
20	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° +/- 5°	TAK	
21	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° +/- 5°.	TAK	
22	Regulacja elektryczna pozycji Anty- i Trendelenburga 13° (+/-2°)– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	TAK	
23	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	
24	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	
25	Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu .	TAK	
26	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	
27	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	
28	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem sterowania nożnego poprzez konieczność	TAK	

	świadomego podniesienia osłony chroniącej.		
29	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	
30	Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też 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	
31	Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR.	TAK	
32	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	
33	Segment stały jako wskaźnik właściwego ułożenia bioder pacjenta.	TAK	
34	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	
35	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	
36	Panele sterujące nożne zabezpieczone przed wnikaniem wody i pyłów. Przyciski z gumową osłoną. Nie dopuszcza się sterowników nożnych z odsłoniętymi tworzywowymi przyciskami.	TAK	
37	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	
38	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	
39	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	



40	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	
41	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	
42	Łóżko wyposażone w wysuwaną spod leża rączkę służącą do podpierania się podczas wstawania. Rączka posiadająca wbudowane przyciski do regulacji wysokości.	TAK	
43	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 obciążonego 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	
44	Wysoka precyzyjność pomiarów . możliwość ustawienia dokładności wyświetlania pomiarów masy ciała 100g lub 500g.	TAK	
45	Pomiary niezależne od wyposażenia jak np. wieszak kroplówki czy też woreczki urologiczne. Wymienione wyposażenie nie może rzutować na jakość dokonywanego pomiaru.	TAK	
46	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	
47	Alarm dźwiękowy opuszczenia łóżka przez pacjenta oraz sygnalizujący zmianę pozycji pacjenta na łóżku z możliwością ich wyciszenia	TAK	
48	Funkcja regulacji głośności alarmów.	TAK	
49	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	
50	System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia.	TAK	
51	4 kółka odbojowe chroniące przed uszkodzeniami.		

		TAK	
52	<p>Wyposażenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Barierki, dzielone, opisane powyżej Materac w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nie przepuszczającym wody. Pokrowiec odpinany 180°. 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	
53	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
54	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
55	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
56	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
57	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

II. 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
1.	Zintegrowany system diagnostyczny do monitorowania, zarządzania funkcja i życiowymi i oceny fizycznej pacjenta.	TAK	
2.	Urządzenie wyposażone w czytelny, kolorowy wyświetlacz 10.1 "(16: 9) TFT LCD z ekranem dotykowym.	TAK	
3.	Wbudowane: otoskop, oftalmoskop i depresor języka.	TAK	
4.	System naścienny oszczędzający przestrzeń i eliminujący splątane, wiszące przewody.	TAK	
5.	Min. 4 porty USB do podłączenia wyposażenia tj.: mysz komputerowa, klawiatura komputerowa, skaner kodów kreskowych, drukarka itp.	TAK	
6.	Ręczne wprowadzanie pomiarów (waga, wzrost, częstotliwość oddechów, ból).	TAK	
7.	System zapewniający miejsce do przechowywania dodatkowych mankietów do pomiaru ciśnienia krwi.	TAK	
8.	Możliwość prezentacji wyników pacjenta na dużym ekranie.	TAK	



9.	Możliwe wyposażenie dodatkowe tj.: zintegrowany glukometrbluetooth, termometr elektroniczny.	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 jakiegokolwiek 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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

Fotel laryngologiczny w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
58.	Podstawa fotela oraz kolumna posiadające tworzywową osłonę zabezpieczającą elementy konstrukcyjne przed uderzeniami. Podstawa w kolorze szarym.	TAK	
59.	Segmenty pokryte bezszwowymi materacami w postaci odlewów z pianki poliuretanowej.	TAK	
60.	Wysokość regulowana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie min. 750-1050 mm.	TAK	
61.	Regulacja segmentu pleców umożliwiającą opuszczenie ich poniżej poziomu 0o	TAK	
62.	Fotel posiadający możliwość ustawienia do pozycji Trendelenburga/Antyszokowej, jednym ruchem, za pomocą sprężyn gazowych.	TAK	
63.	Fotel ma posiadający koła o średnicy 150mm z centralną blokadą	TAK	
64.	Oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych min. 0-70 stopni.	TAK	
65.	Regulowane podłokietniki w poziomie min. 180 stopni.	TAK	
66.	Fotel osadzony na kółkach jezdnych z hamulcem.	TAK	
67.	Wymiary podłokietników min. 400x140 mm.	TAK	
68.	Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg.	TAK	
69.	Długość fotela min. 1400 mm.	TAK	
70.	Szerokość fotela min. 550 mm.	TAK	
71.	Podgłówek podtrzymujący głowę.	TAK	
72.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
73.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	TAK	
74.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	TAK	

75.	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	
76.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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 45°	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 protokołem 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.

III. 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
77.	Laser frakcyjny CO2	TAK	
78.	Długość wiązki: min. 10.6µm±0.1µm	TAK	
79.	Średnica plamki: min. 0.08mm~0.12mm	TAK	
80.	Tryb pracy: Normalny i frakcyjny	TAK	
81.	Moc wyjściowa lasera:	TAK	
82.	a) Tryb normalny: min. 1W~30W, 1W;	TAK	
83.	b) Tryb frakcyjny: min. 0.1mJ~300mJ, 0.1mJ.	TAK	
84.	Zamknięty system chłodzenia, za pomocą wody.	TAK	
85.	Napięcie: a.c. min. 220V 50Hz.	TAK	
86.	Moc wejściowa: min. 600W.	TAK	
87.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
88.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki .informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	TAK	
89.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby .	TAK	
90.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej.	TAK	
91.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie	TAK	

	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.		
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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

Rektoskop w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
-----	------	------------------------------------	---------------------

1.	Rektoskop halogenowy min. 6V.	TAK	
2.	Badane pole oświetlane zimnym jednorodnym światłem, bez cieni i odbłasków.	TAK	
3.	Głowica światłowodowa wyposażona w zamykane okienko z uszczelką.	TAK	
4.	W zestawie min.:		
5.	Głowica światłowodowa	TAK	
6.	Rękojeść 6V zintegrowana ze źródłem światła	TAK	
7.	Zasilacz sieciowy	TAK	
8.	Balon do insuflacji	TAK	
9.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
10.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
11.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
12.	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	
13.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

Diatermia w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną	TAK	
2.	Urządzenie z możliwością pracy z systemem zamykania naczyń do 7mm.	TAK	
3.	Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz.	TAK	
4.	Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz (+/-10%)	TAK	
5.	Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji	TAK	
6.	Zabezpieczenie przeciwporażeniowe Klasa I CF	TAK	
7.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów	TAK	
8.	Aparat w pełni zintegrowany (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania	TAK	
9.	Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu.	TAK	
10.	Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu	TAK	

	dotykowego.		
11.	Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy, nie mniejszy niż 9"	TAK	
12.	Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenia, wysokości ustawienia urządzenia itp.)	TAK	
13.	Możliwość regulacji jasności ekranu	TAK	
14.	Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do sali operacyjnej, ciemna do pracowni endoskopowej)	TAK	
15.	Komunikacja w języku polskim.	TAK	
16.	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	
17.	Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim.	TAK	
18.	System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia.	TAK	
19.	Urządzenie wyposażone w cztery wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi	TAK	
20.	Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia)	TAK	
21.	Możliwość zapamiętania min. 100 programów i zapisania ich pod dowolną nazwą.	TAK	
22.	Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktualnego trybu pracy	TAK	
23.	Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej	TAK	
24.	Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji czasu	TAK	
25.	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	

26.	Zdalna zmiana programów za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego	TAK	
27.	Możliwość zmiany parametrów pracy za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego	TAK	
28.	Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym	TAK	
29.	Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdnią z blokadą kół, z zamykaną szafką na 2 butle argonowe 10 l	TAK	
30.	Instrukcja w języku polskim	TAK	
31.	PARAMETRY PRACY URZĄDZENIA		
32.	Cięcie monopolarne z mocą 350W	TAK	
33.	Min. 6 rodzajów cięcia monopolarnego w tym cięcie specjalistyczne urologiczne i histeroskopowe oraz artroskopowe umożliwiające pracę w środowisku płynu	TAK	
34.	Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia	TAK	
35.	Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą 200W	TAK	
36.	Min. 4 rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray),	TAK	
37.	Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej	TAK	
38.	Koagulacja bipolarna z mocą 120W	TAK	
39.	Minimum trzy rodzaje koagulacji bipolarnej w tym tryby specjalistyczne przeznaczone do zabiegów urologicznych, histeroskopowych i artroskopowych	TAK	
40.	Minimum 8 efektów dostępnych dla każdego trybu koagulacji bipolarnej	TAK	
41.	Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna w min. jednym z trybów.	TAK	
42.	Minimum trzy rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryby cięcia specjalistycznego do urologii, histeroskopii i artroskopii umożliwiające pracę w środowisku płynu	TAK	
43.	Specjalistyczne tryby cięcia i koagulacji przeznaczone do bipolarnych zabiegów histeroskopowych w roztworze soli fizjologicznej	TAK	
44.	Minimum 8 efektów dostępnych w każdym z trybów	TAK	

	cięcia bipolarnego		
45.	Tryb bipolarnego zamykania dużych naczyń krwionośnych z mocą 300W	TAK	
46.	Minimum 8 poziomów intensywności pracy w trybie zamykania naczyń krwionośnych	TAK	
47.	Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu	TAK	
48.	Automatyczne zakończenie aktywacji po zakończonym cyklu	TAK	
49.	Potwierdzenie poprawnego zakończenia cyklu scalania komunikatem na ekranie oraz sygnałem dźwiękowym	TAK	
50.	WYPOSAŻENIE		
51.	Włącznik nożny bezprzewodowy, 2-przyciskowy, z dodatkowym przełącznikiem umożliwiający zdalną zmianę programów – 1 szt.	TAK	
52.	Wózek wyposażonym w platformę jezdnią z blokadą kół, z zamykaną szafką na 2 butle argonowe 10 l-1szt	TAK	
53.	Kabel elektrod jednorazowych, wtyk płaski dł. 3m – 2 szt.	TAK	
54.	Kabel bipolarny, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi, złącze kątowe-2szt	TAK	
55.	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	
56.	Elektrody monopolarne wielorazowe do cięcia i koagulacji. Kompatybilne z uchwytem 4mm: - lancet prosty , dł. ok. 25mm – 6 szt.	TAK	
57.	Klemy do zamykania dużych naczyń krwionośnych, końcówka zagięta, długość ok. 23cm, przeznaczone do wielokrotnej sterylizacji – 1 szt.	TAK	
58.	Klemy do zamykania dużych naczyń krwionośnych, końcówka zagięta, długość ok. 16cm, przeznaczone do wielokrotnej sterylizacji – 2 szt.	TAK	
59.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	Brak ostrych krawędzi zapewniający pewny uchwyt	TAK	
2.	Silnik o mocy min. 250 W	TAK	
3.	Wyposażona w ostrza dla gipsu normalnego i syntetycznego (65/50 mm)	TAK	
4.	Oscylacja [obr/min] min. 15 000	TAK	
5.	Wymiary (dł. x szer. x wys.) [mm]: 310 x 80 x 80 (+/- 5 mm)	TAK	

6.	Waga [kg]: maks. 1.4	TAK	
7.	Klasa bezpieczeństwa: 2B (EN 60601.1)	TAK	
8.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
9.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	TAK	
10.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	TAK	
11.	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	
12.	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- <i>kryterium</i>	
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 protokołem 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.

Wiertarka w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Napęd ortopedyczny wyposażony w podwójny system spustowy do kontroli prędkości i sterowania kierunkiem.	TAK	
2.	Sterylizacja parowa.	TAK	
3.	Wymiary wiertarki maks. 77 x 140 x 210 mm.	TAK	
4.	Waga wiertarki maks. 785 g.	TAK	
5.	Tryb wiercenia min. 1200 obr/min.	TAK	
6.	Tryb oscylacji drążenia min. 1200 obr/min.	TAK	
7.	Tryb wkręcania min. 150 obr/min.	TAK	
8.	Tryb dotykania min. 50 obr./min.	TAK	
9.	Tryb rozwiertaka min. 300 obr./min.	TAK	
10.	Tryb oscylacji pogłębiarki min. 300 obr./min.	TAK	
11.	Kosz do sterylizacji z silikonowymi mocowaniami o wymiarach min. 405x253x113 mm	TAK	
12.	Olej w sprayu do silnika oraz dodatkowych części.	TAK	
13.	Min. 2 wiertła 2,5 oraz 3 mm	TAK	
14.	Zasilanie wraz z akumulatorem.	TAK	
15.	Głowica z kluczykiem do zmiany wiertel.	TAK	
16.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
17.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
18.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
19.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą	TAK	

	starannością wizji lokalnej		
20.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 zabiegowa w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

	WYMAGANE	
--	-----------------	--

Lp.	OPIS	PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Lampa zabiegowa bezcieniowa mobilna ze źródłem światła LED	TAK	
2.	Diody LED w kolorze białym	TAK	
3.	Kopuła lampy nie powodująca wzrostu temperatury na czaszy lampy	TAK	
4.	Średnica kopuły 30 cm (+/-5cm)	TAK	
5.	Obrót czaszy lampy o min. 270°	TAK	
6.	Wgłębność oświetlenia (L1+L2) min. 130 cm	TAK	
7.	Natężenia światła lampy w odległości 1m od czoła lampy powyżej 50 [klux]	TAK	
8.	Lampa wyposażona w 7 (+/-1) źródeł światła LED	TAK	
9.	Żywotność żarówki min. 30000 godzin	TAK	
10.	Regulacja natężenia światła w min. 5 stopniach	TAK	
11.	Regulacja natężenia oraz włączanie i wyłączanie lampy przy pomocy panelu umieszczonego na czaszy.	TAK	
12.	Temperatura barwowa dla lampy co najmniej 4500 [K]	TAK	
13.	Współczynnik oddawania barw CRI co najmniej 96	TAK	
14.	Średnica plamy świetlnej pola w odległości 1m od czoła lampy: 160 mm, (+/- 20 mm)	TAK	
15.	Lampa wyposażona w uchwyt sterylny oraz tzw. reling brudny okalający min. 60% obwodu czaszy	TAK	
16.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

USG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Kierunkowa technologia obrazowania Power Doppler wykrywająca obwodowe naczynia krwionośne.	TAK	
2.	Filtr redukcji szumów poprawiający obraz	TAK	
3.	Technologia inwersji impulsu poprawiająca wyrazistość obrazu.	TAK	
4.	Funkcja obliczania danych odkształcenia.	TAK	
5.	Technika ultradźwiękowa do obrazowania elastyczności, wykrywa obecność stałych mas w tkankach i przekształca dowolną sztywność w obrazy kolorowe.	TAK	
6.	Aparat wyposażony w podgrzewacz żelu.	TAK	
7.	Dyski HDD	TAK	
8.	Wspomaganie bateryjne zapewniające systemowi zasilanie bateryjne.	TAK	
9.	Monitor LED min. 21,5 ‘‘	TAK	
10.	Ekran dotykowy o wysokiej czułości min. 10,1 ‘‘	TAK	
11.	Funkcja wysyłania ultradźwiękowych obrazów i materiałów wideo do smartfona.	TAK	
12.	Technologia prowadzenia igły.	TAK	
13.	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	
14.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
15.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	TAK	
16.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest	TAK	



	do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.		
17	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej.	TAK	
18	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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 (N ₂ O), lub dwutlenek węgla (CO ₂) 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 jakiegokolwiek 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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	Przetwornik ultradźwiękowy 1 MHz, wodoszczelny – min. 2 szt.	TAK	
2.	Zakres odczytu dla przetwornika ultradźwiękowego – min. 30-240 bpm	TAK	
3.	Natężenie fali ultradźwiękowej dla przetwornika ≤ 1 mW/cm ²	TAK	
4.	Dokładność obliczania częstości pracy serca płodu $\pm 0,25$ bpm w całym zakresie pomiarowym	TAK	
5.	Zewnętrzny przetwornik Toco, wodoszczelny – min. 1 szt.	TAK	
6.	Funkcja ręcznego i automatycznego zerowania Toco	TAK	
7.	Aparat posiada możliwość ustawienia bazowej Toco min. „0”, „10”, „20”	TAK	
8.	Możliwość zamocowania przetworników na uchwytach przy aparacie	TAK	
9.	Znacznik zdarzeń dla pacjentki	TAK	
10.	Funkcja automatycznego wykrywania ruchów płodu i wydruk wykresu aktywności ruchowej płodu	TAK	
11.	Znacznik zdarzeń dla personelu z możliwością wyboru opcji wbudowanych	TAK	
12.	Alarmy min. utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika	TAK	
13.	Licznik czasu badania NST	TAK	

14.	3-stopniowy wskaźnik jakości odbieranego sygnału	TAK	
15.	Możliwość wprowadzenia do pamięci aparatu daty i czasu oraz danych użytkownika, szpitala, przychodni.	TAK	
16.	Rozbudowana baza danych zapisów KTG wraz z kalkulatorem ciąży, danymi pacjentki, ciąży, badania KTG	TAK	
17.	Pojedyncza, możliwa do zapamiętania sesja zapisu KTG nie krótsza niż 90 godzin	TAK	
18.	Wbudowana drukarka termiczna o wysokiej rozdzielczości z możliwością wydruku na papierze gładkim i wstępnie zadrukowanym.	TAK	
19.	Wbudowana automatyczna komputerowa kliniczna analiza przedporodowa i okołoporodowa monitorowanych danych z wydrukiem raportu	TAK	
20.	Analizowanie przynajmniej 14 parametrów zapisu KTG (min. STV, LTV, wyznaczanie linii bazowej, oznaczanie obszarów wysokiej i niskiej zmienności)	TAK	
21.	Aparat wyposażony w podświetlenie drukarki. (umożliwia ocenę wydruku w zaciemnionym pomieszczeniu np. w nocy)	TAK	
22.	Drukarka umożliwia zapis ciąży mnogiej na tym samym wykresie, z przesunięciem o 20 bpm, lub na osobnych skalach (dotyczy papieru bez podziałki)	TAK	
23.	Dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej $\geq 8''$, umożliwiający podgląd monitorowanych parametrów w formie cyfrowej i graficznej.	TAK	
24.	Wyświetlacz LCD ze zmiennym tłem i podświetleniem – w zależności od potrzeb	TAK	
25.	Obsługa aparatu wyłącznie przez ekran dotykowy	TAK	
26.	Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach	TAK	
27.	Brak fizycznych przycisków na obudowie – zapewnia dokładną dezynfekcję i utrzymanie w czystości	TAK	
28.	Współpraca z cyfrowymi systemami centralnego monitorowania oraz oprogramowaniem komputerowym	TAK	
29.	Aparat wyposażony w wewnętrzną pamięć z możliwością rozbudowy pojemności	TAK	
30.	Aparat wyposażony w min. 2 porty USB	TAK	

	umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną.		
31.	Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury	TAK	
32.	Możliwość multiplikacji obrazu na dwa monitory	TAK	
33.	Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i jeden port LAN	TAK	
34.	Aparat wyposażony w akumulator umożliwiający monitorowanie bez podłączenia do sieci elektrycznej	TAK	
35.	Waga nie więcej niż 6 kg	TAK	
36.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	Tak	
37.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
38.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
39.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
40.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

USG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Monitor LCD min. 21,5 ‘‘	TAK	
2.	Ekran dotykowy o wysokiej czułości min. 10,1 ‘‘	TAK	
3.	Min. Dwupoziomowy regulowany podgrzewacz do żelu.	TAK	
4.	Wyposażony w windę gazową – możliwość dostosowania do preferowanej wysokości.	TAK	
5.	Wyposażony w uchwyt przetwornika endokawitalnego zamontowany z boku na konsoli.	TAK	
6.	Technologia Vue pozwala na wyświetlanie obrazu 3D.	TAK	
7.	Możliwość wybrania przez użytkownika kierunku źródła światła.	TAK	
8.	Przegubowe ramię monitora.	TAK	
9.	Zestaw wyposażony w aplikację do obrazowania pozwalającą na kontrolę manipulacji danymi objętościowymi 3D/4D.	TAK	
10.	Funkcja 5D NT pozwalająca na zmniejszenie zależności operatora od pierwszego pomiaru przezierności karkowej w pierwszym trymestrze płodu.	TAK	
11.	Funkcja identyfikacji i mierzenia wielu pęcherzyków jajnikowych w celu szybkiej oceny rozmiaru i stanu pęcherzyków podczas badań ginekologicznych.	TAK	
12.	Głowica brzuszna o polu widzenia min. 70 ‘‘	TAK	
13.	Głowica endowaginalna o polu widzenia min. 148 stopni.	TAK	

14.	Głowica kardiologiczna.	TAK	
15.	Głowica typu convex.	TAK	
16.	Kieszka boczna do przechowywania np. tabletu, wykresów pacjenta lub innych przedmiotów.	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 jakiegokolwiek 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- <i>kryterium</i>	
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 protokołem 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.

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
1.	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	
2.	Fotel o wymiarach leża: szer. 630mm (+/- 30mm), dł. 1750 mm (+/-30mm)	TAK	
3.	Regulacja elektryczna wysokości w zakresie od 520 do 1150 mm +/- 20 mm	TAK	
4.	Regulacja elektryczna oparcia pleców w zakresie od - 12° do + 50° +/- 5°	TAK	
5.	Regulacja elektryczna siedziska w zakresie od +5° do + 15° +/- 5°	TAK	
6.	Regulacja elektryczna podkolanników w zakresie od - 15° do + 20° +/- 5°	TAK	
7.	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 kąta nachylenia pleców i podnóżków,	TAK	
8.	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	

9.	Regulacja elektryczna wysuwania i chowania podwozia fotela. Fotel posiada możliwość łatwego przemieszczania przez jedną osobę.	TAK	
10.	Maksymalne obciążenie min. 210 kg	TAK	
11.	Regulacje elektryczne uzyskiwane z pilota ręcznego oraz pilota nożnego zintegrowanego z fotelem, wbudowanego w podstawę fotela	TAK	
12.	Możliwość ustawienia fotela za pomocą jednego przycisku na pilocie do pozycji: - do wejścia na fotel - pozycji zabiegowej - pozycji do badania USG - pozycji antyszkowej	TAK	
13.	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	
14.	Uchwyt prześcieradła papierowego umieszczony w pojemniku pod segmentem pleców.	TAK	
15.	Fotel wyposażony w materace bezszwowe zmywalne z możliwością wyboru koloru	TAK	
16.	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	
17.	Funkcja bezpieczeństwa zatrzymująca regulacje elektryczne w przypadku osadzenia fotela na niewypoziomowanej powierzchni	TAK	
18.	Fotel wyposażony w : - Miska tworzywowa z możliwością schowania pod siedziskiem, - zintegrowana z fotelem podpora pod stopy operatora - podglówek dla pacjentki,	TAK	
VIDEOKOLPOSKOP			
19.	Videokolposkop zintegrowany z fotelem na ruchomym ramieniu z możliwością chowania pod siedzisko	TAK	
20.	Videokolposkop wyposażony w wysokiej klasy optykę oraz oświetlenie LED	TAK	
21.	Zoom optyczny w zakresie min. 1,5x - 20x	TAK	
22.	Zoom cyfrowy min. 10x	TAK	
23.	Średnica oglądanej powierzchni min. 3 cm	TAK	
24.	Odległość obiektywu od obiektu badań max. 24 – 33 cm	TAK	
25.	Głębokość ostrości min. 10 mm	TAK	

26.	Zielony filtr do filmów i testów podczas zabiegów	TAK	
27.	Formaty przechowywania obrazów i filmów min. png, avi	TAK	
28.	Transfer danych za pomocą WLAN/LAN	TAK	
29.	Rozdzielczość obrazów i filmów min. 640x480 efektywnych pikseli	TAK	
30.	Funkcja zamrażania obrazu	TAK	
31.	Funkcja wykonywania pojedynczych zdjęć lub nagrywania filmów.	TAK	
MONITOR			
32.	Monitor zintegrowany z fotelem umieszczony na ruchomym ramieniu z dwoma przegubami pozwalającymi na dowolne ustawienie.	TAK	
33.	Możliwość pochylenia monitora o kąt 15°	TAK	
34.	Monitor LCD o przekątnej min. 17"	TAK	
35.	Wysoka rozdzielczość monitora min. 1280 x 1024 pikseli	TAK	
36.	Jasność min. 300 cd/m ²	TAK	
37.	Kontrast min. 3000:1	TAK	
38.	Kąt widzenia min. 160°/160°	TAK	
39.	Sygnał wejściowy min: Analog, Digital, S- Video, CVBS	TAK	
40.	Czas reakcji min. 3 ms	TAK	
41.	Wymiary : 408 x 398 x 175 mm +/- 50 mm	TAK	
42.	Monitor w obudowie metalowej, ekran wykonany z wysokiej jakości szkła.	TAK	
43.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
44.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
45.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
46.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
47.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	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	
2.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki	TAK	

	informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu		
3.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
4.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiejkolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
5.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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 5° (tzw. wąski wachlarz), z dokładnym opisem geometrii wiązki umożliwiającym eliminację 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: a) kręgosłup AP – max 50 µGy, b) szyjka kości udowej – max 50 µGy, c) przedramię - max 35 µGy	TAK	
8.	Czasy skanowania dla lokalizacji: a) kręgosłup AP- max. 45 s b) szyjka kości udowej – max. 30 s c) przedramię – max 30 s	TAK	
9.	Szyjka kości udowej: a) BMD, b) BMC, c) powierzchnia dla krętarza, trzpienia, szyjki, górnej części szyjki kości udowej, oraz dla „Total”, d) wskaźnik T-Store, e) wskaźnik Z-Score, f) zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, g) zmiana procentowa w stosunku do rówieśników,	TAK	
10.	Kręgosłup lędźwiowy w projekcji AP: a) BMD, b) BMC oraz powierzchnia, c) wskaźnik T-Score, d) wskaźnik Z-Score,	TAK	

	e) zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, f) zmiana procentowa w stosunku do rówieśników.		
11.	Oprogramowanie do pomiaru gęstości w obrębie przedramienia: a) BMD, b) BMC oraz powierzchnia, c) wskaźnik T-Score, d) wskaźnik Z-Score, e) zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, f) 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 boku) 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: a) monitor LED min. 24", b) 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 jakiejkolwiek 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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	42-kanałowa głowica wzmacniaczy biologicznych	TAK	
2.	Min. 32 kanały EEG + 8 kanałów poligraficznych	TAK	
3.	Kanał pomiaru saturacji SpO2 oraz przycisk pacjenta	TAK	
4.	Min. 16-bitowy przetwornik A/D oraz	TAK	

	komunikacja przez interfejs LAN TCP/IP		
5.	Wypożyczony w zintegrowany izolator	TAK	
6.	Automatyczna kalibracja głowicy	TAK	
7.	Pomiar impedancji bezpośrednio na głowicy lub z poziomu oprogramowania	TAK	
8.	Sygnalizacja impedancji za pomocą diod LED w 5-stopniowej skali	TAK	
9.	Podłączanie elektrod poprzez złącza TP DIN lub min. 40-pinowego multikonektora	TAK	
10.	Wbudowany filtr sieciowy min. 50/60 Hz	TAK	
11.	Regulacja skali czasu w zakresie min. 0,03-10 s	TAK	
12.	Czułość min. 10µV/cm – 2 mV/cm	TAK	
13.	Impedancja wejściowa min. >100 Mohm	TAK	
14.	Szum wejściowy min. <2 µVpp	TAK	
15.	Częstotliwość próbkowania min. >2000 Hz	TAK	
16.	Fotostymulator LED z regulacją w zakresie min. 0,5-60 Hz	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 jakiegokolwiek 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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
92.	Kompaktowa konstrukcja elektrokardiografu. Aparat z wbudowaną drukarką termiczną, intuicyjny i prosty w obsłudze.	TAK	
93.	Ekran dotykowy kolorowy typu TFT LCD min. 4,3 “.	TAK	
94.	Rozdzielczość ekranu min. 480 x 272	TAK	
95.	Wyposażony w filtry cyfrowe zapewniające wysoką wydajność.	TAK	
96.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
97.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski skrótów i dotykowy ekran	TAK	
98.	analiza synchronizacji dla 12 przebiegów, wspomaganie podglądu raportu i dostosowanie formatu raportu	TAK	
99.	Aparat zasilany elektrycznie 100-240V, 50/60 Hz		

		TAK	
100.	Bateria typu Li-on o pojemności min. 2000 mAH	TAK	
101.	Możliwość stosowania aparatu bezprzewodowo przez min. 4 godziny lub do 150 druków elektrokardiogramu.	TAK	
102.	Pamięć wbudowana min. 200 grup danych EKG	TAK	
103.	Formaty zapisu danych min.: PDF, DAT.	TAK	
104.	Zakres HR min. 30-300 bpm +/- 1 bpm	TAK	
105.	Analiza diagnozy min. 140 rodzajów	TAK	
106.	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	
107.	Sygnał wejściowy min. 12 odprowadzeń	TAK	
108.	Filtr EKG min. 25, 35, 45 [Hz]	TAK	
109.	Filtr dolnoprzepustowy min. 75, 100, 150 [Hz]	TAK	
110.	Wzmocnienie min. 2,5; 5; 10 (mm/mV)	TAK	
111.	Szybkość przesuwu min. 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s]	TAK	
112.	Moc defibrylatora min. 5000V, 360J	TAK	
113.	Zapis termiczny punktowy	TAK	
114.	Rozdzielczość pozioma min. 40 punktów/mm; pionowa min. 8 punktów/mm	TAK	
115.	Prędkość nagrywania min.: 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s] +/- 3%	TAK	
116.	Temperatura min. 5-40 °C	TAK	
117.	Ciśnienie atmosferyczne min. 700-1060 hPa	TAK	
118.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
119.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
120.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
121.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega	TAK	

	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.		
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 medyczna w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
-----	------	------------------------------	---------------------



1.	Elektroniczna waga kolumnowa ze wzrostomierzem wykonana w konstrukcji żeliwnej.	TAK	
2.	Klasa dokładności min. III.	TAK	
3.	Nośność min. 300 kg.	TAK	
4.	Podziałka min. 50g<150kg>100g.	TAK	
5.	Zasilanie bateryjne lub poprzez zasilacz.	TAK	
6.	Wymiary min. 360x930x520 mm.	TAK	
7.	Waga netto maks. 17,6 kg.	TAK	
8.	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	
9.	Wzrostomierzem o zakresie pomiaru min. 60-200 cm.	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 jakiegokolwiek 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- <i>kryterium</i>	

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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	Czas rejestracji: -72 godziny na bateriach litowych -48 godzin na bateriach alkalicznych -24 godziny na akumulatorach NiMH	TAK	
2.	Zakres rejestracji: 0.05 – 70 Hz	TAK	
3.	Rozdzielczość: 12 bit, 12,50 µV/LSB	TAK	
4.	Prefiltrowana częstość próbkowania: 1440 próbek na sekundę	TAK	
5.	Wymiary: 12,3 cm x 7,0 cm x 2,4 cm	TAK	
6.	Waga: 184 gramy z baterią i kartą SD	TAK	
7.	Zasilanie: 2 x bateria AA (alkaliczna, akumulator NiMH lub litowa)	TAK	

8.	Pojemność 32 MB- 2 GB karta flash SD	TAK	
9.	Spełnia Normę EC-38	TAK	
10.	Duży czytelny ekran LCD	TAK	
11.	Automatyczne wykrywanie stymulatora	TAK	
12.	Ekranowe kable redukujące artefakty	TAK	
13.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
14.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
15.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
16.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
17.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

Rejestrator RR w ilości 4 sztuk:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Zakres pomiaru: Skurczowe (SYS): 60 – 290 mmHg Rozkurczowe (DIA): 30 – 195 mmHg	TAK	
2.	Dokładność +/- 3 mmHg	TAK	
3.	Zakres ciśnienia statystycznego 0 do 300 mmHg	TAK	
4.	Częstość tętna 30 do 240 uderzeń na minutę.	TAK	
5.	Metoda pomiaru oscylometryczna.	TAK	
6.	Protokoły pomiarów.	TAK	
7.	2 programowalne protokoły z możliwością ustawienia 1,2,4,5,6,10,12, 15,20 lub 30 pomiarów na godzinę.	TAK	
8.	7 wbudowanych protokołów.	TAK	
9.	1 protokół do aktywacji wysyłania danych - SMS-em przez telefon komórkowy - lub do punktu dostępowego przez Bluetooth	TAK	
10.	Pamięć urządzenia: 300 pomiarów.	TAK	
11.	Pojemność baterii > 300 pomiarów.	TAK	
12.	Zakres temperatur podczas pracy +10 °C do +40 °C	TAK	
13.	Zakres wilgotności podczas pracy 15% do 90%	TAK	
14.	Warunki przechowywania	TAK	

	-20 °C do +50 °C oraz 15% do 90% wilgotności powietrza.		
15.	Wymiary 128 x 75 x 30 mm	TAK	
16.	Waga ok. 240 g z bateriami	TAK	
17.	Zasilanie 2 akumulatory Ni-MH (AA, Mignon) IEM - 1,2 V każdy i min. 2100 mAh	TAK	
18.	Interfejsy • Kabel (USB / RS232) • Infrared (podczerwień) • Bluetooth (Class 1 / 100 m)	TAK	
19.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
20.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	TAK	
21.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	TAK	
22.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej .	TAK	
23.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

EKG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Kompaktowa konstrukcja elektrokardiografu. Aparat z wbudowaną drukarką termiczną, intuicyjny i prosty w obsłudze.	TAK	
2.	Ekran dotykowy kolorowy typu TFT LCD min. 8 ‘‘.	TAK	
3.	Rozdzielczość ekranu min. 800 x 600	TAK	
4.	Wyposażony w filtry cyfrowe zapewniające wysoką wydajność.	TAK	
5.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
6.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez klawiaturę alfanumeryczną, przyciski skrótów i dotykowy ekran	TAK	
7.	analiza synchronizacji dla 12 przebiegów, wspomaganie podglądu raportu i dostosowanie formatu raportu	TAK	
8.	Aparat zasilany elektrycznie 100-240V, 50/60 Hz	TAK	
9.	Bateria typu Li-on o pojemności min. 4000 mAH	TAK	
10.	Możliwość stosowania aparatu bezprzewodowo przez min. 4 godziny lub do 150 druków elektrokardiogramu.	TAK	
11.	Pamięć wbudowana min. 800 grup danych EKG	TAK	
12.	Formaty zapisu danych min.: PDF, DAT, Dicom, FDA-XML	TAK	
13.	Zakres HR min. 30-300 bpm +/- 1 bpm	TAK	
14.	Analiza diagnozy min. 140 rodzajów	TAK	

15.	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	
16.	Analiza diagnozy +/- 140 rodzajów		
17.	Sygnał wejściowy: min. 12 odprowadzeń, odporne na defibrylację, odrzucanie impulsów stymulujących	TAK	
18.	Stopień ochrony przed wstrząsem elektrycznym: min. 4000 V	TAK	
19.	Filtr bazowy: włączony/wyłączony	TAK	
20.	Filtr EKG: min. 25Hz, 35Hz, 45Hz, zamknięty	TAK	
21.	Filtr dolnoprzepustowy: min. 75Hz, 100Hz, 150Hz, 200Hz, zamknięty	TAK	
22.	Wzmocnienie: min. 2,5, 5, 10, 20, 10/5, 40, ACG (mm / mV)	TAK	
23.	Szybkość przesuwu: 5 mm/s, 6.25 mm/s, 10 mm/s, 12.5 mm/s, 25 mm/s, 50 mm/s	TAK	
24.	Prąd upływu pacjenta: $\leq 10 \mu V$	TAK	
25.	Moc defibrylatora: 5000V 360J	TAK	
26.	Czas odzyskania mocy po defibrylacji: ≤ 5 s	TAK	
27.	Sposób zapisu: termiczny punktowy	TAK	
28.	Rozdzielczość pozioma: min. 40 punktów/mm	TAK	
29.	Rozdzielczość pionowa: min. 8 punktów/mm	TAK	
30.	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	
31.	Papier: min. 210 mm x 140 mm	TAK	
32.	Typ papieru: składany termozgrzewalny	TAK	
33.	Rodzaje zapisu: min. wymienione metody zapisu: (Auto: 3x4, 3x4+1R, 3x4+3R, 6x2, 6x2+1R, 12x1, 12x1_V6; Manualny: 3 kanały, 6 kanałów, 12 kanałów, Rytm: przewód jednodrutowy, przewód trzyżyłowy, R-R: R-R)	TAK	
34.	Temperatura min. 5°C ~ 40°C	TAK	
35.	Względna wilgotność min.: 25% ~ 95% (bez kondensacji)	TAK	
36.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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.

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
1.	Pulsoksymetr przenośny. Stopień zabezpieczenia przed przedostaniem się cieczy min. IPX I.	TAK	
2.	Wyświetlacz typu OLED o przekątnej 2,4 ‘’.	TAK	
3.	Rozdzielczość ekranu min. 320 x 240	TAK	
4.	Waga maks. 200 g.	TAK	
5.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
6.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski na panelu pulsoksymetru.	TAK	
7.	Zasilanie poprzez maks. 3 baterie alkaiczne typu AA lub akumulatory litowo-jonowe.	TAK	
8.	Czas pracy na bateriach do min. 14 godzin.	TAK	
9.	Pulsoksymetr wyposażony w ładowarkę oraz adapter AC/DC	TAK	
10.	Tryb ciągłego monitorowania z możliwością przechowywania danych do min. 60 000 grup.	TAK	
11.	Dane trendów z trybem momentalnego sprawdzania ID w zakresie min. 1-99, min. 300 grup dla każdego ID.	TAK	
12.	Sposób wyświetlania: trendy tabelaryczne.	TAK	

13.	Zakres pomiarowy min. 0-100 %	TAK	
14.	Dokładność w zakresie 70-100 % min. +/-2%	TAK	
15.	Rozdzielczość maks. 1%	TAK	
16.	Odświeżanie min. co 13 sekund.	TAK	
17.	Zakres pomiarowy min. 25-250 P/min.	TAK	
18.	Dokładność +/- 1 P/min lub +/-2% w zależności od tego, która wartość jest większa.	TAK	
19.	Alarm dźwiękowy z możliwością regulacji głośności	TAK	
20.	Dźwięk pulsu	TAK	
21.	Dźwięk przycisku	TAK	
22.	Wymiary min. 58,5 x 123 x 28 mm +/- 3	TAK	
23.	Waga maks. 200 g	TAK	
24.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu .	TAK	
25.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	TAK	
26.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej.	TAK	
27.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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
1.	Przenośny ssak elektryczny.	TAK	
2.	Wygodny uchwyt do przenoszenia ssaka.	TAK	
3.	Bezolejowa, bezobsługowa pompa ssąca.	TAK	
4.	Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności, łatwa do dezynfekcji.	TAK	
5.	Wydajność min. 20l/min (+/- 2l).	TAK	
6.	Zakres regulacji 20-80 kPa.	TAK	
7.	Pobór mocy do 110 VA.	TAK	
8.	Filtr antybakteryjny.	TAK	
9.	Tryb pracy – praca ciągła	TAK	
10.	Regulator ciśnienia.	TAK	
11.	Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą mmHG.	TAK	
12.	Pojemnik transparentny, nietłukący z podziałką o pojemności 1000 ml z pokrywą z zabezpieczeniem przeciwprzelewowym.	TAK	



13.	Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do wymienionych wyżej zbiorników.	TAK	
14.	Wymiary max urządzenia (szer. x głęb. x wys.) 450mm x 200mm x 320mm (+/- 10mm).	TAK	
15.	Waga urządzenia nie większa niż 4,5 kg (+/- 0,2kg).	TAK	
16.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
17.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
18.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
19.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
20.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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
1.	Kompaktowa konstrukcja elektrokardiografu. Aparat z wbudowaną drukarką termiczną, intuicyjny i prosty w obsłudze.	TAK	
2.	Ekran dotykowy kolorowy typu TFT LCD min. 4,3 ‘‘.	TAK	
3.	Rozdzielczość ekranu min. 480 x 272	TAK	
4.	Wyposażony w filtry cyfrowe zapewniające wysoką wydajność.	TAK	
5.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
6.	Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski skrótów i dotykowy ekran	TAK	
7.	analiza synchronizacji dla 12 przebiegów, wspomaganie podglądu raportu i dostosowanie formatu raportu	TAK	
8.	Aparat zasilany elektrycznie 100-240V, 50/60 Hz	TAK	
9.	Bateria typu Li-on o pojemności min. 2000 mAH	TAK	
10.	Możliwość stosowania aparatu bezprzewodowo przez min. 4 godziny lub do 150 druków elektrokardiogramu.	TAK	
11.	Pamięć wbudowana min. 200 grup danych EKG	TAK	
12.	Formaty zapisu danych min.: PDF, DAT.	TAK	
13.	Zakres HR min. 30-300 bpm +/- 1 bpm	TAK	
14.	Analiza diagnozy min. 140 rodzajów	TAK	



15.	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	
16.	Sygnał wejściowy min. 12 odprowadzeń	TAK	
17.	Filtr EKG min. 25, 35, 45 [Hz]	TAK	
18.	Filtr dolnoprzepustowy min. 75, 100, 150 [Hz]	TAK	
19.	Wzmocnienie min. 2,5; 5; 10 (mm/mV)	TAK	
20.	Szybkość przesuwu min. 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s]	TAK	
21.	Moc defibrylatora min. 5000V, 360J	TAK	
22.	Zapis termiczny punktowy	TAK	
23.	Rozdzielczość pozioma min. 40 punktów/mm; pionowa min. 8 punktów/mm	TAK	
24.	Prędkość nagrywania min.: 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50 [mm/s] +/- 3%	TAK	
25.	Temperatura min. 5-40 °C	TAK	
26.	Ciśnienie atmosferyczne min. 700-1060 hPa	TAK	
27.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
28.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
29.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
30.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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
1.	Parametry ogólne:	TAK	
2.	Wymiary: - wysokość min. 1630 – 1930 mm - szerokość min. 700 mm - głębokość min. 560mm/bez podstawy - masa ogrzewacza ze statywem ok. 30kg	TAK	
3.	Ogrzewacz promiennikowy na podstawie jezdnej z 4 kółkami z blokadą Pneumatyczne wspomaganie regulacji wysokości.	TAK	
4.	Ogrzewacz promiennikowy z obrotową głowicą min. +/- 180 stopni z wbudowanym oświetleniem.	TAK	

5.	Oświetlenie luminescencyjne lub diodowe o mocy min. 100W.	TAK	
6.	Parametry elektryczne promiennika:	TAK	
7.	- zasilanie min. 230 V 50 Hz	TAK	
8.	- moc promiennika min. 700 W	TAK	
9.	- natężenie promieniowania min. 20mW/cm ²	TAK	
10.	Klasa ochronności I, typ BF	TAK	
11.	Regulacja ogrzewania:	TAK	
12.	- ręczna i automatyczna	TAK	
13.	- regulacja mocy grzania ręczna od 0-700 W 20 stopniowa ze skokiem 35W	TAK	
14.	- regulacja mocy grzania automatyczna w zakresie 34 – 39 °C	TAK	
15.	- pamięć nastawy mocy automatyczna	TAK	
16.	Alarm niedogrzenia i przegrzania – optyczny i akustyczny	TAK	
17.	Komunikaty słowne o ustawieniach i alarmach w języku polskim	TAK	
18.	Wyświetlacz temperatury o wysokości cyfr min 30 mm kolorowy	TAK	
19.	Zegar AGAR – sygnał akustyczny po 1,3,5,10 minutach	TAK	
20.	Zakres pomiaru temperatury od 10-60 °C z dokładnością +/- 0,2°C	TAK	
21.	Czujnik temperatury wielokrotnego użytku	TAK	
22.	Możliwość wyboru koloru urządzenia min. 4 kolory.	TAK	
23.	Instrukcja obsługa w języku polskim.	TAK	
24.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
25.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
26.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
27.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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
1.	Mechaniczna waga niemowlęca z analogowym wyświetlaczem.	TAK	
2.	Obciążenie maks. 16 kg.	TAK	

3.	Dokładność odczytu +/- 10g.	TAK	
4.	Klasa dokładności min. II	TAK	
5.	Szalka wykonana z tworzywa przystosowana do ważenia dzieci w pozycji leżącej o wymiarach min. 550x270 mm.	TAK	
6.	Wymiary wagi maks. 550 x 180 x 290 mm.	TAK	
7.	Masa wagi maks. 6,4 kg.	TAK	
8.	Obudowa wagi metalowa lakierowana.	TAK	
9.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
10.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
11.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
12.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
13.	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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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
1.	Pomiar saturacji SpO2 oraz tętna w czasie rzeczywistym	TAK	
2.	Wysoka dokładność pomiarowa przy niskiej perfuzji (0,05 – 20 %)	TAK	
3.	Kolorowy, wyraźny ekran TFT LCD min. 3” i rozdzielczości min. 240 x 400	TAK	
4.	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	
5.	Zapis danych pacjenta min. do 20 dni przy pomiarze co 10 s	TAK	
6.	Czas zapisu wykresu w zakresie: min. 1 – 48 godz.	TAK	
7.	Wysoka odporność na ruchy pacjenta oraz zakłócenia elektryczne (również chirurgiczne)	TAK	
8.	Zastosowanie dla wszystkich kategorii wiekowych: od noworodków po ludzi starszych	TAK	
9.	Co najmniej dwa tryby pracy do wyboru: ciągły lub okresowy	TAK	
10.	Mocowanie w pionie lub poziomie – przekręcanie wyświetlanego ekranu	TAK	
11.	Alarmy dźwiękowe i wizualne z możliwością wyciszenia na 2 min.	TAK	
12.	Głośność alarmów w min. 7 stopniowej skali.	TAK	
13.	Możliwość ustawienia dźwięków tętna.	TAK	

14.	Interfejs - wejście RS232	TAK	
15.	Zasilanie przy pomocy akumulatora alkalicznego lub Ni-MH	TAK	
16.	Czas pracy min. 10 godzin	TAK	
17.	Czas ładowania max. 6 godzin	TAK	
18.	Zakres pomiaru SpO2 w zakresie 0 – 100 %	TAK	
19.	Dokładność dla dorosłych/dzieci w zakresie 100 - 70% co najmniej $\pm 2\%$ oraz w zakresie 69 - 50% min. $\pm 3\%$	TAK	
20.	Dokładność dla noworodków w zakresie 100 - 70% min. $\pm 3\%$ oraz w zakresie 69 - 50% min. $\pm 4\%$	TAK	
21.	Zakres tętna w zakresie min. 15 - 300 bpm	TAK	
22.	Dokładność tętna min. 15 - 300 bpm min. 3 bpm	TAK	
23.	Czas uśrednień co 2, 4, 8, 12 s	TAK	
24.	Wymiary max. 154mm x 72mm x 26 mm	TAK	
25.	Waga z akumulatorem max. 273g	TAK	
26.	Spełnienie norm: IEC60601-1, ISO9919, EN475, IPX1, EN/IEC60601-1-2	TAK	
27.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
28.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
29.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
30.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiegokolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
31.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 niewypelnienie 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	TAK, podać	



	pomocą sprężyny gazowej 0-85 ° +/- 2 °.		
11	Regulacja pochylenia zagłówka za pomocą sprężyny gazowej -80/+45 ° +/- 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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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	

i. Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypelnienie 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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 terapeutę.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 porażień 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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 ° 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- <i>kryterium</i>	
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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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 $\geq 3 \text{ W/cm}^2$.	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 Wyszaków – potwierdzenie protokołem 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