

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

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

I. POZ zawierający:

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

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.

I POZ.

Elektrokardiograf w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

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

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- 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.

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 funkcją i żywymi 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	TAK	

	jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby		
13.	Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej	TAK	
14.	W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	TAK	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	TAK	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	TAK Podać- <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 niewypelnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Lampa bezcieniowa w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

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

	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
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.

.....
miejscowość, data

.....
podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo