

Załącznik nr 2/2

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rzęśniku
nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

Pakiet nr 2: sprzęt medyczny dla potrzeb Poradni Otolaryngologicznej zawierający:

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

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.

Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 glukometr bluetooth, 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	Tak	



	pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby		
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.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
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: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Podstawa fotela wykonana ze stali malowanej farbą proszkową w kolorze białym.	TAK	
2.	Tapicerka bezszwowa, skóropodobna.	TAK	
3.	Wysokość regulowana za pomocą pilota ręcznego w zakresie min. 510-710 mm.	TAK	
4.	Oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych min. 0-70 stopni.	TAK	
5.	Regulowane podłokietniki w poziomie min. 180 stopni.	TAK	
6.	Fotel osadzony na kółkach jezdnych z hamulcem.	TAK	
7.	Wymiary podłokietników min. 400x150 mm.	TAK	
8.	Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg.	TAK	
9.	Długość fotela min. 1400 mm.	TAK	
10.	Szerokość fotela min. 660 mm.	TAK	
11.	Podglówek podtrzymujący głowę.	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 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.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
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: 2018

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.	Obiektów 250 mm (obiektów uszny) z regulacją ostrości.	TAK	
10.	Dwustronna ręczka 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.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
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.

.....



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