

Załącznik nr 2/1

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

**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,
  - Kaseta okularowa 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,

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

**I. Poradnia Okulistyczna.**

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

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. Niespełnienie choćby jednego z wymogów technicznych stawianych przez Zamawiającego w niniejszej tabeli spowoduje odrzucenie oferty.	Tak	

#### WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum <b>24 miesiące</b> , 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 <b>szkoleniem personelu medycznego</b> , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	<b>Certyfikaty</b> 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 „WYMAGI 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: 2018

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: Haigis optimized, 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 Sonden 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	Tak	



	techniczne oferowanego wyrobu		
22.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	Tak	
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 <b>24 miesiące</b> , 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 <b>ze szkoleniem personelu medycznego</b> , 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: 2018

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"> <li>0.25D do 6.00D w krokach min. Co 0.25</li> <li>6.50D do 10.00D w krokach min. Co 0.50</li> <li>11.00D do 14.00D w krokach min. Co 1.00</li> <li>16.00D do 20.00D w krokach min. Co 2.00</li> </ul>	TAK	
3.	Zakres szkieł cylindrycznych: min. 20 par dla szkieł wklęsłych (-) i wypukłych (+) w zakresach:	TAK	
4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.25D do 4.00D w krokach min. Co 0.25</li> <li>4.50D do 6.00D w krokach min. Co 0.50</li> </ul>	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 szkłe; 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 szkłe.	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	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 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 <b>24 miesiące</b> , 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 <b>szkoleniem personelu medycznego</b> , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	<b>Certyfikaty</b> 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 „WYMAGI 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: 2018

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 splukiwania 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 <b>24 miesiące</b> , licząc od daty instalacji	Tak Podać- <b>kryterium</b>	
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 <b>ze szkoleniem personelu medycznego</b> , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	<b>Certyfikaty</b> 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: 2018

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 umowy powoływać się na jakiegokolwiek 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 <b>24 miesiące</b> , 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.	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 <b>ze szkoleniem personelu medycznego</b> , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	<b>Certyfikaty</b> 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: 2018

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 <sup>2</sup>	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.	Sygnal wejścia: DVI, SDI, VGA, C-Video, S-Video	TAK	
9.	Sygnal wyjścia: SDI	TAK	
10.	Czas reakcji max. 14 ms	TAK	
11.	Waga max. 8 kg	TAK	
12.	Instrukcja w języku polskim.		
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	
<b>WARUNKI SERWISOWE I INNE WYMAGANIA</b>			
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 <b>24 miesiące</b> , licząc od daty instalacji	Tak Podać- <b>kryterium</b>	
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 <b>ze szkoleniem personelu medycznego</b> , na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	<b>Certyfikaty</b> 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: 2018

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 <b>24 miesiące</b> , 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.	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.

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

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
17	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	
18	Konstrukcja szczytu wypełniona w środku tworzywowym odlewem, szczyty jako monolityczna bryła. Nie dopuszcza się szczytów, które składają się z dwóch tworzywowych wyprasek sklejonnych ze sobą z wewnętrzną metalową rurą.	TAK	
19	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	
20	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	TAK	



	Trendelenburga w sytuacjach ruchomego szczytu i powodowania konsekwencji ekonomicznych dla szpitala.		
21	Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm.	TAK	
22	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 barier jednoczęściowych. Zintegrowane w uchwytach barierki wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia pleców z zaznaczeniem kąta 30, 60 i 90 i kąta nachylenia leża.	TAK	
23	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	
24	Barierki tworzywowe, jednorodne bez elementów łączenia, klejenia, skręcania. Nie dopuszcza się barier o konstrukcji składającej się z kilku łączonych elementów i posiadających potencjalne miejsca gromadzenia się drobnoustrojów.	TAK	
25	Barierki boczne wspomagane sprężynami gazowymi umożliwiającymi na ciche i lekkie regulacje wykonane przez personel medyczny. Nie dopuszcza się ciężkich barier o wadze przewyższającej 5 kg danego segmentu barierki.	TAK	
26	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	
27	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	
28	Segment pleców przezierny dla promieni RTG pozwalający na wykonywanie zdjęć aparatem RTG w pozycji leżącej i siedzącej pacjenta / segment pleców	TAK	

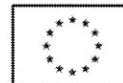




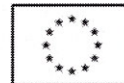
	wyposażony w pozycjoner kasety RTG pod leżem łóżka/ nie dopuszcza się rozwiązań niebezpiecznych dla pacjenta wymagających jego przemieszczania przy wykonywaniu zdjęć (np. wkładania kasety RTG pod materac lub pacjenta bezpośrednio) . Pozycjoner kasety pod segmentem pleców wyposażony w system naprowadzający ustawienie w celu wykonania poprawnego zdjęcia pozwalającego na diagnozę stanu płuc pacjenta czy to w przypadkach respiratorowego zapalenia płuc czy też bezpowietrzności miąższu płucnego spowodowana zamknięciem oskrzela doprowadzającego powietrze do określonego obszaru miąższu płucnego lub uciskiem (niedodmy z ucisku) będącym skutkiem obecności płynu w jamie opłucnowej lub innej zmiany uciskającej na miąższ płucny.		
29	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	
30	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	
31	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	
32	sterowanie elektryczne przy pomocy : <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> <b>W celach bezpieczeństwa brak funkcji krzesła kardilogicznego, Trendelenburga i CPR w barierkach bocznych.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	TAK	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 kolorystycznie dla bardziej intuicyjnej obsługi.</li> </ul>		
33	Długość zewnętrzna łóżka – 2200mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża do minimum długości 2400mm dla pacjentów wysokiego wzrostu.	TAK	
34	Szerokość zewnętrzna łóżka przy podniesionych barierkach / wymagana konfiguracja barierki przy transporcie pacjenta/ nie więcej niż 1050mm.	TAK	
35	Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 360 mm do 740 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	
36	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° +/- 5°	TAK	
37	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° +/- 5°.	TAK	
38	Regulacja elektryczna pozycji Anty- i Trendelenburga 13° (+/-2°)– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	TAK	
39	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	
40	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	
41	Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu .	TAK	
42	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	





43	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	
44	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem sterowania nożnego poprzez konieczność świadomego podniesienia osłony chroniącej.	TAK	
45	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	
46	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	
47	Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR.	TAK	
48	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	
49	Segment stały jako wskaźnik właściwego ułożenia bioder pacjenta.	TAK	
50	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	
51	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	
52	Panele sterujące nożne zabezpieczone przed wnikaniem wody i pyłów. Przyciski z gumową osłoną. Nie dopuszcza się sterowników nożnych z odsłoniętymi tworzywowymi przyciskami.	TAK	
53	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	
54	elektryczna funkcja CPR (wypoziomowania wszystkich segmentów i opuszczania leża do minimalnej wysokości) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym	TAK	



	na szczycie łóżka od strony nóg.		
55	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	
56	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	
57	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	
58	Łóżko wyposażone w wysuwaną spod leża rączkę służącą do podpierania się podczas wstawania. Rączka posiadająca wbudowane przyciski do regulacji wysokości.	TAK	
59	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	
60	Wysoka precyzyjność pomiarów . możliwość ustawienia dokładności wyświetlania pomiarów masy ciała 100g lub 500g.	TAK	
61	Pomiary niezależnione od wyposażenia jak np. wieszak kroplówki czy też woreczki urologiczne. Wymienione wyposażenie nie może rzutować na jakość dokonywanego pomiaru.	TAK	
62	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	
63	Alarm dźwiękowy opuszczenia łóżka przez pacjenta oraz sygnalizujący zmianę pozycji pacjenta na łóżku z możliwością ich wyciszenia	TAK	
64	Funkcja regulacji głośności alarmów.	TAK	
65	Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy	TAK	





	tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego		
66	System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia.	TAK	
67	4 kółka odbojowe chroniące przed uszkodzeniami.	TAK	
68	Wypożyczenie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrierki, dzielone, opisane powyżej</li> <li>• 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,</li> </ul>	TAK	
69	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
70	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	TAK	
71	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby	TAK	
72	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	
73	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 <b>24 miesiące</b> , 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.	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.

.....  
miejscowość, data

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