

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

Pakiet nr 4: sprzęt medyczny dla potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych w tym:

I. 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,

II. 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,

III. Poradni Reumatologicznej zawierający:

- Densytometr w ilości 1 sztuki,

IV. Poradni Zdrowia Psychicznego zawierający:

- Aparat EEG w ilości 1 sztuki,

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.

I. Poradnia Chirurgiczna.

Laser do usuwania znamion w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Laser frakcyjny CO2	TAK	
2.	Długość wiązki: min. 10.6µm±0.1µm	TAK	
3.	Średnica plamki: min. 0.08mm~0.12mm	TAK	
4.	Tryb pracy: Normalny i frakcyjny	TAK	
5.	Moc wyjściowa lasera:	TAK	
6.	a) Tryb normalny: min. 1W~30W, 1W;	TAK	
7.	b) Tryb frakcyjny: min. 0.1mJ~300mJ, 0.1mJ.	TAK	
8.	Zamknięty system chłodzenia, za pomocą wody.	TAK	
9.	Napięcie: a.c. min. 220V 50Hz.	TAK	
10.	Moc wejściowa: min. 600W.	TAK	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
12.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	Tak	
13.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest	Tak	



	do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby .		
14.	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	
15.	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.

Rektoskop w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 z neofrenu.	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 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.	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.

Diatermia w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Aparat przeznaczony do zabiegów chirurgicznych	TAK	
2.	Urządzenie umożliwiające pracę w trybie mono i bipolarnym.	TAK	
3.	Zabezpieczenie przeciwporażeniowe Klasa I CF	TAK	
4.	Częstotliwość pracy generatora 333kHz +/- 10%	TAK	
5.	Pobór mocy max. 200W	TAK	
6.	Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – 5 poziomów, bez możliwości całkowitego wyciszenia.	TAK	
7.	Natężenie sygnału dźwiękowego alarmowego zgodnie z normą 60601-2-2 nie mniej niż 65 dBA	TAK	
8.	Autotest urządzenia oraz podłączonego osprzętu po włączeniu zasilania.	TAK	
9.	Wykrywanie nieprawidłowej pracy oraz sygnalizacja wizualna i dźwiękowa wykrytych nieprawidłowości.	TAK	
10.	Aparat zabezpieczony przed impulsem defibrylacji zgodnie z normą EN 60601-1	TAK	



11.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu.	Tak	
12.	System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Niepoprawna aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana dźwiękowo i wizualnie.	Tak	
13.	Możliwość pracy z elektrodami jednorazowymi dzielonymi lub wielorazowymi.	Tak	
14.	Aparat mikroprocesorowy, wyposażony w system automatycznego dopasowania mocy wyjściowej do warunków pracy. Procesor w czasie rzeczywistym dokonuje pomiarów wszystkich parametrów pracy i na bieżąco dopasowuje parametry mocy, prądu i napięcia, aby uzyskać wybrany efekt.	Tak	
16	Aparat wyposażony w niezależne gniazda: elektrody monopolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi monopolarnych ze złączem europejskim (3-pin) elektrody bipolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi bipolarnych ze złączem 29mm (2-pin) elektrody neutralnej włącznika nożnego	Tak	
17	Płaski panel sterowania z przyciskami. Łatwy do utrzymania w czystości. Bez wystających elementów.	Tak	
18	Cyfrowe wyświetlacze wybranego efektu pracy.	Tak	
19	Odrębna regulacja nastaw dla koagulacji monopolarnej, bipolarnej oraz cięcia monopolarnego.	Tak	
20	Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktywowanego trybu pracy.	Tak	
21	Cięcie monopolarne z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje cięcia. Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów cięcia.	Tak	
22	Koagulacja monopolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje koagulacji. Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów koagulacji.	Tak	
23	Koagulacja bipolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych.	Tak	
24	Aktywacja cięcia i koagulacji monopolarnej włącznikiem nożnym lub przyciskami w uchwycie.	Tak	
25	Rozpoznawanie podłączonego włącznika nożnego (1-przycisk. / 2 przycisk.)	Tak	
26	Możliwość możliwości rozbudowy o moduł bezprzewodowego włącznika nożnego.	Tak	
27	Instrukcja obsługi w języku polskim.	Tak	
28	Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem	Tak	



	rozprzeczającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, powierzchnia przewodząca 110cm ² , bez ograniczenia mocy maksymalnej, op. 50 szt, 1 op.		
29	Włącznik nożny 1-przyciskowy, kabel 5m, wtyk 6-pinowy, 1 szt.	Tak	
30	Kabel elektrody neutralnej jednorazowej, dł. 3m, wtyk płaski, 1 szt.	Tak	
31	Szczypce bipolarne, kątowe, igła, dł. 110mm, 12 szt.	Tak	
32	Kabel bipolarny, dł. 3m, złącze proste, wtyk 2-pin 29mm, 2 szt.	Tak	
33	Uchwyt elektrody 4mm, wąski, 2 przyciski, kabel 3m, wtyk 3-pin, 1 szt.	Tak	
34	Kulka prosta 4mm, 1 szt.	Tak	
35	Elektroda igła prosta, 0,5mm, uchwyt 4mm, 1 szt.	Tak	
36	Elektroda nóż prosty, 25mm, uchwyt 4mm, 1 szt.	Tak	
37	Uchwyt jednorazowy z elektrodą, nóż, 2 przyciski, kabel dł. 3m, wtyk 3-pin, sterylne, op. 10szt., 1 op.	Tak	
38	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	Tak	
39	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby .	Tak	
40	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	
41	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.

Piła do zdejmowania gipsu w ilości 1 sztuki:

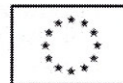
Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Moc min. 500 W	TAK	
2.	Obroty regulowane stopniowo w zakresie min. 6500 – 24000 / min.	TAK	
3.	Waga z kablem maks. 1,5kg	TAK	
4.	Kabel min. 5m.	TAK	
5.	Napięcie min. 230 V, 50 Hz	TAK	
6.	W zestawie min. Ostrze do gipsu normalnego o średnicy 50 oraz 65 mm + klucz.	TAK	
7.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
8.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu.	Tak	
9.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	Tak	
10.	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	
11.	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- 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.

Wiertarka w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 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.	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.

Lampa zabiegowa w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	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 płamy świetlnej pola w odległości 1m od czoła lampy: 160 mm, (+/- 20 mm)	TAK	
15.	Lampa wyposażona w uchwyt sterylizacyjny 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- 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.

USG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 półprzewodnikowe pozwalające na szybsze uruchamianie, większą liczbę klatek na sekundę i szybkość przetwarzania.	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. 3 różne głowice. 1x głowica typu convex 1x głowica liniowa 1x głowica kardiologiczna	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 do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby.	TAK	
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.	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.

II. Poradnia Ginekologiczno- Położnicza.

Aparat do krioagulacji w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Aparat przeznaczony do zabiegów chirurgicznych	TAK	
2.	Urządzenie umożliwiające pracę w trybie mono i bipolarnym.	TAK	
3.	Zabezpieczenie przeciwporażeniowe Klasa I CF	TAK	
4.	Częstotliwość pracy generatora 333kHz +/- 10%	TAK	
5.	Pobór mocy max. 200W	TAK	
6.	Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – 5 poziomów, bez możliwości całkowitego wyciszenia.	TAK	
7.	Natężenie sygnału dźwiękowego alarmowego zgodnie z normą 60601-2-2 nie mniej niż 65 dBA	TAK	
8.	Autotest urządzenia oraz podłączonego osprzętu po	TAK	

	włączeniu zasilania.		
9.	Wykrywanie nieprawidłowej pracy oraz sygnalizacja wizualna i dźwiękowa wykrytych nieprawidłowości.	TAK	
10.	Aparat zabezpieczony przed impulsem defibrylacji zgodnie z normą EN 60601-1	TAK	
11.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu.	Tak	
12.	System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Niepoprawna aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana dźwiękowo i wizualnie.	Tak	
13.	Możliwość pracy z elektrodami jednorazowymi dzielonymi lub wielorazowymi.	Tak	
14.	Aparat mikroprocesorowy, wyposażony w system automatycznego dopasowania mocy wyjściowej do warunków pracy. Procesor w czasie rzeczywistym dokonuje pomiarów wszystkich parametrów pracy i na bieżąco dopasowuje parametry mocy, prądu i napięcia, aby uzyskać wybrany efekt.	Tak	
15.	Aparat wyposażony w niezależne gniazda: elektrody monopolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi monopolarnych ze złączem europejskim (3-pin) elektrody bipolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi bipolarnych ze złączem 29mm (2-pin) elektrody neutralnej włącznika nożnego	Tak	
16.	Płaski panel sterowania z przyciskami. Łatwy do utrzymania w czystości. Bez wystających elementów.	Tak	
17.	Cyfrowe wyświetlacze wybranego efektu pracy.	Tak	
18.	Odrębna regulacja nastaw dla koagulacji monopolarnej, bipolarnej oraz cięcia monopolarnego.	Tak	
19.	Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktywowanego trybu pracy.	Tak	
20.	Cięcie monopolarne z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje cięcia. Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów cięcia.	Tak	
21.	Koagulacja monopolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje koagulacji. Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów koagulacji.	Tak	
22.	Koagulacja bipolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych.	Tak	



23.	Aktywacja cięcia i koagulacji monopolarnej włącznikiem nożnym lub przyciskami w uchwycie.	Tak	
24.	Rozpoznawanie podłączonego włącznika nożnego (1-przcisk. / 2 przycisk.)	Tak	
25.	Możliwość możliwością rozbudowy o moduł bezprzewodowego włącznika nożnego.	Tak	
26.	Bezpłatna instalacja urządzenia oraz szkolenie personelu potwierdzone certyfikatem.	Tak	
27.	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	
WYPOSAŻENIE			
28.	Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, powierzchnia przewodząca 110cm ² , bez ograniczenia mocy maksymalnej, op. 50 szt, 1 op.	Tak	
29.	Włącznik nożny 1-przyciskowy, kabel 5m, wtyk 6-pinowy, 1 szt.	Tak	
30.	Kabel elektrody neutralnej jednorazowej, dł. 3m, wtyk płaski, 1 szt.	Tak	
31.	Szczypce bipolarne, kątowe, igła, dł. 110mm, 12 szt.	Tak	
32.	Kabel bipolarny, dł. 3m, złącze proste, wtyk 2-pin 29mm, 2 szt.	Tak	
33.	Uchwyt elektrody 4mm, wąski, 2 przyciski, kabel 3m, wtyk 3-pin, 1 szt.	Tak	
34.	Kulka prosta 4mm, 1 szt.	Tak	
35.	Elektroda igła prosta, 0,5mm, uchwyt 4mm, 1 szt.	Tak	
36.	Elektroda nóż prosty, 25mm, uchwyt 4mm, 1 szt.	Tak	
37.	Uchwyt jednorazowy z elektrodą, nóż, 2 przyciski, kabel dł. 3m, wtyk 3-pin, sterylny, op. 10szt., 1 op.	Tak	
38.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	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.	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.

KTG z przystawką do ciąży bliźniaczej i z dwiema analizami w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną.	TAK	
31.	Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury	TAK	
32.	Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i jeden port LAN	TAK	
33.	Aparat wyposażony w akumulator umożliwiający monitorowanie bez podłączenia do sieci elektrycznej	TAK	
34.	Waga nie więcej niż 6 kg	TAK	
35.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	Tak	
36.	Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	
37.	Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu,	Tak	



	w którym mają być zamontowane wyroby		
38.	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	
39.	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 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.

USG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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. 210”	TAK	
14.	Głowica kardiologiczna.	TAK	
15.	Głowica typu convex.	TAK	
16.	Kieszeń 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- 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.

Fotel ginekologiczny z wyposażeniem i z leżanką w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 antyszokowej	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	TAK	



	jednej podpórki powoduje synchroniczny ruch drugiej, możliwość zablokowania regulacji w poziomie oraz ustawienia oporu. Podnóżki tapicerowane w kolorze leża.		
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.	Głębina 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	TAK	

	wysokiej jakości szkła.		
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- <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.

Detektor tętna płodu w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

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 informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu	Tak	
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 jakiegokolwiek 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- 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.

III. Poradnia Reumatologiczna.

Densytmeter w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGAN E PARAMETR Y 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	TAK	



	opisem geometrii wiązki umożliwiającym eliminację artefaktów znajdujących się poza osią stołu.		
6.	Maksymalna dawka promieniowania rozproszonego 1 metr od aparatu (lampy): 1 μ Sv/hr.	TAK	
7.	Dawka promieniowania dla pacjenta: a) kręgosłup AP – max 50 μ Gy, b) szyjka kości udowej – max 50 μ Gy, c) przedramię - max 35 μ Gy	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, e) zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, f) zmiana procentowa w stosunku do rówieśników.	TAK	
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).		
12.	Dowolna konfiguracji wyglądu raportu z badania.		
13.	Maksymalna waga pacjenta dopuszczona przez oprogramowanie aparatu: 140 kg.		
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.		
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).		
16.	System komputerowy stacji roboczej w klasie PC, system operacyjny Windows 7 Professional lub nowszy. Parametry wymagane:	TAK	



	a) monitor LED min. 24', b) drukarka laserowa do wydruku raportów		
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- 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.

IV. Poradnia Zdrowia Psychicznego.

Aparat EEG w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	42-kanalowa 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 komunikacja przez interfejs LAN TCP/IP	TAK	
5.	Wyposażony 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 µV pp	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	Tak	



	okoliczności dotyczące wykonania robót, które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej		
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.	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

