**Załącznik nr 2/1**

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku**

**nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

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

1. **Poradni Okulistycznej** zawierający:

* Autorefraktometr dla dzieci w ilości 1 sztuki,
* USG okulistyczne w ilości 1 sztuki,
* Kaseta okularowa w ilości 1 sztuki,

1. **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.**

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

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**USG okulistyczne w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:……………………….……..

Producent:………………………………………….……

Kraj pochodzenia:……………………………………….

Rok produkcji: 2018

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

* + 1. **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. | * 0.25D do 6.00D w krokach min. Co 0.25 * 6.50D do 10.00D w krokach min. Co 0.50 * 11.00D do 14.00D w krokach min. Co 1.00 * 16.00D do 20.00D w krokach min. Co 2.00 | | TAK |  | |
| 3. | Zakres szkieł cylindrycznych: min. 20 par dla szkieł wklęsłych (-) i wypukłych (+) w zakresach: | | TAK |  | |
| 4. | * 0.25D do 4.00D w krokach min. Co 0.25 * 4.50D do 6.00D w krokach min. Co 0.50 | | TAK |  | |
| 5. | Zakres szkieł pryzmatycznych min. 14 szkieł: 0.5(2), 1.0(2), 2.0(2), 3.0(2), 4.0(2), 5.0, 6.0, 8.0, 10.0 | | TAK |  | |
| 6. | Akcesoria min.: 10 szkieł Maddox; krzyż wygrawerowany na szkle; 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 szkle. | | TAK |  | |
| 8. | Dodatkowo oś cylindra ustawiona jest w osi uchwytu szkła, co ułatwia pracę w ciemnym pomieszczeniu. | | TAK |  | |
| 9. | Całość zestawu w skórzanej przenośnej walizce. | | TAK |  | |
| 10. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  | |
| 11. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu . | | Tak |  | |
| 12. | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | Tak |  | |
| 13. | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | Tak |  | |
| 14. | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | Tak |  | |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak |  |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak |  |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- *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 protokółem 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 |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

II. Pracownia Endoskopii.

**Kolonoskop w ilości 2 sztuk:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Kąt obserwacji 1400 | | | TAK | |  | |
|  | Głębia ostrości min 3-100 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika: max 12,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Długość robocza min 1500 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 12,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica kanału roboczego: min 3,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  -w górę. 1800  -w dół. 1800  -w lewo .1600  -w prawo 1600 | | | TAK | |  | |
|  | Kanał do spłukiwania pola obserwacji -Water Jet | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | | Tak | |  | |
|  | 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 protokółem 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 | |  | |

* + 1. **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** | |
|  | Kąt obserwacji 1400 | | | TAK | |  | |
|  | Głębia ostrości min 4-100 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika: max 9,3 mm | | | TAK | |  | |
|  | Długość robocza min 1050 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 9,4 mm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica kanału roboczego: min 2,8 mm | | | TAK | |  | |
|  | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  -w górę. 2100  -w dół. 900  -w lewo .1000  -w prawo 1000 | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | Tak | |  | |
|  | 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 protokółem 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 | |  | |

* + 1. **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** | |
|  | Przekątna min. 24 cale | | | TAK | |  | |
|  | Matryca TFT LCD (LED) | | | TAK | |  | |
|  | Rozdzielczość obrazu1920 x 1200 pixeli | | | TAK | |  | |
|  | Jasność 300 cd/m2 | | | TAK | |  | |
|  | Kąt widzenia obrazu prawo/lewo góra/dół min. 170o | | | TAK | |  | |
|  | Współczynnik kontrastu 1000:1 | | | TAK | |  | |
|  | Format obrazowania 16:10 | | | TAK | |  | |
|  | Sygnał wejścia: DVI, SDI, VGA, C-Video,  S-Video | | | TAK | |  | |
|  | Sygnał wyjścia: SDI | | | TAK | |  | |
|  | Czas reakcji max. 14 ms | | | TAK | |  | |
|  | Waga max. 8 kg | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja w języku polskim. | | |  | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | Tak | |  | |
|  | 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 protokółem 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 | |  | |

* + 1. **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** | |
|  | Obrazowanie HDTV 1080p | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość powiększenia ruchomego obrazu endoskopowego podczas badania w trybie rzeczywistym | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość przyłączenia wideokolonoskopu z powiększeniem optycznym min 100x (podać typ endoskopu) | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja obrazowania tkanki w wąskim paśmie światła uruchamiana automatycznie przyciskiem na głowicy endoskopu w trakcie badania endoskopowego | | | TAK | |  | |
|  | Wyostrzenie obrazu | | | TAK | |  | |
|  | Rozdzielczość obrazu 1920x1080 | | | TAK | |  | |
|  | Automatyczny balans bieli | | | TAK | |  | |
|  | Wyjście DVI, S-VHS, USB, RGB | | | TAK | |  | |
|  | Edycja opisów na ekranie | | | TAK | |  | |
|  | Zamrażanie obrazu | | | TAK | |  | |
|  | Wbudowany czytnik na kartę pamięci lub pendrive | | | TAK | |  | |
|  | Zoom elektroniczny | | | TAK | |  | |
|  | Wybarwianie wybraną wiązką światła w czasie rzeczywistym (min. 3 wiązki) | | | TAK | |  | |
| **ŹRÓDŁO ŚWIATŁA - 1szt.** | | | | | | | |
|  | Źródło światła xenon | | | TAK | |  | |
|  | Moc oświetlenia – 300W | | | TAK | |  | |
|  | Lampa zapasowa włączana w momencie awarii lampy głównej | | | TAK | |  | |
|  | Zapasowa lampa halogenowa min. 35W | | | TAK | |  | |
|  | Wbudowana pompa powietrza regulowana min 3 zakresy | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | Tak | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | Tak | |  | |
|  | 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 protokółem 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 | |  | |

* + 1. **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** | |
|  | 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 | |  | |
|  | Konstrukcja szczytu wypełniona w środku tworzywowym odlewem, szczyty jako monolityczna bryła. Nie dopuszcza się szczytów, które składają się z dwóch tworzywowych wyprasek sklejonych ze sobą z wewnętrzną metalową rurą. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Szczyt łóżka od strony głowy nie poruszający się wraz z leżem, będący zamocowany na stałe – rozwiązanie zabezpieczające przed niszczeniem ścian, paneli nadłóżkowych przy regulacji funkcji Trendelenburga w sytuacjach ruchomego szczytu i powodowania konsekwencji ekonomicznych dla szpitala. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Barierki dzielone w pełni zabezpieczające pacjenta, zgodne z Normą EN 60601-2-52. Barierki tworzywowe poruszające się wraz z segmentami leża – zabezpieczające również w pozycji siedzącej w odróżnieniu do barierek jednoczęściowych. Zintegrowane w uchwytach barierki wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia pleców z zaznaczeniem kąta 30, 60 i 90 i kata nachylenia leża. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Barierki tworzywowe, jednorodne bez elementów łączenia, klejenia, skręcania. Nie dopuszcza się barierek o konstrukcji składającej się z kilku łączonych elementów i posiadających potencjalne miejsca gromadzenia się drobnoustrojów. | | | TAK | |  | |
|  | Barierki boczne wspomagane sprężynami gazowymi umożliwiającymi na ciche i lekkie regulacje wykonane przez personel medyczny. Nie dopuszcza się ciężkich barierek o wadze przewyższającej 5 kg danego segmentu barierki. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | 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 tez uniemożliwiających skuteczną dezynfekcje/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 | |  | |
|  | Segment pleców przezierny dla promieni RTG pozwalający na wykonywanie zdjęć aparatem RTG w pozycji leżącej i siedzącej pacjenta / segment pleców wyposażony w pozycjoner kasety RTG pod leżem łóżka/ nie dopuszcza się rozwiązań niebezpiecznych dla pacjenta wymagających jego przemieszczania przy wykonywaniu zdjęć (np. wkładania kasety RTG pod materac lub pacjenta bezpośrednio) . Pozycjoner kasety pod segmentem pleców 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. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | 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 łózka w pomieszczeniach o ograniczonej przestrzeni- np. wąskich korytarzach, windach. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | sterowanie elektryczne przy pomocy :   * Zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych zarówno od strony wewnętrznej dla pacjenta jak i zewnętrznej dla personelu, sterowanie regulacji wysokości leża, kąta nachylenia segmentu pleców oraz uda, a także funkcji Autokontur.   **W celach bezpieczeństwa brak funkcji krzesła kardilogicznego, Trendelenburga i CPR w barierkach bocznych.**   * Sterowania nożnego regulacji wysokości oraz funkcji egzaminacyjnej zabezpieczonego przed wystąpieniem sytuacji nieświadomej regulacji łóżka np. upadku pacjenta i zakleszczenia na skutek naciśnięcia regulacji w dół (możliwość indywidualnego zablokowania mechanizmu sterowania nożnego z panelu sterującego). Panel sterowania nożnego zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem – konieczność dwukrotnego naciśnięcia przycisku. * Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego kilkucentymetrowe piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku. Panel podzielony na 3 strefy, oznaczone kolorystyczne dla bardziej intuicyjnej obsługi. | | | TAK | |  | |
|  | Długość zewnętrzna łóżka – 2200mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża do minimum długości 2400mm dla pacjentów wysokiego wzrostu. | | | TAK | |  | |
|  | Szerokość zewnętrzna łóżka przy podniesionych barierkach / wymagana konfiguracja barierek przy transporcie pacjenta/ nie więcej niż 1050mm. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° +/- 5° | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° +/- 5°. | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna pozycji Anty- i Trendelenburga 13° (+/-2o)– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu . | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem sterowania nożnego poprzez konieczność świadomego podniesienia osłony chroniącej. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub tez 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 | |  | |
|  | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Segment stały jako wskaźnik właściwego ułożenia bioder pacjenta. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Panele sterujące nożne zabezpieczone przed wnikaniem wody i pyłów. Przyciski z gumową osłoną. Nie dopuszcza się sterowników nożnych z odsłoniętymi tworzywowymi przyciskami. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | elektryczna funkcja CPR (wypoziomowania wszystkich segmentów i opuszczania leża do minimalnej wysokości) - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Łóżko wyposażone w wysuwaną spod leża rączkę służącą do podpierania się podczas wstawania. Rączka posiadająca wbudowane przyciski do regulacji wysokości. | | | TAK | |  | |
|  | 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 obarczonego 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 | |  | |
|  | Wysoka precyzyjność pomiarów . możliwość ustawienia dokładności wyświetlania pomiarów masy ciała 100g lub 500g. | | | TAK | |  | |
|  | Pomiary uniezależnione od wyposażenia jak np. wieszak kroplówki czy też woreczki urologiczne. Wymienione wyposażenie nie może rzutować na jakość dokonywanego pomiaru. | | | TAK | |  | |
|  | 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 | |  | |
|  | Alarm dźwiękowy opuszczenia łóżka przez pacjenta oraz sygnalizujący zmianę pozycji pacjenta na łóżku z możliwością ich wyciszenia | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja regulacji głośności alarmów. | | | TAK | |  | |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego | | | TAK | |  | |
|  | System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polega na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia. | | | TAK | |  | |
|  | 4 kółka odbojowe chroniące przed uszkodzeniami. | | | TAK | |  | |
|  | Wyposażenie:   * Barierki, dzielone, opisane powyżej * Materac w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nie przepuszczającym wody. Pokrowiec odpinany 180o. Zamek zabezpieczony przed wnikaniem płynów. Wysokość materaca 140mm. Materac składający się z dwóch rodzajów piany ułożonych warstwowo, dolna warstwa wykonana ze zwykłej piany gwarantująca stabilność materaca, górna warstwa wykonana z pianki z pamięcią kształtu ciała w celu lepszej dystrybucji masy pacjenta, | | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  | |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | TAK | |  | |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | TAK | |  | |
|  | 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 protokółem 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 | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

1. ………………………………………….
2. miejscowość, data
3. ………..................................................................
4. podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
   * 1. występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo