**Załącznik nr 2/5**

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

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

**Pakiet nr 5:** sprzęt medyczny dla potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych w tym:

**NPL** zawierający:

* Aparat EKG w ilości 1 sztuki,
* Waga medyczna w ilości 1 sztuki,

**Poradni Kardiologicznej** zawierający:

* Rejestrator EKG w ilości 2 sztuk,
* Rejestrator RR w ilości 4 sztuk,
* EKG w ilości 1 sztuki,

**Poradni Pulmonologicznej** zawierający:

* Spirometr w ilości 1 sztuki,
* Ssak elektryczny w ilości 1 sztuki,

**Poradni Diabetologicznej** zawierający:

* Aparat EKG z podłączeniem w ilości 1 sztuki,

**Poradni Neonatologicznej** zawierający:

* Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka) w ilości 1 sztuki,
* Waga niemowlęca w ilości 1 sztuki,
* Pulsoksymetr w ilości 1 sztuki,

**POZ** zawierający:

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

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

1. NPL.

**Aparat EKG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG. | | TAK |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 3, 6 lub 12 przebiegów EKG w układzie standardowym lub Cabrera. | | TAK |  |
|  | Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania. | | TAK |  |
|  | Ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu – pamięć ostatniego badania automatycznego. | | TAK |  |
|  | Wydruk ze „schowka” automatycznego badania EKG w grupach po 3, 6 lub 12 odprowadzeń. | | TAK |  |
|  | Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm. | | TAK |  |
|  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi. | | TAK |  |
|  | Graficzne menu wyświetlane na ekranie min. (128x240, przekątna 96 mm) umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury alfanumerycznej. | | TAK |  |
|  | Wykonanie do min. 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej. | | TAK |  |
|  | Automatyczna detekcja zespołów QRS. | | TAK |  |
|  | Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu. | | TAK |  |
|  | Filtry min.  Filtr zakłóceń sieciowych (50 Hz, 60 Hz)  Filtr zakłóceń mięśniowych (25 Hz, 35 Hz, 45 Hz)  Filtr izolinii (0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz) | | TAK |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni. | | 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.*

**Waga medyczna w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Elektroniczna waga kolumnowa ze wzrostomierzem wykonana w konstrukcji żeliwnej. | | TAK | |  |
|  | Klasa dokładności min. III. | | TAK | |  |
|  | Nośność min. 300 kg. | | TAK | |  |
|  | Podziałka min. 50g<150kg>100g. | | TAK | |  |
|  | Zasilanie bateryjne lub poprzez zasilacz. | | TAK | |  |
|  | Wymiary min. 360x930x520 mm. | | TAK | |  |
|  | Waga netto maks. 14,9 kg. | | TAK | |  |
|  | Funkcje min.: resetowanie, sygnały dźwiękowe mogą być aktywowane, automatyczne wyłączanie, amortyzacja, rolki transportowe, TARA, ochrona przed przeciążeniem, SEND, Auto-SEND, interfejs bezprzewodowy, PRINT, Auto-Print, HOLD, Auto-HOLD, funkcja matka/dziecko, Auto-CLEAR, BMI, Pre-TARA | | TAK | |  |
|  | Wzrostomierzem o zakresie pomiaru min. 60-200 cm. | | 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. Poradnia Kardiologiczna.

**Rejestrator EKG w ilości 2 sztuk:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Czas rejestracji:  -72 godziny na bateriach litowych  -48 godzin na bateriach alkalicznych  -24 godziny na akumulatorach NiMH | | TAK |  |
|  | Zakres rejestracji: 0.05 – 70 Hz | | TAK |  |
|  | Rozdzielczość: 12 bit, 12,50 μV/LSB | | TAK |  |
|  | Prefiltrowana częstość próbkowania: 1440 próbek na sekundę | | TAK |  |
|  | Wymiary: 12,3 cm x 7,0 cm x 2,4 cm | | TAK |  |
|  | Waga: 184 gramy z baterią i kartą SD | | TAK |  |
|  | Zasilanie: 2 x bateria AA (alkaliczna, akumulator NiMH lub litowa) | | TAK |  |
|  | Pojemność 32 MB- 2 GB karta flash SD | | TAK |  |
|  | Spełnia Normę EC-38 | | TAK |  |
|  | Duży czytelny ekran LCD | | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie stymulatora | | TAK |  |
|  | Ekranowe kable redukujące artefakty | | 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.*

**Rejestrator RR w ilości 4 sztuk:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Zakres pomiaru:  Skurczowe (SYS): 60 – 290 mmHg  Rozkurczowe (DIA): 30 – 195 mmHg | | TAK |  |
|  | Dokładność +/- 3 mmHg | | TAK |  |
|  | Zakres ciśnienia statystycznego  0 do 300 mmHg | | TAK |  |
|  | Częstość tętna 30 do 240 uderzeń na minutę. | | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru oscylometryczna. | | TAK |  |
|  | Protokoły pomiarów. | | TAK |  |
|  | 2 programowalne protokoły z możliwością ustawienia 1,2,4,5,6,10,12, 15,20 lub 30 pomiarów na godzinę. | | TAK |  |
|  | 7 wbudowanych protokołów. | | TAK |  |
|  | 1 protokół do aktywacji wysyłania danych - SMS'em przez telefon komórkowy  - lub do punktu dostępowego przez Bluetooth | | TAK |  |
|  | Pamięć urządzenia: 300 pomiarów. | | TAK |  |
|  | Pojemność baterii > 300 pomiarów. | | TAK |  |
|  | Zakres temperatur podczas pracy  +10 °C do .+40 °C | | TAK |  |
|  | Zakres wilgotności podczas pracy  15% do 90% | | TAK |  |
|  | Warunki przechowywania  -20 °C do .+50 °C oraz 15% do 90% wilgotności powietrza. | | TAK |  |
|  | Wymiary  128 x 75 x 30 mm | | TAK |  |
|  | Waga ok. 240 g z bateriami | | TAK |  |
|  | Zasilanie  2 akumulatory Ni-MH (AA, Mignon)  IEM - 1,2 V każdy i min. 2100 mAh | | TAK |  |
|  | Interfejsy  • Kabel (USB / RS232)  • Infrared (podczerwień)  • Bluetooth (Class 1 / 100 m) | | 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.*

**EKG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu min. 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą). | | | TAK | |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna. | | | TAK | |  |
|  | Wymiar ekranu min. 7”. | | | TAK | |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe / USB. | | | TAK | |  |
|  | Maksymalna waga do 3,5 kg (z wbudowanym akumulatorem). | | | TAK | |  |
|  | Wydruk termiczny. | | | TAK | |  |
|  | Szerokość papieru min. 112 mm. | | | TAK | |  |
|  | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) min. 5; 10; 25; 50. | | | TAK | |  |
|  | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona. | | | TAK | |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń: min. 3, 6, 12, 3x4+1, 6x2+1, | | | TAK | |  |
|  | Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchro. | | | TAK | |  |
|  | Czułość min. (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20. | | | TAK | |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych (Hz) 50-60. | | | TAK | |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych (Hz) 25; 35. | | | TAK | |  |
|  | Filtr izolinii min. (Hz): 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz. | | | TAK | |  |
|  | Profil automatyczny. | | | TAK | |  |
|  | Profil manualny. | | | TAK | |  |
|  | Tryb LONG (długi zapis EKG do wykrywania arytmii). | | | TAK | |  |
|  | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej lub atramentowej na papierze A4. | | | TAK | |  |
|  | Możliwość podglądu zapisów EKG i analiza bez drukowania z pamięci aparatu. | | | TAK | |  |
|  | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu. | | | TAK | |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 . | | | TAK | |  |
|  | Możliwość komunikacji z systemem typu HIS i eksportem danych. | | | TAK | |  |
|  | Możliwość rozbudowy o spirometrię. | | | 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. Poradnia Pulmonologiczna.

**Spirometr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Spirometr do badania dorosłych i dzieci powyżej 6 roku | | | TAK | |  |
|  | Zakres przepływu: 18 l/s | | | TAK | |  |
|  | Dokładność objętości min. +/- 3% lub 50 ml | | | TAK | |  |
|  | Dokładność przepływu min. +/- 5% lub 200 ml/s | | | TAK | |  |
|  | Opór dynamiczny: 0.5 cm H2O/L/s | | | TAK | |  |
|  | Możliwość korzystania z głowic pneumotachometrycznych jednorazowych | | | TAK | |  |
|  | Pamięć min. 5000 badań | | | TAK | |  |
|  | Złącze USB. min 2.0 | | | TAK | |  |
|  | Czujnik temperatury półprzewodnikowy 10 - 40° | | | TAK | |  |
|  | zasilanie: akumulator lub z sieci, | | | TAK | |  |
|  | waga: maks. 2000 g | | | TAK | |  |
|  | Wymagany okres kalibracji min. co 12 miesięcy | | | TAK | |  |
|  | Firmowe materiały producenta lub dystrybutora potwierdzające wszystkie powyższe parametry | | | 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.*

**Ssak elektryczny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Przenośny ssak elektryczny. | | | TAK | |  |
|  | Wygodny uchwyt do przenoszenia ssaka. | | | TAK | |  |
|  | Bezolejowa, bezobsługowa pompa ssąca. | | | TAK | |  |
|  | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności, łatwa do dezynfekcji. | | | TAK | |  |
|  | Wydajność min. 20l/min (+/- 2l). | | | TAK | |  |
|  | Zakres regulacji 20-80 kPa. | | | TAK | |  |
|  | Pobór mocy do 110 VA. | | | TAK | |  |
|  | Filtr antybakteryjny. | | | TAK | |  |
|  | Tryb pracy – praca ciągła | | | TAK | |  |
|  | Regulator ciśnienia. | | | TAK | |  |
|  | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą mmHG. | | | TAK | |  |
|  | Pojemnik transparentny, nietłukący z podziałką o pojemności 1000 ml z pokrywą z zabezpieczeniem przeciwprzelewowym. | | | TAK | |  |
|  | Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do wymienionych wyżej zbiorników. | | | TAK | |  |
|  | Wymiary max urządzenia (szer. x głęb. x wys.) 450mm x 200mm x 320mm (+/- 10mm). | | | TAK | |  |
|  | Waga urządzenia nie większa niż 4,5 kg (+/-0,2kg). | | | 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.*

IV. Poradnia Diabetologiczna.

**Aparat EKG z podłączeniem w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG. | | TAK | |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 3, 6 lub 12 przebiegów EKG w układzie standardowym lub Cabrera. | | TAK | |  |
|  | Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania. | | TAK | |  |
|  | Ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu – pamięć ostatniego badania automatycznego. | | TAK | |  |
|  | Wydruk ze „schowka” automatycznego badania EKG w grupach po 3, 6 lub 12 odprowadzeń. | | TAK | |  |
|  | Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm. | | TAK | |  |
|  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi. | | TAK | |  |
|  | Graficzne menu wyświetlane na ekranie min. (128x240, przekątna 96 mm) umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury alfanumerycznej. | | TAK | |  |
|  | Wykonanie do min. 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej. | | TAK | |  |
|  | Automatyczna detekcja zespołów QRS. | | TAK | |  |
|  | Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu. | | TAK | |  |
|  | Filtry min.  Filtr zakłóceń sieciowych (50 Hz, 60 Hz)  Filtr zakłóceń mięśniowych (25 Hz, 35 Hz, 45 Hz)  Filtr izolinii (0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz) | | TAK | |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń. | | 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. Poradnia Neonatologiczna.

**Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka) w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | **Parametry ogólne:** | | TAK | |  |
|  | Wymiary:  - wysokość min. 1630 – 1930 mm  - szerokość min. 700 mm  - głębokość min. 560mm/bez podstawy  - masa ogrzewacza ze statywem ok. 30kg | | TAK | |  |
|  | Ogrzewacz promiennikowy na podstawie jezdnej z 4 kółkami z blokadą  Pneumatyczne wspomaganie regulacji wysokości. | | TAK | |  |
|  | Ogrzewacz promiennikowy z obrotową głowicą min. +/- 180 stopni z wbudowanym oświetleniem. | | TAK | |  |
|  | Oświetlenie luminescencyjne lub diodowe  o mocy min. 100W. | | TAK | |  |
|  | **Parametry elektryczne promiennika:** | | TAK | |  |
|  | - zasilanie min. 230 V 50 Hz | | TAK | |  |
|  | - moc promiennika min. 700 W | | TAK | |  |
|  | - natężenie promieniowania min. 20mW/cm2 | | TAK | |  |
|  | Klasa ochronności I, typ BF | | TAK | |  |
|  | **Regulacja ogrzewania:** | | TAK | |  |
|  | - ręczna i automatyczna | | TAK | |  |
|  | - regulacja mocy grzania ręczna od 0-700 W 20 stopniowa ze skokiem 35W | | TAK | |  |
|  | - regulacja mocy grzania automatyczna w zakresie 34 – 39 0 C | | TAK | |  |
|  | - pamięć nastawy mocy automatyczna | | TAK | |  |
|  | Alarm niedogrzania i przegrzania – optyczny i akustyczny | | TAK | |  |
|  | Komunikaty słowne o ustawieniach i alarmach w języku polskim | | TAK | |  |
|  | Wyświetlacz temperatury o wysokości cyfr  min 30 mm kolorowy | | TAK | |  |
|  | Zegar AGAR – sygnał akustyczny po 1,3,5,10 minutach | | TAK | |  |
|  | Zakres pomiaru temperatury od10-60 0 C z dokładnością +/- 0,20 C | | TAK | |  |
|  | Czujnik temperatury wielokrotnego użytku | | TAK | |  |
|  | Możliwość wyboru koloru urządzenia min. 4 kolory. | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługa 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.*

**Waga niemowlęca w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Mechaniczna waga niemowlęca z analogowym wyświetlaczem. | | TAK | |  | |
|  | Obciążenie maks. 16 kg. | | TAK | |  | |
|  | Dokładność odczytu +/- 10g. | | TAK | |  | |
|  | Klasa dokładności min. II | | TAK | |  | |
|  | Szalka wykonana z tworzywa przystosowana do ważenia dzieci w pozycji leżącej o wymiarach min. 550x270 mm. | | TAK | |  | |
|  | Wymiary wagi maks. 550 x 180 x 290 mm. | | TAK | |  | |
|  | Masa wagi maks. 6,4 kg. | | TAK | |  | |
|  | Obudowa wagi metalowa lakierowana. | | TAK | |  | |
|  | Instrukcja obsługi 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.*

**Pulsoksymetr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Pomiar saturacji SpO2 oraz tętna w czasie rzeczywistym | | TAK | |  |
|  | Wysoka dokładność pomiarowa przy niskiej perfuzji (0,05 – 20 %) | | TAK | |  |
|  | Kolorowy, wyraźny ekran TFT LCD min. 3” i rozdzielczości min. 240 x 400 | | TAK | |  |
|  | Wyświetlane parametry co najmniej: Saturacja SpO2, Tętno HR, Poziomy SpO2 , Poziomy HR, Status baterii , Wskaźnik perfuzji, Wskaźnik HR, Wskaźnik alarmu, Krzywa pletyzmograficzna, Bieżący czas , Wykresy długi i krótki | | TAK | |  |
|  | Zapis danych pacjenta min. do 20 dni przy pomiarze co 10 s | | TAK | |  |
|  | Czas zapisu wykresu w zakresie: min. 1 – 48 godz | | TAK | |  |
|  | Wysoka odporność na ruchy pacjenta oraz zakłócenia elektryczne (również chirurgiczne) | | TAK | |  |
|  | Zastosowanie dla wszystkich kategorii wiekowych: od noworodków po ludzi starszych | | TAK | |  |
|  | Co najmniej dwa tryby pracy do wyboru: ciągły lub okresowy | | TAK | |  |
|  | Mocowanie w pionie lub poziomie – przekręcanie wyświetlanego ekranu | | TAK | |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i wizualne z możliwością wyciszenia na 2 min. | | TAK | |  |
|  | Głośność alarmów w min. 7 stopniowej skali. | | TAK | |  |
|  | Możliwość ustawienia dźwięków tętna. | | TAK | |  |
|  | Interfejs - wejście RS232 | | TAK | |  |
|  | Zasilanie przy pomocy akumulatora alkalicznego lub Ni-MH | | TAK | |  |
|  | Czas pracy min. 10 godzin | | TAK | |  |
|  | Czas ładowania max. 6 godzin | | TAK | |  |
|  | Zakres pomiaru SpO2 w zakresie 0 – 100 % | | TAK | |  |
|  | Dokładność dla dorosłych/dzieci w zakresie 100 - 70% co najmniej ± 2% oraz w zakresie 69 - 50% min. ± 3% | | TAK | |  |
|  | Dokładność dla noworodków w zakresie 100 - 70% min. ± 3% oraz w zakresie 69 - 50% min. ± 4% | | TAK | |  |
|  | Zakres tętna w zakresie min. 15 - 300 bpm | | TAK | |  |
|  | Dokładność tętna min. 15 - 300 bpm min. 3 bpm | | TAK | |  |
|  | Czas uśrednień co 2, 4, 8, 12 s | | TAK | |  |
|  | Wymiary max. 154mm x 72mm x 26 mm | | TAK | |  |
|  | Waga z akumulatorem max. 273g | | TAK | |  |
|  | Spełnienie norm: IEC60601-1, ISO9919, EN475, IPX1, EN/IEC60601-1-2 | | 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. POZ.

**Elektrokardiograf w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG. | | TAK | |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 3, 6 lub 12 przebiegów EKG w układzie standardowym lub Cabrera. | | TAK | |  |
|  | Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania. | | TAK | |  |
|  | Ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu – pamięć ostatniego badania automatycznego. | | TAK | |  |
|  | Wydruk ze „schowka” automatycznego badania EKG w grupach po 3, 6 lub 12 odprowadzeń. | | TAK | |  |
|  | Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm | | TAK | |  |
|  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi. | | TAK | |  |
|  | Graficzne menu wyświetlane na ekranie min. (128x240, przekątna 96 mm) umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury alfanumerycznej. | | TAK | |  |
|  | Wykonanie do min. 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej. | | TAK | |  |
|  | Automatyczna detekcja zespołów QRS. | | TAK | |  |
|  | Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu. | | TAK | |  |
|  | Filtry min.  Filtr zakłóceń sieciowych (50 Hz, 60 Hz)  Filtr zakłóceń mięśniowych (25 Hz, 35 Hz, 45 Hz)  Filtr izolinii (0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz) | | TAK | |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni. | | 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.*

**Waga medyczna w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Elektroniczna waga kolumnowa ze wzrostomierzem wykonana w konstrukcji żeliwnej. | | TAK | |  |
|  | Klasa dokładności min. III. | | TAK | |  |
|  | Nośność min. 300 kg. | | TAK | |  |
|  | Podziałka min. 50g<150kg>100g. | | TAK | |  |
|  | Zasilanie bateryjne lub poprzez zasilacz. | | TAK | |  |
|  | Wymiary min. 360x930x520 mm. | | TAK | |  |
|  | Waga netto maks. 14,9 kg. | | TAK | |  |
|  | Funkcje min.: resetowanie, sygnały dźwiękowe mogą być aktywowane, automatyczne wyłączanie, amortyzacja, rolki transportowe, TARA, ochrona przed przeciążeniem, SEND, Auto-SEND, interfejs bezprzewodowy, PRINT, Auto-Print, HOLD, Auto-HOLD, funkcja matka/dziecko, Auto-CLEAR, BMI, Pre-TARA. | | TAK | |  |
|  | Wzrostomierzem o zakresie pomiaru min. 60-200 cm. | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi 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.*

**Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Zintegrowany system diagnostyczny do monitorowania, zarządzania funkcja i życiowymi i oceny fizycznej pacjenta. | | TAK | |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czytelny, kolorowy wyświetlacz 10.1 "(16: 9) TFT LCD z ekranem dotykowym. | | TAK | |  |
|  | Wbudowane: otoskop, oftalmoskop i depresor języka. | | TAK | |  |
|  | System naścienny oszczędzający przestrzeń i eliminujący splątane, wiszące przewody. | | TAK | |  |
|  | Min. 4 porty USB do podłączenia wyposażenia tj.: mysz komputerowa, klawiaturowa komputerowa, skaner kodów kreskowych, drukarka itp. | | TAK | |  |
|  | Ręczne wprowadzanie pomiarów (waga, wzrost, częstotliwość oddechów, ból). | | TAK | |  |
|  | System zapewniający miejsce do przechowywania dodatkowych mankietów do pomiaru ciśnienia krwi. | | TAK | |  |
|  | Możliwość prezentacji wyników pacjenta na dużym ekranie. | | TAK | |  |
|  | Możliwe wyposażenie dodatkowe tj.: zintegrowany glukometr bluetooth, termometr elektroniczny. | | 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.*

**Lampa bezcieniowa w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | | Lampa zabiegowa bezcieniowa mobilna ze źródłem światła LED. | TAK | |  |
|  | | Diody LED w kolorze białym. | TAK | |  |
|  | | Kopuła lampy nie powodująca wzrostu temperatury na czaszy lampy. | TAK | |  |
|  | | Średnica kopuły 30 cm (+/-5cm). | TAK | |  |
|  | | Obrót czaszy lampy o min. 2700. | TAK | |  |
|  | | Wgłębność oświetlenia (L1+L2) min. 130 cm. | TAK | |  |
|  | | Natężenia światła lampy w odległości 1m od czoła lampy powyżej 50 [klux]. | TAK | |  |
|  | | Lampa wyposażona w 7 (+/-1) źródeł światła LED. | TAK | |  |
|  | | Żywotność żarówki min. 30000 godzin. | TAK | |  |
|  | | Regulacja natężenia światła w min. 5 stopniach . | TAK | |  |
|  | | Regulacja natężenia oraz włączanie i wyłączanie lampy przy pomocy panelu umieszczonego na czaszy. | TAK | |  |
|  | | Temperatura barwowa dla lampy co najmniej 4500 [K]. | TAK | |  |
|  | | Współczynnik oddawania barw CRI co najmniej 96 . | TAK | |  |
|  | | Średnica plamy świetlnej pola w odległości 1m od czoła lampy: 160 mm, (+/- 20 mm). | TAK | |  |
|  | | Lampa wyposażona w uchwyt sterylny oraz tzw. reling brudny okalający min. 60% obwodu czaszy . | TAK | |  |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie 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